

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

14/10462-6

Kjartan Sælensminde

20.02.2015

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

Herved oversendes Helsedirektoratets svar på høring – NOU 2014: 12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten.

Vennlig hilsen

Olav Valen Slåttebrekk e.f.
divisjonsdirektør

Kjartan Sælensminde
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg: 1

Helsedirektoratets høringsuttalelse til NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*

Innledning

Norheimutvalget har på en god måte besvart mange av de vanskelige spørsmålene som lå i deres mandat. Utvalgets brede samfunnsmessige tilnærming og forslag er vurdert opp mot verdiene som gjelder i norsk helsetjeneste. Utvalgets forslag til operasjonalisering av kriteriene for prioritering fra Lønning II-utvalget (NOU 1997: 18) er i hovedsak å anse som en videreføring av de verdier som allerede ble lagt til grunn i Lønning II-utvalgets utredning. Forslaget til operasjonalisering gjør det mulig å vekte de tidligere kriteriene alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet på en slik måte at både effektivitet og fordelingshensyn ivaretas. Helsedirektoratet støtter derfor i hovedsak de hovedprinsipper for prioritering, og den konkretisering og operasjonalisering av kriterier for prioritering, som utvalget foreslår.

En god inntektsutvikling i Norge sammen med en rask teknologisk utvikling gir stadig bedre behandlingstilbud og økte forventninger til helsesektoren. Det er derfor lett å forstå at mange mener det bør brukes mer av samfunnets ressurser på å forebygge og behandle sykdom. Prioriteringsutfordringen kan i en slik situasjon oppfattes som mindre viktig, men i realiteten må det foretas prioriteringer i helsesektoren innenfor den ressursramme som samfunnet gjennom politiske beslutninger stilles til rådighet. Ressursene vil alltid være begrenset og det vil alltid være en alternativ bruk av ressursene som kan være relevant å vurdere. Ett av de områdene som kan ha et betydelig potensiale er det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

I en situasjon med begrensede ressurser er det viktig at prioriteringene tar utgangspunkt i et verdigrunnlag som er tydelig og åpent og at prioriteringene faktisk skjer i samsvar med dette (jf. vurderingene av verdigrunnlaget i Helsedirektoratet 2012a). Helsedirektoratet mener at mange av forslagene i NOU 2014: 12 vil bidra til et samfunnsmessig helhetlig beslutningsgrunnlag og gode prosesser som nettopp vil gjøre oss bedre skikket til å fatte beslutninger som er i samsvar med legitime og overordnede verdier for prioritering i helsesektoren.

Primærhelsetjenesten har i utvalgets innstilling fått svært liten omtale og konkretisering i utredningen i forhold til det omfang og betydning som den har. Prioriteringer som bidrar til en sterk primærhelsetjeneste er i seg selv av stor betydning for å redusere sosial ulikhet i helse og bidrar til bedre helse i hele befolkningen. Helsedirektoratet vil i denne sammenheng minne om at den ivaretagelse av de svakeste som er basert på plikt- og sinnelagsetikken, og nedfelt i lover og forskrifter som gir rettigheter til nødvendige omsorgstjenester, fortsatt er gjeldende. Likevel mener direktoratet at vi kan basere oss på nytteetikken i vurdering av behandlings- og omsorgstiltak. Dette fordi ved å få mest mulig helsegevinst ut av de tilgjengelige ressursene i omsorgstjenesten, vil vi også

kunne redusere de omsorgstrenghendes helsetap. De vanskelige avveiningene som ligger i vektleggingen av nytte versus plikt er på mange måter de samme som i vektleggingen av effektivitet versus fordeling. Her går det både verdimeslige og politiske skillelinjer. Helsedirektoratet mener at nasjonale prioriteringskriterier i prinsippet må kunne omfatte hele helse- og omsorgstjenesten, dvs. både primær- og spesialisthelsetjenesten og både helsetjenester og omsorgstjenester, men vektleggingen av pliktetiske- og nytteetiske hensyn kan tenkes å være ulik for ulike tjenesteområder. Dette er aspekter som kan tas med i et eventuelt videre arbeid med prioritering i primærhelse- og omsorgstjenesten.

Dersom Norheimutvalgets forslag til hovedgrep for operasjonalisering av de sentrale prioriteringskriteriene får politisk tilslutning, vil disse i større grad kunne veilede helsetjenestens faktiske prioriteringer. Dels gjennom at aktørene får en bedre felles forståelse for hvordan kriteriene skal forstås, dels gjennom at de kan konkretiseres og implementeres gjennom faglige retningslinjer, prioriteringsveiledere og veileder for helseøkonomiske analyser. Alt dette vil kunne bidra til å nå målsettingen om «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt».

Det er en betydelig utfordring å utvikle og iverksette metoder og virkemidler som ivaretar sammenhengen mellom prinsipper og kriterier og prioritering i praksis. Utvalget har berørt noen viktige virkemidler. Vi kommer tilbake til disse nedenfor

Prinsipper for prioritering

Utvalget fikk i sitt mandat å vurdere prinsipper og kriterier for prioritering som har bred samfunnsmessig forankring og som kan bidra til prioriteringer som er i tråd med verdiene som gjelder i norsk helsetjeneste. Dette har utvalget nedfelt i fire hovedprinsipper for god prioritering. Helsedirektoratet støtter at disse hovedprinsippene legges til grunn for prioriteringsarbeidet i Norge og gir en utdypende begrunnelse for valg av målsetting under.

