

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

Arkivsak-dok. 14/08570-2
Saksbehandler Kyrre Kvistad

Saksgang	Møtedato	Saksnr
Fylkesrådet i Nord-Trøndelag	20.01.2015	13/15
Fylkestinget i Nord-Trøndelag	11.02.2015	1/15

Fylkesrådets innstilling til vedtak:

Nord-Trøndelag fylkeskommune avgir følgende uttalelse:

1. Utvalgets mandat gjelder all helsetjeneste. En større geografisk spredning av utvalgets medlemmer hadde da vært ønskelig. Utvalget kunne også med fordel hatt en bredere representasjon fra primærhelsetjenesten.
2. Prioriteringer er en del av helsevesenets hverdag. I vår offentlige helsetjeneste må prioriteringer skje etter allment aksepterte kriterier. Men nødvendigheten av prioriteringer fritar ikke sentrale styresmakter fra ansvaret for at folk får nødvendig helsehjelp.
3. Finansieringsordninger må innrettes slik at de fremmer vedtatte prioriteringer. Taket for egenandeler bør fortsatt ligge på samme nivå som i dag.
4. Dagens kriterier for prioriteringer, det vil si alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet, passer bedre til vanlig klinisk virksomhet enn de kriteriene som Norheim-utvalget foreslår. Norheim-utvalgets kriterier kan i tillegg innebære en uakseptabel aldersdiskriminering. Kriteriene bør bearbejdes slik at dette unngås. Norheim-utvalgets kriterier kan da være velegnet for prioriteringer mellom større grupper av pasienter med ulike lidelser.

Fylkesrådets vurdering

Fylkesrådet vil innledningsvis bemerke at 9 av utvalgets 14 medlemmer bor i Oslo og Akershus. Kun ett medlem er lege i primærhelsetjenesten. Utvalgets anbefalinger skal gjelde for all helsetjeneste. En større geografisk spredning og en bredere representasjon fra primærhelsetjenesten hadde da vært ønskelig.

Fylkesrådet er enig i at prioriteringer er og vil være en viktig del av helsetjenesten, og at prioriteringer i vår offentlige helsetjeneste må skje etter allment aksepterte kriterier. Men fylkesrådet vil påpeke at dette ikke fritar sentrale styresmakter for ansvaret for at folk får nødvendig helsehjelp. Slik hjelp er en vesentlig sivilisasjonsverdi.

Avgrensninger i svært kostbar behandling kan vise seg nødvendig. Det samme gjelder behandling som har liten nytte. Men dersom et i hovedsak offentlig betalt helsevesen skal ha oppslutning hos innbyggerne, så må all godkjent etterspørsel etter helsetjenester kunne dekkes uten avvisning og helst også uten belastende venting.

Fylkesrådet er videre enig med utvalget i at finansieringsordningene må innrettes slik at de fremmer vedtatte prioriteringer. Dette gjelder også pasientenes egenandeler. Grensen for de samlede egenandeler en pasient må betale, bør fortsatt ligge på dagens nivå.

De nye kriteriene som utvalget foreslår, er mer eksakte enn de gamle kriteriene. Men de er nødvendigvis ikke bedre. Til grunn i anvendelsen av de nye kriteriene skal ligge standardiserte måter å beregne såkalte kvalitetsjusterte leveår knyttet til de forskjellige sykdommer. De tall som da nødvendigvis må brukes, er gjennomsnittstall. Utvalget hevder det foreligger et godt grunnlag for å beregne slike tall, noe det ikke er grunn til å trekke i tvil. Men enkelttilstander kan variere nokså mye fra et gjennomsnitt. På individnivå kan gjennomsnittsverdien være lite treffende, og det er tross alt individer som behandles i klinisk praksis. Det er sannsynlig at litt erfarne klinikere vil treffe både raskere og sikrere beslutninger for sine pasienter om de baserer seg på de gamle kriteriene, alvorlighetsgrad og nytte, enn om de beregner seg fram til kvalitetsjusterte leveår vunnet eller tapt. Det er også sannsynlig at pasientene vil mene at det første er mer betryggende.

I tillegg skal det påpekes at de nye kriteriene innebærer en betydelig nedprioritering av eldre pasienter. Siden eldre mennesker har færre leveår å se fram til enn yngre mennesker, vil de alltid måtte stille sist dersom pasienter skal prioriteres etter gjenværende leveår. Det er ikke vanskelig å tenke seg situasjoner der yngre mennesker får behandling først, men det er uakseptabelt å innføre en systematisk bortvelgelse av de eldre. En stor del av helsevesenets pasienter er eldre, og målet må være å bygge ut kapasitet til å gi dem som andre nødvendig helsehjelp.

