
Fra: Tove Mette Fyllingen [FTM@lindas.kommune.no]
Sendt: 24. februar 2015 14:25
Til: Postmottak HOD
Emne: Høyring - NOU 2014:2 Åpent og rettferdig - prioriteringar i helsetenesta

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement

Referanser:
Dykkar:
Vår: 14/613 - 15/4352

Saksbehandlar:
Tove Mette Arnø Fyllingen
ftm@lindas.kommune.no

Dato:
24.02.2015

Høyring - NOU 2014:2 Åpent og rettferdig - prioriteringar i helsetenesta

Vedlagt følgjer saksutgreiing med vedtak.

Med helsing
Tove Mette Arnø Fyllingen
avdelingsleiar

Dokumentet er signert elektronisk.

Andre mottakarar:

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement

SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
012/15	Levekårsutvalet	PS	03.02.2015
014/15	Kommunestyret	PS	19.02.2015
005/15	Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	PS	02.02.2015
005/15	Eldrerådet	PS	03.02.2015

Saksbehandlar	ArkivsakID
Terje Sætre	14/613

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

Vedlegg:

Vedlegg 1 og 2 - horingsuttale fra KS- kommunane

Lindås kommune viser til NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, som er oversendt kommunen til høyring.

Kommunens uttale er identisk med KS sitt notat av 19.januar 2015 om rapporten, jfr. vedlegg 1 i saka.

Råd for menneske med nedsett funksjonsevne - 005/15

RMNF - behandling:

Rådet sluttar seg til rådmannen si vurdering av saka.

Samrøystes vedteke.

RMNF - vedtak:

Rådet sluttar seg til rådmannen si vurdering av saka.

Eldrerådet - 005/15

Eldrerådet forventar at det vert lagt til rette for flest mulig gode levevilkår for alle, uansett alder.

Samrøystes vedteke.

ER - vedtak:

Eldrerådet forventar at det vert lagt til rette for flest mulig gode levevilkår for alle, uansett alder.

Levekårsutvalet - 012/15

Orientering til saka ved Kommunalsjef Åslaug Brænde.

Fellesframlegg:**Rådmannen sitt framlegg med endring:**

Levekårsutvalet si innstilling:

Avsnitt 1. som rådmannen sitt framlegg.

Lindås kommune sluttar seg til KS sitt notat av 19. januar 2015 om rapporten.

Fellesframlegget vart samrøystes vedteke.

LE - vedtak:**Innstilling frå Levekårsutvalet - 03.02.2015:**

Lindås kommune viser til NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, som er oversendt kommunen til høyring.

Lindås kommune sluttar seg til KS sitt notat av 19. januar 2015 om rapporten.

Kommunestyret - 014/15**KO - behandling:**

Innstillinga frå levekårsutvalet vart samrøystes vedteke.

KO - vedtak:

Lindås kommune viser til NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, som er oversendt kommunen til høyring.

Kommunens uttale er identisk med KS sitt notat av 19.januar 2015 om rapporten, jfr. vedlegg 1 i saka.

Saksopplysningar:

Politisk handsaming

Saka skal til innstilling i Levekårsutvalet

Saka skal avgjerast i Kommunestyret

Vedlegg i saka:

1. Notat om utvalgte områder KS peker på som tema for høringsuttalelse fra KS/kommunene - i forhold til NOU 2014:12 Åpent og rettferdig –prioritering i helsetjenesten.
2. NOU 2014:12 Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten

Bakgrunn

Kvar einaste dag blir det gjort tusenvis av prioriteringsavgjersler i norsk helseteneste. Spørsmålet er ikkje om slike avgjersler må takast, men korleis dei skal gjerast på best mogeleg måte.

Å prioritere inneber å rangere, det vil seie å sette noko framfor noko anna. Alt kan ikkje setjast først. Slik er det også i helsetenesta i Norge. Sjølv i vårt rike land må vi av og til seie nei til tilbod med liten helsegevinst og stor ressursbruk til fordel for andre menneske som treng det meir. I andre tilfelle kan låg prioritetet innebere at pasientar må vente lenger eller betale noko eller alt sjølv.

Prioritering har store konsekvensar og angår mange ulike interesser. Prioritering handlar om liv og død, sjukdom og lindring, einskildmenneske sin historie og befolkningas helse. Prioritering handlar også om kompliserte, medisinske avgjerslar, fagleg prestisje, sterke økonomiske interesser og politisk styring. Prioritering vekker difor kjensler og debatt.