Norheimutvalget har basert seg på at prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt». Dette er et mål som tar utgangspunkt i det som har blitt kalt «sykdomsbyrden» i befolkningen og som ofte konkretiseres i tapte leveår og tapt livskvalitet, eller i samlemålet helsetapsjusterte leveår (DALY, jf. Folkehelseinstituttet 2014). En oversikt over de totale samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker viser at den norske befolkningens helsetap i form av tapte leveår og redusert livskvalitet utgjør den klart største andelen av disse kostnadene (Helsedirektoratet 2015b).

Helsedirektoratet støtter målet Norheimutvalget har satt opp for prioriteringer i helsesektoren. Målet er proaktivt og i samsvar med de mål en vanligvis har for folkehelseområdet. Målet vil kunne bidra til at forebygging som kan unngå sykdom og ulykker og gi helsegevinster i alle faser av livet vil være å foretrekke fremfor en mer avventende målformulering som i større grad vil fokusere på og resultere i behov for behandling og omsorg senere i livet (Helsedirektoratet 2010, 2012a). Målet er dessuten i samsvar med hvordan liv og helse inngår i andre sektors målstruktur, jf. for eksempel vegsektorens målsetting om å redusere antall døde og varig skadde i trafikken (Statens vegvesen 2010) og anbefalinger om høyere verdsetting av statistiske liv for tiltak som gjelder barn enn for tiltak som gjelder voksne (Finansdepartementet 2014). Når Norheimutvalget har tilføyd at de gode leveårene skal være «rettferdig fordelt», vil det også tilsi at det er et mål å redusere den type fordelings effekter som f.eks. fremkommer i studier av sosial ulikhet i helse (Høgskolen i Oslo og Akershus 2014) og ivareta de grupper i befolkningen som anses som «de dårligst stilte».

Kriterier for prioritering

Helsedirektoratets faglige vurdering er at hovedinnretningen på forslaget i NOU 2014: 12 til konkretisering og operasjonalisering av kriteriene alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet kan bidra til et beslutningsgrunnlag for prioritering av helsetiltak som er i samsvar med gjeldende verdigrunnlag og bidra til å nå målet om «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt». Helsedirektoratet mener imidlertid at forslagene bør drøftes ytterligere og testes i konkrete prioriteringseksempler før en kan anbefale metode for konkretisering. Helsedirektoratet mener at utvalget har framført gode vurderinger og begrunnelser for at andre kriterier som alder, mangel på alternative tiltak, bidrag til innovasjon og sjeldenhet *ikke* skal tillegges selvstendig vekt ved prioriteringer. I tillegg er det godt gjort hvordan alder kan *samvariere* med de tre sentrale kriteriene, men uten at alder dermed tillegges selvstendig vekt. Utvalget har også tydeliggjort hvorfor og hvordan de tre kriteriene må vurderes sammen og ikke hver for seg. Dermed blir det også tydelig at argumenter for økt prioritet for et bestemt behandlingsområde som er begrunnet i at det brukes lite ressurser på en bestemt behandlingsmåte (f.eks. legemidler) og/eller at helsetapet ved en bestemt sykdomsgruppe er stort (f.eks. kreft), ikke i seg selv er god nok prioriteringsgrunn.

Kriteriene – En konkretisering, men ikke nødvendig å gi alvorlighetsgradkriteriet nytt navn

I NOU 2014:12 er kriteriene alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet gitt nye navn og til dels noe endret innhold. Alvorlighetsgradkriteriet er erstattet av helsetapskriteriet og nyttekriteriet er erstattet av helsegevinstkriteriet. Kostnadseffektivitetskriteriet, som tidligere hadde med både nytte og kostnader (dvs. ressursbruk), er erstattet med ressurskriteriet. Utvalget setter likevel helsegevinst og ressursbruk sammen i en vurdering av kostnadseffektivitet slik dette vanligvis gjøres i helseøkonomiske analyser. Hensikten med å innføre ny terminologi skal være å bedre forståelsen for hva kriteriene betyr i praksis og derigjennom styrke prioriteringsarbeidet. Det er godt mulig at dette vil bli resultatet på sikt, men å fremstille de nye kriteriene som noe annet enn en konkretisering og operasjonalisering av de allerede gjeldende prioriteringskriteriene fra Lønning II synes å ha skapt en del misforståelser i den første tiden etter at utredning ble levert. Helsedirektoratet foreslår at alvorlighetsgradkriteriet beholdes som betegnelse selv om det konkretiseres i form av helsetap omtrent slik som Norheimutvalget har foreslått. Se forslag til operasjonalisering av alvorlighetsgrad under.

«Gode leveår» som utfallsmål - Konkretisert som kvalitetsjusterte leveår

Som måleenhet for helse, enten det er helsetap eller helsegevinst, foreslår utvalget å bruke «gode leveår». Gode leveår er konkretisert i form av kvalitetsjusterte leveår (QALYs). QALY er en måleenhet som både har med helsetilstand og tid i aktuell helsetilstand, og som er vanlig å bruke i helseøkonomiske analyser. Helsedirektoratet støtter anvendelse av QALY i helseøkonomiske analyser, men er klar over at dette er en måleenhet med betydelig usikkerhet. Denne måleenheten bør ikke anvendes alene. Hvordan et tiltak skårer på de ulike dimensjonene av måleenheten bør være synlige for beslutningstakere. Det bør også vises om livskvalitet vinnes fra et svært dårlig utgangspunkt eller et ganske godt, og om leveår vinnes tidlig eller seint i livsløpet (jf. anbefaling om eksplisitt å synliggjøre også levetids- og livskvalitetsgevinster i tillegg til QALYs i helseøkonomiske analyser, Helsedirektoratet 2012b). Derfor støttes utvalgets forslag til FoU for å få mer valide tall for anvendelse i Norge.

