

NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

Innledning:

Intensjonen i høringen fremstår som god og bærer preg av et humanistisk og demokratisk verdisyn. Utvalget har gjort en grundig drøfting av den verdimeslige forankring av kriteriene som skal ligge til grunn for prioriteringer i helsevesenet. Utvalget skal ha ros for å gjøre eksplisitt at prioritering også innebærer nedprioritering av grupper. Dokumentet gir gode føringer for helt sentrale overordnede prinsipper om prioriteringer. God og riktig prioritering er viktig, og målene er godt forankret i den norske velferdsstats verdier.

Utvalget fremsetter fire hovedprinsipper for god prioritering:

1. Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

Ad prinsipp 1:

Utvalget mener at målet for helsetjenesten skal være definert som «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt». En rettferdig fordeling av gode leveår krever at fordelingen av helsegevinster og helsetjenester bygger på likebehandling og vektlegger gode leveår som tilfaller de dårligst stilte.

- KPR støtter at målene for prioriteringsarbeidet er klare, og at disse baseres på de kjente demokratiske verdier. En støtter også at det velkjente begrepet "flest mulig gode leveår for alle" skal tilføyes "rettferdig fordelt", så det i større grad tas hensyn til de vanskeligst stilte.

Ad prinsipp 2:

Utvalget mener at dagens prioriteringskriterier i hovedsak er gode, men ser samtidig at prioriteringsarbeidet i norsk helsetjeneste kan styrkes av ny terminologi og inndeling, noe endret innhold og større grad av konkretisering av hva kriteriene betyr i praksis.

- KPR er enig i at tiden er moden for at helsemyndighetene setter større fokus på prioritering av helsegoder, og forhåpentligvis lykkes i å skape åpenhet omkring prioriteringsprosesser, resultater og konsekvenser.
Ny terminologi kan være positivt, både som ledd i å skape større bevissthet om og en mer integrert forståelse av prioritering - i et kort- og langsiktig perspektiv, og som ledd i en utvikling i retning av å utarbeide standarder som skal danne grunnlag for prioritering - i et langsiktig perspektiv. Vi ser likevel noen betenkeligheter med innføring av nye kriterier;

Utvalget foreslår 3 overordnede kriterier for prioritering:

- helsegevinstkriteriet,
- ressurskriteriet og
- helsetapskriteriet.

