



Åpent og rettferdig – prioriteringer i norsk helsetjeneste

Pressemelding

Sperrefrist, onsdag 12. november kl. 12.30.

Prioriteringsutvalget, som har vært ledet av professor Ole Frithjof Norheim, Universitetet i Bergen, overleverer sin utredning til Helse- og omsorgsminister Bent Høie onsdag 12. november klokken 12.30.

“Utvalget har vært bredt sammensatt med helsepersonell, andre fagfolk, brukere og politikere. Jeg er derfor meget fornøyd med at vi kan legge fram en enstemmig utredning” uttaler utvalgsleder Ole Frithjof Norheim.

Åpent og rettferdig

Prioritering vekker følelser og debatt. Med så mye på spill er god prioritering helt grunnleggende. Idealet om åpenhet tilsier at prioritering bør skje i åpne prosesser hvor all kjent kunnskap blir vurdert, alle argumenter blir lagt fram, alle parter blir hørt, brukerne har innflytelse og relevante hensyn blir veid mot hverandre. Idealet om rettferdighet tilsier at prioritering må bygge på likebehandling og vektlegge dem vi kan hjelpe mest og som er dårligst stilt.

God prioritering krever forutsigbarhet. Vanskelige valg bør følge prinsipper, kriterier og prosedyrer vi på forhånd har kommet frem til i felleskap. Disse er mer enn veiledende. De binder beslutningstakeren til masten og bør følges, nettopp når det stormer som verst.

Fire prinsipper for god prioritering

Utvalget mener prioriteringsarbeidet i Norge bør bygge på fire hovedprinsipper:

1. Prioriteringer bør bidra til «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 av effektive virkemidler

Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt

Målet er både å skape flest mulig gode leveår og å sikre at disse blir rettferdig fordelt. Rettferdig fordeling av gode leveår bygger på likebehandling og vektlegger særlig gode leveår som tilfaller de dårligst stilte.

Nye prioriteringskriterier

Prioriteringsarbeidet kan styrkes gjennom nye og oppdaterte kriterier. I tillegg er det behov for tydeligere innhold. Utvalget foreslår følgende overordnede kriterier:

1. Helsegevinst: Et tiltaks prioritert øker med forventet helsegevinst og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket
2. Ressursbruk: Et tiltaks prioritert øker desto mindre ressurser det legger beslag på
3. Helsetap: Et tiltaks prioritert øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst

Kriteriene bør alltid ses i sammenheng med hverandre og gjelde i hele helsetjenesten.

Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning

Det oppstår ofte uenighet om fordelingsproblemer. Dette er både legitimt og en styrke ved vårt åpne, demokratiske system. En sentral demokratisk verdi er at politiske spørsmål må underkastes åpen, offentlig debatt for å sikre at saken blir tilstrekkelig opplyst. Denne ideen er også grunnleggende for prioriteringsproblemer. Åpenhet kan på lengre sikt sikre legitimitet.

Åpne prosesser muliggjør sterkere brukermedvirkning. Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet og en del av helsetjenestens verdigrunnlag. Utvalget anbefaler at brukerne inkluderes i prioriteringsprosesser på alle nivåer.

Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett av effektive virkemidler

Retningslinjer og veiledere

Det store potensialet for prioritering med støtte av faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere har ikke vært tilstrekkelig erkjent og utnyttet i Norge. Dette er det viktigste virkemiddelet for systematisk forbedring av hverdagsprioritering.

Prioriteringsveiledere bør blant annet utvikles for diagnostikk og behandling av brystkreft og prostatakreft, radiologisk utredning for rygg- og leddsmerter, sortering av pasienter i akuttmottak og prioritering av pasienter med behov for intensiv overvåking.

Gradert egenbetaling

Utvalget foreslår også endringer i egenbetalingsordningene. For å begrense bruk av lavt prioriterte tjenester kan det være riktig å ta i bruk gradert egenbetaling. Hensikten er ikke å øke omfanget av egenbetaling, men å innrette egenbetalingsordningene slik at de bidrar til riktige prioriteringer. Utvalget har vurdert to typer tiltak. Det første er tiltak som gir store forventede helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med store helsetap. Her kan det være grunnlag for å redusere eller fjerne all egenbetaling. Det andre er tiltak som gir små eller usikre helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med små helsetap. Her kan det være grunnlag for å innføre gradert eller full egenbetaling.

En ordning med gradert egenbetaling etter prioritet må knyttes direkte til faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere fordi gradering må skje innad i hver tilstandsgruppe. Effekten av gradert egenbetaling bør overvåkes nøye både med hensyn til effektivitet og fordelingseffekter.

Endringer og oppdateringer av regelverket

Utvalget mener at dagens lov og forskriftsverk på prioriteringsområdet er fragmentert. Det er viktig at lovverket understøtter bruk av overordnede prioriteringskriterier i hele helsetjenesten. Kriteriene knyttet til helsegevinst, ressursbruk og helsetap bør framkomme tydelig i all relevant lov- og forskriftstekst.

Organer med særlig ansvar for prioritering

Alle som jobber i helsetjenesten har ansvar for god prioritering, men det er også behov for organer som har dette som sitt særlige ansvarsområde. Utvalget anbefaler å videreføre dagens nasjonale rådgivende organ, samtidig som det gjøres tydelige endringer i rådets formål, mandat, arbeidsform, størrelse og sammensetning. I de regionale helseforetakene blir det nyopprettede Beslutningsforum en viktig arena for prioritering. Prosessene bør være åpne, med brukermedvirkning og følge de tre hovedkriteriene. Åpenhet krever ikke nødvendigvis at allmennheten og media skal kunne delta direkte i alle beslutningsfora der enkeltbeslutninger tas, men det skal være åpenhet om begrunnelser.