Ulik vurdering av nyttebegrepet og viktige utfallsmål, herunder «realisering av potensialer»

Utvalget er i mandatet bedt om å vurdere «hvorvidt behandlere og tjenesten vurderer nyttebegrepet

og viktige utfallsmål for behandling forskjellig fra pasienter, herunder realisering av potensialer, jf. Lønning I, og hvordan dette ev. påvirker prioriteringsbeslutningene i helsetjenesten». Dette har utvalget ikke gjort.

Helsedirektoratets vurdering er at det vil kunne være et betydelig prioriteringsproblem dersom tjenesten vurderer det faktiske innholdet i anvendte utfallsmål forskjellig fra pasienter. Dette er det derfor viktig å ta med seg inn i det foreslåtte FoU-arbeidet med å få mer valide tall for helsemålet kvalitetsjusterte leveår.

Når det gjelder spesifikt om hvorvidt realisering av potensialer i større grad bør vektlegges som utfallsmål, er dette diskutert i Lønning II relatert til hva som anses som rettferdig og hvordan avveie alvorlighet og nytte (NOU 1997: 18, side 123-124). Etter en grundig vurdering avviser Lønning II «realisering av potensialer», forstått som «resultatlikhet» eller at «alle har lik rett til behandling dersom den er virkningsfull», som utfallsmål. Helsedirektoratet mener utvalget kunne støttet seg sterkere på denne vurderingen.

Alvorlighetsgrad – kalt helsetap, men operasjonalisert i form av absolutt prognosetap

Helsedirektoratet støtter i prinsippet forslaget til konkretisering av alvorlighetsgrad i form av helsetapskriteriet. Målt i form av tapte gode leveår over livsløpet, og anvendt slik at helsegevinster i større grad tilfaller dem med størst helsetap, vil dette sørge for prioritet til de dårligst stilte. Den foreslåtte operasjonaliseringen er i stor grad i samsvar med en operasjonalisering av alvorlighetsgrad som et absolutt prognosetap (Helsedirektoratet 2011). Der vises det hvordan er slikt absolutt prognosetap vanligvis gir større vekt til medfødte sykdommer og sykdommer som rammer tidlig i livet. Dette i motsetning til et relativt prognosetap som i større grad vektlegger sykdom som rammer sent i livet. Den verbale beskrivelsen av alvorlighetsgrad i Lønning II er også svært sammenfallende med et absolutt prognosetap og det er denne verbale beskrivelsen som p.t. er anbefalt anvendt i helsedirektoratets veileder i økonomisk evaluering (Helsedirektoratet 2012b). En operasjonalisering i form av absolutt prognosetap er dessuten i samsvar med hvordan man måler sykdomsbyrde i befolkningen (Folkehelseinstituttet 2014) og anvendes gjerne som en problembeskrivelse og utgangspunkt for en tiltaksvurdering enten det gjelder forebygging eller behandling.

Det blir imidlertid mindre relevant å trekke inn helsetap i fortid slik Norheimutvalget foreslår (jf. vurderingen fra Lønning II om «resultatlikhet» og hva som anses som «rettferdig» over). Mange eldre har mange diagnoser og komorbiditet er derfor ofte av betydning for et tiltaks helsegevinst. I slike tilfeller blir komorbiditet relevant i vurderingen av helsetapet, ikke ellers.

Dette siste punktet over er viktig for forståelsen av hvordan alvorlighetsgrad som absolutt prognosetap kan tenkes anvendt i prioriteringssammenheng. Det betyr for eksempel at en gir lik prioritet til palliative tiltak for terminale pasienter som har like omfattende smerter og like lang gjenværende levetid enten disse er 7 eller 70 år. Hvis derimot gruppen med 70-åringene har mer omfattende smerter, vil denne få høyere prioritet. Eller hvis gruppen med 7-åringene må leve lenger med smerten, vil denne få høyere prioritet. Og som det stiliserte eksempelet viser; alder slår ikke ut i seg selv ved vurdering av helsetap. Det er først i møte med konkrete tiltak og pasientgrupper en vil kunne se hvordan en foreslått operasjonalisering av prioriteringskriterier fungerer i praksis. Helsedirektoratet mener derfor at forslagene bør testes i konkrete prioriteringseksempler før en kan anbefale konkretisering.

Vurderingene over gjelder enten en anvender alvorlighetskriteriet ved første ordens dimensjonerende beslutninger om hvilke tiltak (f.eks. type behandling) som skal tilbys eller ved andre ordens beslutninger om hvilke pasienter som skal prioriteres innenfor en gitt (behandlings)kapasitet. Helsedirektoratet vil likevel fremheve at behandlingen av den enkelte pasient, må skje etter en helhetsvurdering for å sikre forsvarlig helsehjelp av god kvalitet.

Avveining av alvorlighetsgrad (helsetap) og kostnadseffektivitet

Helsedirektoratet mener at betalingsvilje for helsetiltak bør graderes etter hvor alvorlig en sykdom er. Helsedirektoratet støtter derfor at det kan være hensiktsmessig med en trappetrinnsmodell som synliggjør dette. Helsedirektoratet støtter også utvalgets vektlegging av hvordan alternativkostnaden (kostnadseffektiviteten til tiltakene i dagens helsetjeneste) blir en viktig faktor og bestemmende for hvilke krav til kostnadseffektivitet en må stille ved innføring av nye tiltak i helsetjenesten.