Det hevdes ofte at helsevesenet bruker uforholdsmessig mye ressurser på livsforlengende behandling av eldre mennesker med svikt i flere viktige livsfunksjoner. Det kan være riktig, men det er galt å løse dette problemet ved å nedprioritere en svært mye større gruppe.

Norheim-utvalget har regnet helsegevinster og helsetap opp mot 80 antatte gode leveår. Hvis nå pasienten allerede har hatt 80 gode leveår, og så får et helseproblem, hvordan skal det da regnes? Dette sier utvalget ikke noe om. Utvalget er neppe av den mening at pasienten har levet ut sin kvote med gode år og derfor ikke skal behandles. Men regnemodellen deres svikter i dette tilfelle, og det er overraskende at dette ikke er berørt i innstillingen.

Nord-Trøndelag fylkeskommune

Norheim-utvalget skiller selv mellom prioriteringer på klinisk nivå og på overordnet nivå, altså mellom individuelle prioriteringer og gruppeprioriteringer. Mye av kapittel 9 brukes til å drøfte dette. I kapittel 10 (side 134) sier utvalget at «QALY's er ikke tenkt brukt direkte på klinisk nivå». Men i kapittel 9 (blant annet på side 113 og i oppsummeringen, side 130) fastslår utvalget at deres prioriteringskriterier er «relevante både på klinisk nivå og på ledelsesnivå». Siden QALY's er et helt sentralt begrep for den praktiske anvendelse av både helsegevinst og helsetap, er det vanskelig å forene de to utsagnene. En leser kan undres på om tvetydigheten dekker over ulike meninger i utvalget.

Fylkesrådet vurderer det slik at dagens kriterier, alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet, gir bedre grunnlag for rettferdige prioriteringer på klinisk nivå enn de kriterier og litt omstendelige framgangsmåter som Norheim-utvalget foreslår. Dagens kriterier er godt innarbeidet, og fylkesrådet mener at de fortsatt bør være de som brukes på klinisk nivå.

Norheim-utvalgets kriterier må korrigeres for uakseptabel aldersdiskriminering. Kriteriene kan da med fordel anvendes på prioriteringer på såkalt aggregert nivå, altså når myndighetene skal vurdere grupper av pasienter opp mot hverandre, eller om nye metoder for diagnostisering og behandling skal tas i bruk eller eldre metoder avvikles. I slike tilfelle er det av stor verdi for både myndigheter og offentlighet å vite antallet kvalitetsjusterte leveår som vinnes ved alternative anvendelser av ressursene. Fylkesrådet vil derfor anbefale at arbeidet med å samle inn data og beregne helsegevinster på gruppenivå etter den metode som Norheim-utvalget bruker, videreføres.

Steinkjer 20. januar 2015

Anne Marit Mevassvik
fylkesrådsleder
(sign)

Saksutredning for fylkestinget

Sammendrag

Utvalget ble oppnevnt den 21. juni 2013 og avga innstilling den 12. november 2014. Oppgaven var å utrede hvordan ressursene i det norske helsevesen skal prioriteres. Mandatet omfatter to hele trykte sider i NOU'en og inneholder en lang rekke med deloppgaver. I forkortet framstilling skal utvalget

1. Foreslå prinsipper for prioritering av pasienter.
2. Drøfte kriterier for prioritering, det vil si at utvalget skal si hvorledes helsepersonell og personer med lederansvar i helsevesenet skal forholde seg i praksis for å ivareta prinsippene for prioritering.
3. Foreslå virkemidler for prioritering. Dette gjelder den beslutningsstøtte i form av retningslinjer og informasjon som klinikere og ledelse skal basere sine prioriteringer på. Det gjelder også de endringer i lovgivning og økonomiske regler som sentrale styresmakter må bestemme. Spesielt er utvalget bedt å vurdere om egenandeler kan være et instrument for riktigere prioritering.
4. Beskrive hvordan myndighetene skal forholde seg for å skape oppslutning om helsevesenets prioriteringer.

Siden mandatet er omfattende og detaljert, så er også utvalgets anbefalinger omfattende og detaljerte. Anbefalingene er å finne i slutten av hvert kapittel. Utvalget skal ha honnør for en velredigert framstilling.

Det vil føre altfor langt å drøfte hver enkelt anbefaling. De fleste av anbefalingene er også ukontroversielle, som for eksempel at det skal legges minst like stor vekt som før på åpenhet, brukermedvirkning og pasientrettigheter. Dette saksforelegg vil konsentrere seg om de av utvalgets forslag som har størst praktiske konsekvenser.