Med så mykje på spel er riktig prioritering heilt avgjerande. Vi prioriterar aktivt fordi vi ønsker ei god og rettferdig fordeling av helse- og helseteneste. For å oppnå dette er open og rettferdig prioritering grunnleggjande. Idealet om openheit tilseier at prioritering bør skje i opne prosesser der all kjent kunnskap blir vurdert, alle argument blir lagt fram, alle partar blir høyrde, brukarane har påverknad og relevante omsyn blir veid mot kvarandre.

Idealet om rettferdigheit tilseier at prioritering må byggje på likebehandling og vektleggje dei vi kan hjelpe mest og som er dårlegast stilt.

God prioritering krev også forutsigbarheit. Vanskelege val bør følgje prinsipp, kriterier og prosedyrar vi på førehand har kome fram til i fellesskap. Desse er meir enn rettleiande. Dei bind beslutningstakarane til masten og bør følgjast, nettopp når det stormar som verst.

Prioriteringsarbeide i Norge står i dag foran fem utfordringar:

- eit gap mellom ressursar og behov
- eit gap mellom mål og resultat

- underliggende drivarar som motvirkar god prioritering
- manglar i dagens rammeverk for prioritering
- uavklarte spørsmål om riktig prioritering.

Gapet mellom ressursar og behov er aukande på grunn av demografiske endringar og særleg teknologisk utvikling. Slik utvikling er gledeleg, men samstundes ei utfordring for prioriteringsarbeidet fordi det blir fleire vanskelege val.

Gap mellom mål og resultat. Nyttast ressursane optimalt i forhold til helsetenesta sine målsetningar? Og prioriterar vi riktig?

Det er fleire underliggende drivarar som motvirkar god prioritering. Prioritering kan vere ubehageleg, og open prioritering kan føre til eksponering i media. Andre drivarar kan vere finansieringsordningar, som kan skyve prioriteringane i feil retning. Døme på dette kan vere historiske budsjett, som ikkje har endra seg raskt nok i takt med demografiske og epidemiologiske endringar, fordeling av helsepersonell der behovet for styring kjem i konflikt med helsepersonellens valfridom.

Manglar i dagens rammeverk. Kriterier som det i dag prioriterast etter vart utforma for snart 20 år sidan og er modne for revisjon.

Det er mange uavklare spørsmål om korleis ein bør prioritere. Dette gjeld generelle spørsmål om vi brukar for lite ressursar på førebyggjande tiltak eller for mykje på kostbare legemiddel for langkome kreft. Ny og kostbar teknologi kan gi relativt små, men viktige helsegevinster for einskildpersonar. Norge kan ikkje halde fram med å behandle slike saker einskildvis utan auka bevisheit om konsekvensar for heile helsesektoren. Manglande eller feil prioritering kan gi mange «tause taparar».

Utvalets svar på desse utfordringane er fire prinsipp for god prioritering:

- Prioriteringar bør søkje målet «flest mogeleg gode leveår for alle, rettferdig fordelt».
- Prioriteringar bør følgje av klare kriterier
- Prioriteringar bør gjerast systematisk, opent og med brukarmedverknad
- Prioriteringar bør gjennomførast med eit heilskapeleg sett med effektive virkemiddel.

Prioriteringar bør søkje målet «flest mogeleg gode leveår for alle, rettferdig fordelt». Måla bør vere godt forankra i den norske velferdsstatens verdier. Sentralt blant desse er menneskeverd, solidaritet, rettferdigheit, likebehandling, sjølvbestemmelse, valfridom, rettssikkerheit, forutsigbarheit og openheit. Ei rettferdig fordeling av gode leveår krev at fordelinga av helsegevinster og helsetenester byggjer på likebehandling og vektlegg gode leveår for dei dårlegast stilte.

God prioritering krev klare og velfunderte prioriteringskriterier, og at dei kan nyttast. Slike kriterier skal kunne hjelpe beslutningstakarane i ulike situasjonar med å rangere tiltak.

Prioriteringskriteriene som ligg til grunn for prioriteringar i dagens norske helsevesen baserar seg på tilrådingane frå det sokalla Lønning II-utvalet:

- tilstandens alvorlegheit
- nytten av tiltaket
- kravet om kostnadseffektivitet.

I NOU 2014:12 Åpent og rettferdig meiner utvalet at dagens prioriteringskriterier i hovudsak

er gode. Utvalet meiner samstundes at prioriteringsarbeidet kan styrkast av ny terminologi og inndeling, noko endra innhald og større konkretisering av kva kriteriene betyr i praksis.