Folkehelsearbeidet - Konsistent vurdering av liv og helse i ulike sektors analyser

Vurderingene i NOU 2014: 12 synes i stor grad å være konsistent med vurderingene som er gjort i offentlige utredninger om håndtering av liv og helse i tiltaksanalyser i andre samfunnssektorer (NOU 2012: 16, NOU 2013: 10). Konsistent vurdering av liv og helse i ulike sektors analyser er et mål. Helsedirektoratet støtter derfor for eksempel at helsegevinster måles i udiskonterte enheter i kostnadseffektivitetsanalyser (jf. vurderinger i NOU 2013: 10, Direktorat for økonomistyring 2014 og Finansdepartementet 2014), at skattefinansieringskostnader inngår i analysene (jf. Finansdepartementet 2014) og at produksjonsgevinster inkluderes i analysene på en konsistent og begrunnet måte (Helsedirektoratet 2011, 2014a).

Helsedirektoratet er enig i at prioritering er viktig også på folkehelseområdet, men kriteriene kan ikke uten videre anvendes i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Det er flere grunner til dette, den viktigste er kanskje at andre sektorer ikke har kvalitetsjusterte leveår som sin primære målsetting. En annen viktig grunn er at samfunnsøkonomiske analyser i andre sektorer ofte er av typen nytte-kostnadsanalyse med eksplisitt verdsetting av liv og helse (jf. Finansdepartementet 2014 og Helsedirektoratet 2007a, 2014a) og ikke av typen kostnadseffektivitetsanalyse som er den som oftest anvendes i helsesektoren.

Virkemidler for prioritering

Det er en betydelig avstand fra overordnede teoretiske analyser og kriteriesett til den kliniske hverdag ute i virksomhetene. Effektive virkemidler for realiseringen av god og riktig prioritering er helt avhengig av at de prinsippene som utvalget legger til grunn internaliseres i de enkelte helseprofesjoners daglige virke.

- Lov og forskrift

Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om at prioriteringskriteriene må tas inn i alt relevant regelverk for helseområdet. Et forbehold her gjelder for Helsepersonelloven, ettersom vi også støtter utvalgets forslag om at det nærmere vurderes hvorvidt det er hensiktsmessig å ta prioriteringskriteriene inn i loven rettet spesielt inn mot helsepersonells virksomhet.

Vi finner det i denne sammenheng naturlig å kommentere Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny §§ 2 og 2a i prioriteringsforskriften, der alvorlighetskriteriet synes å få redusert betydning. Utgangspunktet for den rettslige vurderingen er at borgerne har rett til «nødvendig helsehjelp». Dette utgangspunktet sier imidlertid lite om hva borgerne faktisk har rettskrav på. Rettskravet må

nærmere bestemmes ved hjelp av gjeldende prioriteringskriterier. Kriteriene søker å måle hvilken «interesse» borgeren har i de aktuelle tiltak og helsemidler, og anvendelsen av disse kriterier harmonerer godt med vurderingen av om begrensninger i pasienters rett til helsehjelp er proporsjonale. Avvisning av pasienters ønsker om helsehjelp, som teknisk sett er tilgjengelig, utgjør begrensninger overfor disse. Kravet om proporsjonalitet mellom mål og middel innebærer at begrensninger må kunne rettfærdiggjøres – begrunnes. Helsegevinstkriteriet og ressurskriteriet er begrunnelser som er med i departementets forslag.

Kriteriet om alvorlighet, som særlig ihensyntar de dårligst stilte, er også et kriterium det er enighet om at gjelder. Norheimutvalget har dessuten tydeliggjort hvorfor de tre kriteriene må anvendes sammen slik at mer alvorlige tilstander kan tillegges høyere prioritet. Alle kriteriene må derfor tas i betraktning for å unngå «feilprioriteringer». Når det gjøres en vurdering i spesialisthelsetjenesten er alle tre kriteriene relevante mht. vurdering av ventetider og behandlingsinnsats. I Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å fastsette ny prioriteringsforskrift er det derfor fornuftig å se disse tre kriteriene i sammenheng.

Disse rettslige resonnerer begrunner også vår støtte til Norheimutvalgets forslag om at prioriteringskriteriene tas inn i relevant regelverk på helseområdet og vi anser følgelig en slik oppdatering av rettsstoffet som en nødvendighet. Det er altså rettslig sett problematisk om det kun er nye medisinske metoder for *spesialisthelsetjenesten* som underkastes en streng prioriteringsvurdering.

- *Organer med særlig ansvar for prioritering*

Organisering av prioriteringsarbeidet og institusjonalisering av prioriteringsarenaer er beskrevet og drøftet i NOU 2014: 12, herunder det nylig igangsatte Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten og det tidligere etablerte Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Det kan være behov for å peke på noen problemstillinger knyttet til disse funksjoner som ikke er berørt i rapporten.

Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Det nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er et nytt prioriteringsverktøy som tilfører muligheter for en systematikk i prosessene for innføring av nye metoder. Men det er grunn til å peke på avgrensningene i systemets virkefelt som prioriteringsverktøy. For det første er systemet avgrenset til spesialisthelsetjenesten på dette stadium. Dette innebærer en utfordring i forhold til mulighetene for helhetlige prioriteringer der både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste inngår i et overordnet samfunnsperspektiv.