- Helsegevinstkriteriet skal erstatte både det tidligere nyttekriteriet og deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Helsegevinstkriteriet sikter til helsegevinster i form av gode leveår. Dette åpner for viktig debatt og prioriteringer på overordnet nivå, men synes krevende å operasjonalisere i en klinisk hverdag i møtet med det enkelte individ.
- Ressurskriteriet erstatter deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Det er bra at utvalget vektlegger at ressurser henspeiler til all ressursbruk og blir slik mindre teknisk. Igjen er det som et viktig verdigrunnlag bra, men vanskelig å operasjonalisere og kan gi uheldig dreining i fagets prioriteringer som ikke nødvendigvis kommer de dårligst stilte til gode.
- Helsetapskriteriet erstatter alvorlighetskriteriet og sikter til at et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst. Alvorlighetskriteriet er et kriterium som forholder seg mer til her og nå situasjonen til tilstandens alvorlighet og er lett forståelig for klinikere. Helsetapskriteriet gir mulighet for beregninger og sammenligninger mellom diagnosegrupper med ulik prognose for livsløpet med dagens behandling. Vi forstår utvalget dit hen at fokus flyttes fra lidelsens/sykdommens her og nå tilstand (alvorlighet) til å sette større fokus på tiltak, og at tiltak skal være kunnskapsbaserte samt større krav til at tiltak skal være nyttige. Det ses dermed en dreining i retning av metode- og nyttevurderinger i forhold til tiltak som er i tråd med den øvrige utviklingen i helsetjenesten. Samtidig vurderes det at helsetapskriteriet har som intensjon å ivareta tilstandens alvorlighetsgrad, og dermed prioritere de sykeste. Instrumentalisering og prognosetenkning kan være vanskelig i forhold til tilstander som er mer syndromale enn kategorisk definerbare, som mange psykiske lidelser er, og derav problematisk å bruke.
- De foreslåtte kriteriene fremstår i prinsipp velfunderte, forståelige og med intensjon om ønsket verdier for rettferdig fordeling av samfunnets goder. De er gode på overordnet nivå, dvs for beslutningstakere på nasjonalt, regionalt og lokalt ledelsesnivå. Men de vurderes vanskelig å bruke for helsepersonell i klinisk arbeid og på individnivå. En ser av disse kriteriene at hovedvekten hvorledes en rettighet skal vurderes er flyttet fra tilstand til tiltak. Dette innebærer at tiltakets karakter må spesifiseres i rettighetstildelingen adskillig mer presist enn i dag. I tillegg aksentuerer det forskjell på tildeling av rett til utredning og rett til behandling, da uavklart tilstand med uklar behandlingsindikasjon må avklares før behandlingsvedtak kan gjøres. I tillegg vil vektingen av akutt tilstand, og presenterende symptomer tilsynelatende måtte flyttes mer over på langtidsprognosen til tilstanden. En er usikker på hvilke konsekvenser det kan få ved subakutte tilstander.
- Kriteriene slik de er beskrevet synes vanskelig å operasjonalisere. Det vil derfor være av helt avgjørende betydning at det utarbeides tydelige prioriteringsveiledere på hvordan man konkret skal forstå kriteriene og hvordan man skal avveie disse opp mot hverandre.
- Utvalget har også vurdert fire andre, foreslåtte kriterier. Disse er knyttet til alder, mangel på alternativt tiltak, bidrag til innovasjon, og sjeldenhet. Utvalget konkluderer med at i den grad de fire kriteriene representerer relevante hensyn, er disse hensynene allerede ivare tatt av de tre hovedkriteriene, og derfor ikke bør tillegges selvstendig vekt, eller figurere som tilleggskriterier på linje med de tre hovedkriteriene. **KPR er enig i utvalgets vurdering.**
- Utvalget mener at de tre hovedkriteriene kan brukes direkte eller sammen med grenseverdier. Grenseverdier for et rimelig forhold mellom ressursbruk og helsegevinst kan være nyttige i situasjoner der beslutningstakeren skal vurdere om ett gitt tiltak skal iverksettes eller ikke, og samtidig har mangelfull informasjon om de tiltakene som konkurrerer om de samme ressursene. Grenseverdier bør være basert på det beste anslaget for alternativkostnaden til det tiltaket som blir vurdert. Innenfor helsetjenesten vil det i

hovedsak tilsvare verdien av det eller de tiltakene som blir foretrekket dersom det aktuelle tiltaket blir iverksatt.

KPR ser dette forslaget som svært fremtidsrettet, men som krevende å operasjonalisere for de politiske myndigheter, og som utfordrende å fastholde for ledelsesnivåene og det enkelte helsepersonell, samtidig som kan anses nødvendig for å kunne prioritere rettferdig i betraktning av den demografiske og samfunnsmessige utviklingen.

Vi kan ikke se at forslaget vil bidra til en mer rettferdig og åpen prioritering da det er krevende å håndtere uten kompetanse på området.

Ad Prinsipp 3:

Utvalget mener at prioriteringer på alle nivå skal gjøres systematisk, og åpent og med brukermedvirkning.

Utvalget anbefaler at prioriteringsprosesser på overordnet nivå i større grad enn i dag aktivt utformes i tråd med det etiske rammeverket «Ansvar for rimelige beslutninger» som løfter fram fire betingelser som sammen kan sikre en legitim prioriteringsprosess: åpenhet, relevante begrunnelser, klageadgang og mulighet for revisjon, regulering og institusjonalisering.

Utvalget mener at samtidig som pasienter og andre brukere får innflytelse, bør det stilles krav om deltakelse, oppmøte og medvirkning.

