



Saksmappe: 2014/5101/2964/2015

Arkiv:

Dato: 09.02.2015

Høringssvar fra Lier kommune – NOU:12 Åpen og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

Lier kommune støtter de foreslåtte overordnede kriteriene for prioriteringer:

- Helsegevinstkriteriet
- Ressurskriteriet
- Helsetapskriteriet

Lier kommune støtter også prinsippet om differensiert egenbetaling etter helsegevinst. Men påpeker at differensiert egenbetaling etter helsegevinst må innrettes på en slik måte at det ikke lages utilsiktet forskjeller i befolkningens tilgang til spesialisthelstjenester.

Lier kommune støtter utvalgets vektlegging av brukermedvirkning.

Lier kommune vektlegger også behovet for kompetanseutvikling ved implementeringen av nye kriterier, både i spesialist helsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Samhandlingsreformen fordrer et godt samarbeid mellom helseforetak og kommune.

Rådet for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne behandlet også NOU 2014:12 og deres uttalelse legges ved Lier kommunes høringssvar.

Med vennlig hilsen
Lier kommune

Sign.
Bente Gravdal
Kommunalsjef

Utdrag fra møteprotokoll

Råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne**Dato: 19.1.2015**

Råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevnes vedtak:

Rådet slutter seg til utredningens hovedføringer.

Utvalget har hatt et meget omfattende og komplekst mandat å forholde seg til.

Utredningen gir klare svar på hvilke prioriteringer som bør gjelde og hvordan de bør tillempes innen rammen for de verdiene som gjelder for norsk helsetjeneste: "helsetjenesten skal bidra til å sikre flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt."

Dessverre omfatter disse prioriteringene kun helserelevante sykdommer og ikke omsorg som henvises til en ny utredning.

Overordnede prioriteringene er:

- **Helsegevinstkriteriet.** Et tiltaks prioritet øker med den helsegevinst som forventes. (og annen relevant velferdsgevinst)
- **Ressurskriteriet.** Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legges beslag på.
- **Helsetapskriteriet.** Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap for den eller de som får helsegevinst".

Det er positivt at helsegevinstkriteriet ikke bare vurderer flere gode leveår for den det gjelder, men også omfatter redusert belastning for pårørende og omgivelsene.

Ressurskriteriet er mer omfattende enn ren kostnadseffektivitet som kan måles i kroner og øre, og inkluderer prioriteringer på alt fra ledige sengeplasser, transport og ikke minst helsepersonalets tid og oppmerksomhet.

Helsetapskriteriet skal gi prioritet til de som kommer dårligst ut av det innen rammen for 80 gode leveår. Det er positivt at normen er satt høyt ut fra en forventning om lengre liv med gode leveår i befolkningen. Normen gjør det mulig å sammenlikne ulike diagnosegrupper med ulik prognose for livsløpet med dagens behandling. En diagnosegruppe med lengre helsetap i år har prioritet fremfor en med lavere helsetap.

Det er positivt at utvalget betoner at prioriteringer skal gjøres åpent og med brukermedvirkning.

Det er også viktig at utvalget foreslår et nasjonalt råd med ansvar for prioriteringer i helsetjenesten der de overordnede kriteriene for helsegevinst, ressursbruk og helsetap legges til grunn for arbeidet.

Utvalget foreslår også endringer i egenbetalingsordningene. For å begrense bruken av lavt prioriterte helsetjenester kan det være riktig å øke bruken av egenandeler. Mens egenandeler for høyt prioriterte helsetjenester bør fjernes.