For det andre er systemet i en innledende fase primært innrettet mot vurdering av nye metoder med sikte på evt. innføring, mens det foreløpig ikke er et tilsvarende fokus på vurdering av eksisterende metoder for evt. utfasing, i tilfelle der vurderinger ville kunne avdekke at metoder ikke lenger oppfyller nødvendige egenskaper og standarder. En videreutvikling av systemet til å omfatte både nye og eksisterende metoder vil bidra til å generere et mer helhetlig prioriteringsverktøy.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Nasjonalt råd er under evaluering. Helsedirektoratet vil derfor ikke i komme med innspill som omhandler rådets mandat, sammensetning, organisering og arbeidsform i denne omgang da dette er tema som tas opp i evalueringen. Vi vil her avgrense oss til å kommentere relasjonen mellom det

nasjonale system for innføring av nye metoder og Nasjonalt råd slik denne er omtalt i NOU 2014: 12. Utvalget peker på at det foreløpig ikke er gjort noen grundig gjennomgang av rollen til Nasjonalt råd når det gjelder ny og kostbar teknologi. Videre uttrykker utvalget at Beslutningsforum i RHFene bør kunne søke råd i særlig vanskelige saker av nasjonal betydning. Det er behov for å tydeliggjøre en rolle- og ansvarsfordeling mellom det nasjonale systemet og Nasjonalt råd.

Kliniske etiske komiteer

NOU 2014: 12 gir en god beskrivelse av og begrunnelse for kliniske etiske komiteer og deres funksjon. Ettersom prioriteringer gjort i en del av helsetjenesten påvirker andre deler i stadig sterkere grad, anbefaler Helsedirektoratet at det etableres kliniske etiske komiteer som favner både HF og kommuner, og ikke egne komiteer for kommuner. Det er viktig å benytte seg av avtaler og organ som er etablert mellom HF og kommuner som en del av samhandlingsreformen til informasjon og drøfting av prioriteringer bl.a. knyttet til nye behandlingsmetoder eller utstyr. Både praksiskonsulentordningen (PKO) og kliniske samarbeidsutvalg bør være egnet for dette.

Kunnskapsinnhenting og informasjonsarbeid

En ytterligere viktig utfordring som kunne vært tydeligere problematisert i rapporten er behovet for en kopling av prioriteringsverktøy til implementering av prioriteringsbeslutninger. Uten en slik kopling vil de forutgående prioriteringsprosesser og metodevurderinger kunne få en begrenset virkning. NOU 2014: 12 peker imidlertid på betydningen av å etablere et gjennomgående informasjonssystem i helse- og omsorgssektoren for å understøtte prioriteringsbeslutninger. Dette er et interessant forslag. Dette bør inngå i en bredere gjennomgang og vurdering av tiltak og verktøy som kan sikre effektiv implementering av beslutninger i helsetjenestene. Her vil vi påpeke at i utredningens kapittel 12.5 er «informasjonsarbeid» brukt både i betydningen kunnskaps-/informasjonsinnhenting og «utadrettet informasjon rettet mot ulike målgrupper». Det er en fordel om det blir gjort et tydelig skille på dette i videre utredningsarbeid.

- Retningslinjer og veiledere

Nasjonale faglige retningslinjer

Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om at prioriteringskriteriene helsegevinst, ressursbruk og helsetap blir normerende også når det skal utarbeides nasjonale faglige retningslinjer. Videre støttes forslaget om at informasjon om eventuelle velferdsgevinster og kostnader som påløper utenfor helsetjenesten vurderes i tillegg. Utvalgets påpekning om at det i enkelte retningslinjer også kan være aktuelt å vurdere sosial ulikhet vil Helsedirektoratet også slutte seg til. I tillegg understrekes betydningen av brukermedvirkning når retningslinjer utformes. Samlet sett mener vi at utvalgets forslag vil gi et helhetlig samfunnsperspektiv på beslutningsgrunnlaget og bidra til å realisere det potensialet som ligger i nasjonale faglige retningslinjer.

Prioriteringsveiledere

De foreslåtte prioriteringskriteriene vurderes som relevante for både helsetjenester og omsorgstjenester, men det er nødvendig å konkretisere prioriteringskriteriene i større grad for helse- og omsorgstjenestene i primærhelsetjenesten enn det som er gjort i utredningen. Helsedirektoratet støtter derfor forslaget om å utarbeide prioriteringsveileder(e) for primærhelsetjenesten. Behovet for faglige retningslinjer/veiledere må sees i sammenheng med dette, og prioriteringsveileder kan bidra til å redusere behovet en nå ser for spesifikke retningslinjer/veiledere.

Utvalget påpeker videre at implementering er avgjørende for verdien av retningslinjer og veiledere og at det er ønskelig at disse i større grad blir en integrert del av journalsystemet eller andre beslutningsverktøy. Helsedirektoratet støtter denne målsettingen.

Veiledere for helseøkonomiske analyser

Med Norheimutvalgets forslag til hovedgrep for operasjonalisering av de sentrale prioriteringskriteriene ligger det etter Helsedirektoratets mening godt til rette for at forslagene kan konkretiseres i en veileder for helseøkonomiske analyser (jf. alternativkostnadsvurderinger og avveining mellom alvorlighetsgrad og kostnadseffektivitet i Helsedirektoratet 2014b). En oppdatert sektorveileder kan bidra til at prioriteringsgrunnlaget i helsesektoren blir i samsvar med verdier og prinsipper for samfunnsmessige avveininger av helsehensyn i og på tvers av sektorer (jf. konsistensvurderinger i Helsedirektoratet 2014a). Målet om å oppnå et tverrsektorielt samsvar i samfunnsøkonomiske analyser, som gjør det mulig å vurdere tiltak som har helseeffekter på en konsistent måte enten det er et bredt folkehelseiltak (jf. Helsedirektoratet 2010, 2012a) eller et behandlingstiltak for en liten pasientgruppe (jf. vurdering av sjeldne tilstander i Helsedirektoratet 2011), blir dermed også oppnåelig. Helsedirektoratet støtter derfor utvalgets forslag om å oppdatere og revidere eksisterende sektorveiledere for helseøkonomiske analyser slik at disse blir i samsvar med generelle krav til samfunnsøkonomiske analyser.