- KPR er av den oppfattelse at åpenhet om aktørers egeninteresser i prioriteringsdebatten er essensiell. Vi mener også at brukermedvirkning på nasjonalt, regionalt og lokalt systemnivå bidrar til å gi brukerrepresentanter innblikk i realitetene i forbindelse med de vanskelige men nødvendige valg som må treffes når det skal fordeles knappe helsegoder. I takt med utviklingen i retning av større rett til brukermedvirkning og –innflytelse må det gjøres avklaringer i forhold til pasientens forpliktelser, konsekvenser av valg og egeninnsats.

Åpenhet og økt brukermedvirkning også i prioriteringsøyemed bifalles dermed.

Ad Prinsipp 4:

Utvalget poengterer behovet for at prioriteringer forutsetter et helhetlig sett med effektive virkemidler. Det foreslås et mer sammenhengende lov- og forskriftsverk på området; systematisk og ansvarlig ledelse på området; spissing av organer med særlig ansvar for prioritering; nasjonal informasjonsstrategi for prioriteringsområdet med tanke på systematisk innhenting og bruk av data; opplæring av helsepersonell og ledere på prioriteringsområdet; systematisk integrering av verdier og mål for prioritering i nasjonale retningslinjer og veiledere; samt utvikling bruk av finansieringsordninger som et virkemiddel for å bidra til bedre prioritering innenfor helsetjenesten.

Utvalget understreker at kliniske retningslinjer bør være et hovedvirkemiddel for bedret prioritering, og at virkemidler må utvikles i en helhet, og ved justering av finansieringsordninger må totalen av virkemidler gi så gode prioriteringer som mulig

- KPR er av den oppfattelse av de faglige retningslinjer er hovedvirkemidlet for prioritering i helsetjenesten. De øvrige virkemidlene av juridisk, organisatorisk og økonomisk art skal ta sikte på å understøtte de faglige retningslinjene. Det er viktig at prioriteringstenkningen innlemmes i de ulike fagutdanninger, og vil bidra til større samforståelse av prioriteringsarbeidet for en helhetlig helsetjeneste, og til trygghet og robusthet for den enkelte utøver. Det er positivt at det settes lys på økt samsvar i ulike retningslinjer og veiledere fra myndighetene.

Spesielt om finansiering:

Utvalget foreslår at ISF også innføres for psykisk helsevern og TSB, selv om det erkjennes at det innenfor psykisk helsevern og TSB har vært en betydelig større variasjon i behandlingsformene og ressursbruken.

Utvalget foreslår å innføre gradert egenbetaling for å begrense bruken av lavt prioriterte tjenester, og øke bruken av høyt prioriterte tjenester. Hensikten er ikke å øke omfanget av egenbetaling, men å innrette egenbetalingsordningene slik at de bidrar til riktigere prioriteringer.

- KPR følger argumentasjon til en viss grad, men med forbehold om at det er store variasjoner i helsegevinst, ressursbruk og helsetap innenfor samme diagnosekategori, og det må derfor utarbeides regler som tar høyde for dette.
- Å fjerne egenbetaling for rusavhengige kan for noen være riktig, men for andre medføre svært uheldig konsekvens ved å redusere signalet om at egenaktivitet er en forutsetning for å lykkes i behandling og som rusmisbruker settes man i en helt egen sykdomskategori.

Konklusjon:

KPR vurderer at beslutningstakere innenfor helsetjenesten i mange situasjoner mangler både et tydelig mandat og klare kriterier å prioritere etter, og at innføring av et tydelig mandat og nye kriterier vil være en særdeles omfattende prosess og et langsiktig arbeid.

KPR støtter i hovedsak utvalgets forslag, men slik det er utformet i dag med mer kompliserte og abstrakte kriterier, kan vi vanskelig se at det vil løse dagens utfordringer med prioriteringsarbeidet på klinikknivå, og de nye kriteriene kan kanskje heller bidra til større variasjon og mer ulik praksis. En frykter for at de foreslåtte kriterier er enda mer åpne for tolkning og feiltolkning enn det forrige kriteriesettet som de er ment å erstatte. En forutsetning ville i så fall være detaljerte og tydelige prioriteringsveiledere.

Forslaget vil kreve omfattende utredninger og arbeid med konkretisering.