Utvalget foreslår at tre kriterier legges til grunn for prioriteringer i helsevesenet:

- forventet helsegevinst
- forventet ressursbruk
- forventet helsetap

De tre kriteriene skal vurderes samlet for den enkelte pasient.

Utvalget foreslår at egenandeler brukes for å støtte vedtatte prioriteringer. I praksis betyr dette at pasienter som skal ha lavt prioritert behandling får høyere egenandeler, og pasienter som skal ha høyt prioritert behandling får lavere egenandeler.

Utvalget foreslår en styrking av sentrale myndigheter for å lede et løpende arbeid med helsevesenets prioriteringer, herunder å arbeide med lik praksis og lik tilgang på helsetjenester.

Referanse for saken:

- [NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten](#)

Vedlegg:

- [Høringsbrev fra Helsedepartementet, datert 13. november 2014](#)

Saksframstilling

Bakgrunn

I helsevesenet prioriteres det hver eneste dag. Det prioriteres på alle nivåer, både fagfolk og ledelse prioriterer. Det prioriteres så ofte og så mye at det er godt grunnlag for å hevde at det å velge mellom pasienter er et av de mest karakteristiske trekk ved virksomheten i helsevesenet. Desto viktigere er det at prioriteringene i et offentlig betalt helsevesen har forankring i folks oppfatning av hvilke pasienter som fortjener å bli behandlet først.

Det moderne helsevesen har nesten eventyrlige muligheter for å hjelpe folk, og mulighetene blir bedre for hver dag. Men nye muligheter til helsehjelp krever sitt. Mange av dem er kostbare. De kan innebære bruk av kostbart utstyr, dyre legemidler eller betydelige bygningsmessige investeringer. De kan innebære en stor personellinnsats, eller de kan kreve spesialisert kyndighet som bare få personer har mulighet for å skaffe seg. De stadige nyvinninger innebærer dessverre også at tilgangen på en eller annen ressurs, for en tid i hvert fall, er mindre enn behovet, fordi det tar tid når mange skal lære seg noe nytt. Prioriteringer er ikke til å komme utenom, og det er en illusjon å tro at ethvert behov kan dekkes til enhver tid.

Det er to grunnleggende måter å prioritere begrensede goder på. Den ene er ved priser, den andre er ved køer. Prioritering ved priser alene har aldri vært aktuelt i Norge. Vi har i stedet valgt å prioritere hva vi tilbyr. Til grunn for de offentlige prioriteringer har til nå ligget innstillingene fra de to Lønning-komiteene, som Stortinget har sluttet seg til.

Lønning I ble avgitt i 1987, Lønning II ble avgitt i 1997. I korthet har de to innstillingene ledet til tre grunnleggende kriterier for prioriteringer:

- alvorlighetsgrad
- nytteverdi
- kostnadseffektivitet.

Alvorlighetsgrad betyr at de mest truede pasienter skal behandles først. Nytteverdi betyr at det foreligger berettiget tro på at behandlingen forbedrer pasientens tilstand. Kostnadseffektivitet betyr at den helsegevinst som oppnås skal sees i forhold til de utgifter behandlingen medfører. De tre kriterier skal vurderes samlet.

Lønningutvalgene diskuterte en lang rekke mulige kriterier, herunder også alder, men samlet seg om de tre nevnte. Utvalgenes arbeid har fått mye ros. En fordel med Lønning-utvalgenes kriterier er at de er intuitivt lette å forstå og lette å godta. Derfor har de også funnet omfattende anvendelse i helsevesenets hverdag.

Norheim-utvalgets problemstillinger

Norheim-utvalget konstaterer innledningsvis at selv om Lønning-utvalgenes kriterier er lette å forstå, så er både alvorlighetskriteriet og nyttekriteriet åpent for nokså vide tolkninger. Både alvor og nytte er avhengig av øynene som ser, ingen av kriteriene er definert slik at det kan settes tall på alvor og nytte. Det er en sentral oppgave for Norheim-utvalget å finne fram til nye kriterier som kan tallfestes på en eller annen måte. Det argumenteres med at tallfesting vil gi langt sikrere prioritering av pasientene, for da kan forskjellige sykdommer sammenlignes på en objektiv måte.

Nord-Trøndelag fylkeskommune

Et annet hovedargument for tallfesting er større likhet i prioriteringene over hele landet.

Et hovedargument for mer systematisk prioritering er at en pasients behandling i mange tilfelle kan være en annen pasients ikke-behandling! Når det er slik, så skylder samfunnet sine innbyggere å ta bevisste og godt informerte valg.