Utvalet rår til følgjande overordna kriterier:

- **Helsegevinstkriteriet:** eit tiltaks prioritet aukar med forventa helsegevinst (og annan relevant velferdsgevinst frå tiltaket)
- **Ressurskriteriet:** eit tiltaks prioritet aukar desto mindre ressursar det blir lagt beslag på
- **Helsetapskriteriet:** eit tiltaks prioritet aukar med forventa helsetap over livsløpet hos den eller dei som får helsegevinst.

Kriteriane bør alltid bli sett i samheng med kvarandre og bør gjelde heile helsetenesta. Det betyr at dei er meint å vere utgangspunktet for prioriteringar i svært ulike beslutningssituasjonar. Mellom anna er dei meint å rettleie beslutningstakarar på nasjonalt leiingsnivå og helsepersonell i deira kliniske arbeid, også i dei tilfelle der det ikkje ligg føre fullstendige, økonomiske analysar. I prioritering og i bruken av kriteriene er god dokumentasjon like fullt heilt sentralt.

Helsegevinstkriteriet:

- erstattar både det tidlegare nyttekriteriet og delar av kostnadseffektivitetskriteriet.
- framstår som mindre teknisk enn nytte og som meir direkte relevant på klinisk nivå og for befolkninga
- framhevar helsegevinster i form av gode leveår, men opnar samstundes for at andre relevante velferdsgevinster kan ha betydning for prioritering. Slike gevinstar kan vere redusert belastning for pårørande og betra arbeidsevne for pasienten.

Ressurskriteriet:

erstattar delar av kostnadseffektivitetskriteriet. Dette bidreg også til at kriteriene framstår som mindre tekniske og framhever at mange prioriteringsbeslutningar, særleg på klinisk nivå, handlar om mykje meir enn det som kan målast i kroner og øre. Helsepersonell fattar kvar dag beslutningar der dei vurderar ressursbruken i form av sengeplassar, teknisk utstyr, transportmiddel til næraste sjukehus og ikkje minst eiga tid og merksemd.

Helsetapskriteriet:

- erstattar alvorlegheitskriteriet.
- er meint å fange opp det viktigaste fordelingsomsynet: at helsegevinster som tilfelle dei dårlegast stilte skal bli gitt auka vekt. Dei dårlegast stilte er i denne samheng definert som dei som har størst helsetap målt ut frå ein norm om minst 80 gode leveår for alle. Denne referanseverdien er sett relativt høgt. Sjølv om forventa levealder frå fødsel er litt over 80 år er tal forventa gode leveår om lag 67 år. Normen er sett høgare ut frå ei målsetting om fleire gode leveår over livsløpet.
- Definisjonen av helsetap gjer det mogeleg å berekne og samanlikne diagnosegrupper med ulik prognose for livsløpet med dagens behandling. T.d. har pasientar med ein alvorleg form for multippel sklerose i gjennomsnitt eit helsetap over livsløpet på om lag 40 gode leveår. Pasientar med diagnosen atrieflimmer (hjarteflimmer) har i gjennomsnitt eit helsetap på om lag 10 gode leveår. Fordelingsomsynet, basert på storleiken av helsetapet, tilseier at helsegevinster for pasientar med multippel sklerose bør bli gitt ein noko høgare prioritet enn helsegevinster frå tiltak mot atrieflimmer.
- Etter utvalets meining er den viktigaste måten å måle sjukdomsbyrde på er i form av

summen tapte gode leveår, som følgje av tidleg død og leveår med sjukdom. Dei fire viktigaste årsakene til tapte gode leveår i Norge er lidingar i muskel og skjelett, mental helse og rusavhengigheit, kreft og hjartekarsjukdomar.

Utvalet har også vurdert fire andre kriterier. Desse er knytt til:

- alder
- mangel på alternativt tiltak
- bidrag til innovasjon
- sjeldenheit.

Utvalet konkluderar med at i den grad kriteriene representerar relevante omsyn, er desse alleie ivaretekne i dei tre hovudkriteriene utvalet tilrår. Viser elles til vedlagte NOU s. 101-111, der desse kriteriene er nærare drøfta.

Prioriteringar bør gjerast systematisk, opent og med brukarmedverknad. Opne og legitime prosessar er avgjerande for rettførdig prioritering. Utvalet rår til at prioriteringsprosessar på overordna nivå i større grad enn i dag aktivt utformast i samsvar med det etiske rammeverket «Ansvar for rimelige beslutninger». Rammeverket løftar fram fire vilkår som saman skal sikre ein legitim prioriteringsprosess: openheit, relevante grunngevingar, klagemogeleghet og høve for revisjon, regulering og institusjonalisering. Utvalet rår til at brukarane blir inkludert i prioriteringsprosessar på alle nivå. Utvalet meiner at politikarar og andre beslutningstakarar har eit særleg ansvar for ikkje berre å lytte til dei gruppene som har størst innflytelse eller roper høgast, men også nøye vurderar kven som er eller kan bli dei tause taparane.