- Finansieringsordninger

Utvalgets gjennomgang og analyse av finansieringsordningenes mulige påvirkning av prioritering av pasienter og behandlingstiltak er i hovedsak innsiktsfull og god. Finansieringssystemene kan være kraftfulle prioriteringsvirkemidler. Det er viktig å gjøre et skille mellom et incentivbasert prisings- eller takstsystem og det nåværende overordnede ISF-systemet som er et system for aktivitetsbasert finansiering mellom staten og de regionale helseforetak. En betalingsordning for tjenesteproduksjonen må vurderes på en annen måte. Utvalget legger for øvrig stor vekt på at det bør innhentes mer kunnskap om hvordan de ulike finansieringsordningene i helsetjenesten faktisk virker. Det er i tråd med budskapet i Helsedirektoratet (2007b).

Det er vår vurdering at slik kunnskapsinnhenting så langt som mulig bør bringe mer klarhet i de mulige utslåttede konsekvensene av ulike ordninger. Helsetjenestens ulike tilbud er underlagt mangfoldige finansieringsordninger. Det spenner fra detaljerte takster for enkeltprosedyrer til rammepregede tilskudd og rammebudsjettering. Den potensielle prioriteringseffekten kan være helt forskjellig. Det må være en viktig oppgave på både nasjonalt og lokalt nivå å foreta justeringer av finansieringsordningene/betalingsordninger i en helhetsvurdering mot andre virkemidler med sikte på å understøtte gode prioriteringer. Utvalget foreslår enkelte tiltak i denne forbindelse. Noen av disse kan bli svært krevende å realisere:

«Utvalget mener en bør utarbeide et kontrollert forsøk der sammenlignbare helseforetak har ulike finansieringssystem, fra et rent rammefinansiert system uten ISF-andel til et system med stor ISF-andel.» Helsedirektoratet er i tvil om utbyttet av et slikt forsøk vil stå i forhold til de administrative og prosessuelle belastninger det vil medføre. Som nevnt ovenfor er det heller ikke under dette punktet tydeliggjort hvordan utvalget tenker seg ISF brukt på foretaksnivå og med direkte virkning på avdelingenes pasientbehandling. Vår vurdering er at ISF er et grovmasket inntektssystem som er uegnet til å anvendes på klinisk nivå.

Utvalget peker på at det bør nøye vurderes hvordan den økte ISF-andelen fra 2014 påvirker behandlingstilbudet for de pasienter som ikke omfattes av ISF. Helsedirektoratet støtter forslaget.

Utvalget uttaler: «Videre kan man gå bort fra det nøytralitetsideal som ligger til grunn for ISF-ordningen, ved en form for negativ avgrensning ved vurdering av nye takster. Det vil innebære at nye takster, eller endrede vekter i ISF-systemet knyttet til nye behandlingsformer, ikke innføres uten at det er avklart at behandlingsformen som ligger til grunn for ny takst eller endret vekt, bør prioriteres.»

Helsedirektoratet oppfatter at forslaget dreier seg om at ISF-systemet, herunder DRG-struktur, kostnadsvektberegninger mv. ikke skal endres spesifikt for nye metoder som ennå ikke er besluttet innført eller tatt i bruk. Dette er et prinsipp Helsedirektoratet støtter. Vi viser til at slikt prinsipp allerede er innført i ISF-ordningen, jf. ISF-regelverket for 2015 (Helsedirektoratet 2015a), punkt 4.3.2:

«Behandling og utredning med metoder som etter vurdering i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er forutsatt ikke tatt i bruk, skal som hovedregel ikke påvirke beregnet ISF-refusjon på en spesifikk måte. Det betyr at slike metoder ikke gis spesifikk innvirkning på DRG-grupperingsresultater eller poengberegningsregler. Kostnader til slike metoder tas ikke særskilt hensyn til ved beregning av kostnadsvekter m.v.»

Ovenstående prinsipp er i tråd med tidligere anbefaling i direktoratets rapport «Nye og kostnadskrevende metoder - Forslag til system for håndtering av ny teknologi i helsetjenesten» (Helsedirektoratet 2009), jf. punkt 9.4.2.

For øvrig legger Helsedirektoratet til grunn at kostnadsnøytralitet i forbindelse med prisfastsettelse er et godt overordnet prinsipp som sjelden bør fravikes. Hovedårsaken er at det er vanskelig å overskue konsekvensene av det å fremme en bestemt aktivitet på bekostning av andre aktiviteter.

Utvalget har en kritisk gjennomgang og vurdering av takstsystemet i folketrygden som finansieringsordning. Følgende er uthevet: «Det er etter utvalgets vurdering behov for mer prinsipielle vurderinger av hvordan takstsystemet virker, og mer inkluderende og åpne prosesser knyttet til utviklingen av takstsystemet framover... Utvalget mener en bør vurdere om en systematisk kan utforme takstene slik at de kan påvirke prioritering i ønsket retning: flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt.» Helsedirektoratet kan slutte seg til de kritiske betraktningene om takstsystemets svakheter, de lukkede prosesser og uoversiktlige prioriteringseffekter.

Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om en nærmere vurdering av hvordan primærhelsetjenestens finansiering og takstsystemene spesielt, innvirker på prioriteringer.

Utvalget foreslår å benytte differensiert egenbetaling som et virkemiddel for riktig prioritering av helsetjenester. Utvalget kommer imidlertid ikke med en konkret tilnærming til hvordan et system med differensiert egenbetaling bør utformes, men går et stykke i retning av å anbefale at «legitimitetsskapende prosesser ved utforming av prioriteringsveiledere tillegges stor vekt». Norheimutvalget foreslår at de med minst helsegevinst betaler mest, og de med stor/større helsegevinst betaler mindre. Hvordan innretningen på, og prinsippene for en differensiert egenbetaling utformes er grunnleggende i forhold til hvilke konsekvenser differensiert egenbetaling vil få for befolkningen. Her er det behov for mer utredningsarbeid. Blant annet bør det utredes om et system med gradert egenbetaling vil få negative konsekvenser i forhold til sosial ulikhet i helse.

Differensierte egenandeler gjør det mindre forutsigbart for pasientene hva de skal betale. Det bør vurderes om en differensiering vil føre til økt byråkratisering. Differensierte egenandeler vil føre til betydelige IKT-tilpasninger både hos behandlerne (EPJ/PAS-systemer) og det offentlige (KUHR, automatisk frikort mv.). Helsedirektoratets vurdering er at en gradert egenbetalingsordning vil kunne ha vesentlige administrasjonskostnader.

Prosess for brukervedvirkning, åpenhet, oppslutning og implementering

- Brukervedvirkning

Utvalget argumenterer for at brukervedvirkning på alle nivå vil styrke prioriteringsarbeidet og bidra til økt legitimitet og aksept for beslutninger. Videre understrekes det at brukervedvirkning er en demokratisk rettighet i tråd med verdigrunnlaget i helsetjenesten, og må gjelde på både individ- og systemnivå. Helsedirektoratet støtter utvalgets konklusjon. Brukervedvirkning tilfører flere perspektiver, og bringer i tillegg demokrati inn i beslutningsprosessene. Dette kan bidra til at man får en annen prioriteringsdebatt og også begrense faren for misforståelser og protester i etterkant av beslutninger.

Det fremkommer imidlertid av utvalgets rapport at brukervedvirkning ikke er ensbetydende med at behandleren fratras sitt faglige ansvar. Brukerne skal involveres og ha mulighet til å påvirke selve prosessen, men dette må ikke undergrave den faglige vurderingen. Brukervedvirkning på individnivå krever opplæring, av både helsepersonell og brukere. For å kunne delta i beslutningsprosesser må man ha tilstrekkelig informasjon om både eget handlingsrom, de ulike alternativene og i hvilken grad man har mulighet til å påvirke disse. Utvalget anbefaler at det bør stilles krav til pasienter og brukere om deltakelse, oppmøte og medvirkning. Helsedirektoratet støtter dette og understreker i tillegg viktigheten av at helsepersonell læres opp i hvordan man skal arbeide med brukervedvirkning.

Utvalget poengterer videre at brukervedvirkning på et overordnet nivå bør sikte mot at alle brukergrupper blir hørt, slik at ikke sterke brukerorganisasjoner får en større andel av ressursene på bekostning av svakere grupper. Helsedirektoratet støtter dette og understreker i den forlengelse viktigheten med å drive opplæring i brukervedvirkning, både på system- og individnivå.

- Åpenhet

Åpenhet har betydning for prioriteringenes legitimitet. Hvis prioriteringer skjer i det skjulte og begrunnelsene ikke blir gjort kjent, eller er vanskelig å forstå, vil det skape mistenksomhet og svekke tilliten til helsetjenesten. Dette gjelder både for beslutninger om behandling for den enkelte pasienten og for overordnede beslutninger om hvilke metoder som skal brukes. Åpenhet rundt beslutninger vil ikke nødvendigvis føre til aksept eller støtte, men vil gi grunnlag for gode diskusjoner på ulike nivåer og derigjennom bidra økt legitimitet. Helsedirektoratet støtter utvalgets anbefalinger om økt åpenhet.

Kommunikasjon

Kommunikasjon om prioriteringer bør omfatte både overordnede, prinsipielle diskusjoner, konkrete anbefalinger i for eksempel retningslinjer og de prioriteringene helsepersonell gjør hver dag ut fra faglig skjønn. For å bygge troverdighet og tillit er det viktig at prioriteringer begrunnes og at begrunnelsene er tilgjengelige i en form som er forståelig for dem det gjelder.

Informasjon om prioriteringskriteriene bør være tilgjengelige i relevant kontekst. Brukerne går ikke på prioriteringsrådets hjemmeside, de må få informasjon om kriteriene når de møter helsetjenesten enten det er via helsepersonell eller sykehuset informasjonskanaler. Det kan være behov for at alle

aktører som yter helsetjenester og nasjonale myndigheter samarbeider nærmere om kommunikasjon som dreier seg om prioriteringer.