Norheimutvalgets konklusjoner

Norheim-utvalget foreslår at nyttekriteriet erstattes av forventet helsegevinst, alvorlighetskriteriet av forventet helsetap og kriteriet kostnadseffektivitet av forventet ressursbruk. Som mål for helsegevinst og helsetap foreslås benyttet såkalte kvalitetsjusterte leveår, forkortet QALY's (etter engelsk Quality Adjusted Life Years). Begrepsdannelsen krever en nærmere forklaring.

En QALY er ett leveår med best tenkelig helse. Hvis du ikke har best tenkelig helse, så settes din livskvalitet til et tall mellom null og en. Hver nordmann antas ved fødsel å kunne se fram til 80 QALY's.

Forventet helsegevinst av en behandling er det antallet QALY's som behandlingen vinner for pasienten.

Forventet helsetap er det antallet QALY's som pasienten taper som følge av sin helsesvikt.

Eksempel:

Anta at du har levd ved best tenkelig helse og blitt 50 år. Du får da et varig helseproblem som noen bedømmer nedsetter din livskvalitet til 0,7. Heldigvis kan helsevesenet gjøre deg helt frisk igjen med en gang. Din forventede helsegevinst er da en heving av livskvaliteten med en faktor på 0,3 i 30 år, det vil si $0,3 \times 30 = 9$ QALY's.

Dersom du ikke behandles, så er ditt forventede helsetap 9 QALY's. Men sett nå at helsevesenet ikke kan gjøre deg helt frisk igjen. Selv etter best mulig behandling vil ikke din livskvalitet bli bedre enn 0,8. Ditt forventede helsetap dersom du behandles er da $0,2 \times 30 = 6$ QALY's, mens helsegevinsten av behandlingen er $0,1 \times 30 = 3$ QALY's.

Framstillingen ovenfor er forenklet for å illustrere en begrepsdannelsen som ikke er helt lett å forstå. Enklere blir det ikke av at Norheim-utvalget regner med tre typer helsegevinster, for pasienten, for pårørende og for samfunnet. Da må gevinsten også måles med mer enn QALY. For samfunnet kan det være riktig å måle en gevinst som vunnet produksjon ved at pasienten kommer tilbake til arbeidslivet.

Forventet ressursbruk er langt enklere å forstå. Det er de samlede ressurser som behandlingen krever. De kan måles i penger. Men Norheim-utvalget understreker at en ressursmangel ikke nødvendigvis er en pengemangel. For eksempel kan det være mangel på kvalifiserte kirurger som gjør at en operasjon må utsettes.

Det er den samlede vurdering av forventningene om helsegevinst, helsetap og ressursbruk som etter utvalgets forslag skal avgjøre prioriteringene i norsk helsevesen.

Hvilken "keiser" skal så bestemme at min livskvalitet er 0,7?

Utvalgets svar er at systemet for å virke trenger en sentral institusjon som fastsetter nøkkeltallene. Denne institusjonen kan opplagt ikke vurdere enkeltpasienter. Institusjonens oppgave blir å vurdere de enkelte sykdommer og de

Nord-Trøndelag fylkeskommune

behandlingsrutiner som brukes i Norge, og så ut fra dette sette gjennomsnittstall for de enkelte sykdommer. Siden både behandlingsrutiner og prognoser forandrer seg, må arbeidet bestå i en kontinuerlig oppdatering av nøkkeltallene. Utvalget foreslår at denne oppgaven legges til *Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgssektoren*. Det anbefales at arbeidet med prioriteringer styrkes både i helseforetakene og i primærhelsetjenesten.

Utvalget viser til at Storbritannia har god erfaring med en slik måte å innrette seg på.

Finansieringsordninger i helsevesenet bør utformes slik at de leder til beslutninger som samsvarer med de overordnede prioriteringer. Utvalget mener derfor at egenandeler for høyt prioriterte behandlinger bør settes ned, mens egenandeler for lavt prioriterte behandlinger kan settes opp noe. I begge tilfelle reguleres trygdens refusjon tilsvarende, ellers blir det prioriterte ulønnsomt. De høyere egenandeler vil da virke etterspørselsbegrensende. Samtidig påpeker utvalget (side 181) at det er klare grenser for hvor store egenandeler som kan kreves uten at det bryter med formålet om å ha en norsk offentlig helseforsikring for alle. Utvalget kan tolkes slik at taket for egenandeler ikke bør heves nevneverdig fra dagens nivå.

For helseforetakenes vedkommende peker utvalget på at innsatsstyrt finansiering (ISF) lett fører til prioritering etter lønnsomhet i stedet for etter andre kriterier. ISF-andelen av helseforetakenes DRG-refusjoner er i dag på 50 prosent. Utvalget ber departementet om å vurdere nøye hvordan ISF-ordningen virker i praksis.