Prioriteringar bør gjennomførast med eit heilskapeleg sett med effektive virkemidlar:

- lov og forskrift
- leiing
- organ med særleg ansvar for prioritering
- finansieringsordningar

Utvalet meiner at dagens lov og forskriftsverk på prioriteringsområdet er fragmentert. Det er viktig at lovverket understøttar bruk av eit gitt sett med overordna prioriteringskriterier for heile helsetenesta. Berre på den måten kan prioritering gjerast konsistent. Utvalet meiner at kriteriene knytt til helsegevinst, ressursbruk og helsetap alle bør kome tydeleg fram i all relevant lov for forskriftstekst.

Utvalet meiner at bevisst og systematisk prioritering er ein sentral del av leiarane sine oppgåver og ansvar. Alle leiarar i helsetenesta bør ha inngåande kunnskap om prioriteringskriterier, prosessar og beslutningsverktøy. Leiarane bør aktivt søkje å ta i bruk prioriteringsrelevant informasjon. Utvikling av gode leiarar krev god opplæring. Prioriteringsproblematikken bør framover ha ein sentral plass i dei ulike leiarutdanningane og kurs som blir tilbode.

Utvalet meiner at det på nasjonalt nivå bør vere eit robust rådgjevande organ innan prioriteringsområdet. Dette organet bør først og fremst ha eit overordna rådgjevingsansvar ovanfor sentrale helsemyndigheiter, men bør også kunne gi råd til helsetenesta elles. Utvalet meiner at dette best kan sikast ved å vidareføre Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstenesta, samstundes som dagens ansvar for kvalitet blir overført til andre organ. Dei overordna prioriteringskriteriene knytt til helsegevinst, ressursbruk og helsetap må liggje til grunn for arbeidet. Det er også behov for rettleiarar i kommunehelsetenesta og for aktørar som fastlegar, helsesøstre og fysioterapeutar.

Finansieringsordningar bør utformast slik at dei leiar til beslutningar som samsvarar med dei

overordna prioriteringskriteriene:

- Det er behov for meir kunnskap om korleis innsattsstyrt finansiering virkar på prioriteringane i sjukehusa
- Det er behov for meir kunnskap om korleis finansieringsordningane påvirker allmennlegar og spesialisters henvisningspraksis og prioriteringar. Henvisningspraksisen har stor betydning for spesialisthelsetenestas ressursbruk og folketrygdas utgifter. For å redusere praksisvariasjon som ikkje er medisinsk grunngeve, bør ansvarlege myndigheiter utvikle ordningar for å følgje med på, vurdere og om naudsynt følgje opp uheldig variasjon i henvisningspraksis.
- Korleis takstane i finansieringa av allmennlegar og spesialistar bør vurderast, slik at dei kan påvirke prioriteringane i ønska retning.
- Utvalet rår til endringar i eigenbetalingsordningane. For å avgrense bruk av lågt prioriterte tenester kan det vere riktig å auke bruken av eigenbetaling. For høgt prioriterte tenester bør eigenbetaling reduserast eller fjernast. Hensikten med tilrådingane er ikkje å auke omfanget av eigenbetaling, men å innrette eigenbetalingsordningane slik at dei bidreg til riktigare prioriteringar. Utvalet har vurdert to typer tiltak der endra eigenbetaling gradert etter priorititet kan vere aktuell. Det første er tiltak som gir store forventta helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er retta mot tilstander med store helsetap. Her vil det vere grunnlag for å redusere eller fjerne all eigenbetaling. Det andre er tiltak som gir små eller usikre helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er retta mot tilstander med små helsetap. Her kan det vere grunnlag for å innføre gradert eller full eigenbetaling.
- Ei ordning med gradert eigenbetaling etter prioritet må knyttast direkte til nasjonale faglege retningslinjer og prioriteringsveiledarar, fordi gradering må skje innad i kvar tilstandsgruppe. Effekten av gradert eigenbetaling må overvakast nøye med omsyn til effektivitet og fordelingseffekter.

Viser elles til sjølve rapporten, jfr. vedlegg 2 i saka.

Høyringsfristen for uttale er sett til 20.februar 2015.

Vurdering

Rådmannen sluttar seg til dei vurderingar som kjem i notat frå KS oversendt til kommunen 19.januar 2015, jfr. vedlegg 1 i saka.

I toppleiar møte 14. januar 2015 i Helse Bergen-området var prioriteringar i helse eit stort tema.