Åpenhet om kostnader og priser

Hvis en lager beslutningsprosesser som tillater «hemmelige priser» som del av beslutningsgrunnlaget, vil dette gi manglende mulighet til å kontrollere at ulike grupper prioriteres iht. gjeldende prioriteringskriterier. Det vil også kunne medføre at det såkalte konsumentoverskuddet i stedet for å tilfalle pasientene og samfunnet går til produsentene av helsetjenester. En slik praksis vil ikke bare gi prioriterings- og samfunnsøkonomisk uheldige enkeltbeslutninger, men kunne undergrave hele prioriteringssystemets tillit i befolkningen (jf. Helsedirektoratet 2014b).

Spørsmål knyttet til åpenhet om kostnader ved legemiddelbehandling diskuteres i utredningens kap. 11.4. Etter vår vurdering finnes ikke rettslig grunnlag for å endelig hemmeligholde slike kostnader. Helsedirektoratet oppfatter ikke at rettsreglene gir det handlingsrom som enkelte aktører har påstått at foreligger. Rettskildebildet er mer sammensatt enn hva utvalgets diskusjon kan tyde på, og vi viser her til notatet «*Juridisk vurdering av forvaltningsmessige aspekter av legemiddelpriser og offentlighet*» som ble oversendt utvalget 10. april i fjor. Blant annet er ett relevant aspekt, som det synes lett å overse betydningen av, at det offentliges innkjøp av legemidler er tett knyttet til oppfyllelsen av pasienters rett til helsehjelp; i motsetning til de fleste andre innkjøp det offentlige foretar.

LIS har oppnådd til dels svært høye rabatter uten at de har gått med på å holde prisene skjult. Dette viser at det offentliges – og videre pasientenes – gevinst av slikt hemmelighold er svakt begrunnet i legemiddelprodusentenes argumentasjon.

Referanser

Direktorat for økonomistyring (2014) *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Direktorat for økonomistyring.

http://www.dfo.no/Documents/FOA/publikasjoner/veiledere/Veileder_i_samfunns%3b8konomiske_analyser_1409.pdf

Feltkode

Finansdepartementet (2014) Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv. Rundskriv R-109/14, Finansdepartementet.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2014.pdf

Feltkode

Folkehelseinstituttet (2014) Sykdomsbyrde – Nettartikler.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Main_6157&Main_6157=6261:0:25,9086

Feltkode

Helsedirektoratet (2007a) *Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser*. IS-1435, Helsedirektoratet.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-i-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser>

Feltkode

Helsedirektoratet (2007b) *Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak*. IS-1479, Helsedirektoratet. http://www.drgforum.no/sites/default/files/ISF_i_helsetjenesten_IS-1479.pdf

Feltkode

Helsedirektoratet (2009) *Nye og kostnadskrevende metoder - Forslag til system for håndtering av ny teknologi i helsetjenesten*. IS-13/2009, Helsedirektoratet.

http://www.kvalitetogprioritering.no/_attachment/12946

Feltkode

Helsedirektoratet (2010) *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. IS-1846, Helsedirektoratet.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet--veien-til-god-helse-for-alle/Sider/default.aspx>

Feltkode

Helsedirektoratet (2011) *Samfunnsøkonomiske analyser i helsesektoren – en veileder*.

HØRINGSUTGAVE. IS-1915, Helsedirektoratet. [https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-](https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samfunnsokonomiske-analyser/veiledere-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser)

[analyse/samfunnsokonomiske-analyser/veiledere-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser](https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samfunnsokonomiske-analyser/veiledere-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser)

Feltkode

Helsedirektoratet (2012a) *Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer*. IS-

1967, Helsedirektoratet. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringer-i-helsesektoren/Sider/default.aspx>

Feltkode

Helsedirektoratet (2012b) *Økonomisk evaluering av helsetiltak - en veileder*. IS-1985,

Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-i-okonomisk-evaluering-av-helsetiltak>

Feltkode

Helsedirektoratet (2014a) Innspill til ny oppdatering av reduserte helsekostnader for gående og syklende, samt konsistensvurderinger av verdsetting av liv og helse anvendt i ulike sammenhenger i Statens vegvesens Håndbok 140. Notat til Statens vegvesen, vegdirektoratet 29.01.2014.

<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samfunnsokonomiske-analyser/veiledere-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser>

Feltkode

Helsedirektoratet (2014b) Innføring av nye metoder basert på en misforstått økonomisk «terskelverdi» kan gi samfunnsøkonomisk tap, Notat til Prioriteringsutvalget 11.03.2014.

<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samfunnsokonomiske-analyser/veiledere-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser>

Feltkode

Helsedirektoratet (2015a) *ISF-regelverket for 2015*. IS-2230, Helsedirektoratet.

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/innsatsstyrt-finansiering-regelverk>

Feltkode

Helsedirektoratet (2015b) *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker. Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer*. IS-2264, Helsedirektoratet. Publiseres 10. mars 2015.

Høgskolen i Oslo og Akershus (2014) *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i

Oslo og Akershus 20. mars 2014. <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>

Feltkode

NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Universitetsforlaget.

NOU 1997: 18 *Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet 1997.

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-1997-18/id140956/>

Feltkode

NOU 2012: 16 *Samfunnsøkonomiske analyser*, Finansdepartementet 2012.

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2012-16/id700821/>

Feltkode

NOU 2013: 10 *Naturens goder – om verdier av økosystemtjenester*, Miljøverndepartementet 2013.

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2013-10/id734440/>

Feltkode

NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*, Helse- og omsorgsdepartementet 2014.

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/>

Feltkode

Statens vegvesen (2010) *Nullvisjonen – Nettartikkel*

<http://www.vegvesen.no/Fag/Fokusomrader/Trafikksikkerhet/Nullvisjonen>

Feltkode