

OFFENTLIG UTVALG FOR VURDERING AV PRIORITERINGER I HELSESEKTOREN - MANDAT

Norge har lang tradisjon for å jobbe systematisk med spørsmål rundt prioriteringer i helsesektoren. Hvilke helsebehov som skal prioriteres har blitt grundig diskutert i to offentlige utvalg, de såkalte Lønningutvalgene. Utvikling i behandlingsmetoder, teknologi, demografi, sykdomsbyrde og forventninger gjør det nødvendig med en ny utredning om hvordan vi best prioriterer helsetjenestens ressurser.

1. *Prinsipper for prioritering*

Prioriteringsvalg i helsesektoren er vanskelige fordi de har implikasjoner som er viktige for liv og helse. Prioriteringene må derfor være i tråd med verdiene som gjelder i norsk helsetjeneste. Utvalget skal vurdere prinsipper for prioritering som har bred samfunnsmessig forankring og som kan hjelpe helsepersonell å prioritere i samsvar med overordnede verdier.

2. *Kriterier for prioritering*

Prioriteringskriteriene som ligger til grunn for prioriteringer i den norske helsetjenesten baserer seg på anbefalingene fra det såkalte Lønning II-utvalget: 1) Tilstandens alvorlighet, 2) Nyttens av tiltaket og 3) Kravet om kostnadseffektivitet. Dokumentasjonens kvalitet ble også trukket fram, dvs. at tiltak med svak dokumentasjon skal gi lav prioritet.

- a. Utvalget skal vurdere om kriteriene fra Lønning II tilfredsstillende dagens prioriteringsutfordringer:
 - i. Utvalget skal vurdere hvordan alvorlighetskriteriet kan anvendes på en systematisk og konsistent måte.
 - ii. Utvalget skal vurdere:
 1. grenser for hvor liten effekten av helsehjelpen kan være for at nyttekriteriet er oppfylt
 2. nyttebegrepet ifm livsforlengende behandling i livets slutfase
 3. hvorvidt behandlere og tjenesten vurderer nyttebegrepet og viktige utfallsmål for behandling forskjellig fra pasienter, herunder realisering av potensialer, jf. Lønning I, og hvordan dette ev. påvirker prioriteringsbeslutningene i helsetjenesten.
 - iii. Utvalget skal vurdere hvordan kriteriet kostnadseffektivitet skal brukes ved prioriteringsbeslutninger, jf. også punktet om kvalitetsjusterte leveår (QALYs) i avsnitt 2.
- b. Utvalget skal vurdere om også andre kriterier skal legges til grunn ved prioriteringer. Dette innebærer, men er ikke begrenset til å vurdere:
 - i. hvorvidt alder bør ha egenverdi ved prioritering, jf. at Lønning II-utvalget foreslo at alder bare bør være relevant som prioriteringskriterium i den grad alder kan brukes som indikator på tiltakets forventede effekt, og ved spørsmål om å tilby livsforlengende behandlingstiltak for pasienter med svært høy alder.
 - ii. om et tiltak skal prioriteres dersom det ikke eksisterer andre alternative behandlingsformer.

- iii. behandling av sjeldne tilstander, for små pasientgrupper og persontilpasset behandling, herunder behandlingsformer som er virksomme kun for en liten andel av en pasientgruppe, men der disse pasientene ikke kan identifiseres på forhånd.
- iv. om et tiltak kan gi bidrag til innovasjon i behandlingsmetoder.
- c. Dagens tre prioriteringskriterier er sidestilt. Ingen av dem har rang foran de to andre. De må vurderes samlet, og det er et bytteforhold mellom dem. Utvalget skal vurdere om ev. nye eller endrede kriterier bør sidestilles eller om de bør vektes ulikt.
- d. Det bør gis en kort oversikt over prioriteringskriterier i andre land.

3. *Virkemidler for prioritering*

Prioriteringer skjer på ulike nivåer og ofte i samspill mellom flere aktører med ulike interesse- og ansvarsområder. Sentrale helsepolitiske myndigheter og forvaltning styrer de overordnede prioriteringene gjennom tilrettelegging av økonomiske, rettslige og organisatoriske rammevilkår. Samtidig har statlige fagmyndigheter et ansvar for å understøtte gode prioriteringer gjennom veiledere og retningslinjer. Retningslinjene kan hjelpe helsepersonell til å prioritere i samsvar med gjeldende lovverk og overordnede verdier om likeverdighet i tjenestetilbudet. Nytt system for innføring av nye legemidler og behandlingsmetoder i helsetjenesten er et eksempel på et virkemiddel som skal bidra til økt forutsigbarhet og åpenhet om prioriteringene.

Utvalget skal vurdere og foreslå virkemidler for prioritering. Det innebærer, men er ikke begrenset til å vurdere:

- a. I spesialisthelsetjenesten er det utarbeidet prioriteringsveilederne som skal være støtte for beslutninger om enkeltpasienters rettighetsstatus og ved fastsettelse av frist for når helsehjelp senest skal gis. Utvalget skal vurdere hvordan prioriteringshensyn kan vektlegges i nasjonale faglige retningslinjer. Utvalget skal vurdere behovet for prioriteringsveiledere for helsehjelp også utenfor spesialisthelsetjenesten, samt fastlegens rolle som portvakt for å sikre en rettferdig og rasjonell utnyttelse av ressursene.
- b. Økonomiske virkemidler i form av egenandeler og egenbetaling er i liten grad tatt i bruk for å understøtte vedtatte prioriteringer i Norge. Utvalget skal drøfte bruk av egenandeler som virkemiddel for å understøtte prioriteringer.
- c. Helseøkonomiske analyser kan gi systematisk informasjon om forholdet mellom kostnader og effekt og har derfor stor relevans som grunnlag for prioriteringer i helsesektoren. Prinsipper for samfunnsmessige avveininger i og på tvers av sektorer er utredet av Hagen-utvalget (NOU 2012: 16 Samfunnsøkonomiske analyser), og vil være del av grunnlaget for utvalgets arbeid med prioriteringer i helsevesenet. Norge og en rekke land har i de siste tiår tatt i bruk et mål for helsegevinster som kalles 'kvalitetsjusterte leveår' - forkortet 'QALY' (quality adjusted life year). Utvalget skal gi en vurdering av bruk av QALYs som metode for å vurdere nytte på en systematisk og konsistent måte, samt behovet for å gi valide anslag for verdsetting av helsetilstander og helseforbedringer. Utvalget skal vurdere hvorvidt det bør innføres grense(r) for hva som menes med et rimelig forhold mellom kostnad og effekt og hvorvidt det bør være en eller flere grenser avhengig av prioriteringssituasjonen.

- d. Utvalget skal foreslå konkrete prioriteringsverktøy som kan understøtte systematisk bruk av dagens prioriteringskriterier. Det bør skilles mellom prioriteringsverktøy på individnivå og overordnet nivå.

4. *Prosess for brukermedvirkning, åpenhet, oppslutning og implementering*
Pasienters og brukeres interesser tillegges stadig større vekt, både nasjonalt og internasjonalt. Brukerorientering innebærer mer likeverdig vektning av brukerkunnskap og erfaringer på den ene siden, og fagkunnskap på den andre siden.

Fordeling og prioritering av helsetjenester er krevende, og det vil være ulike oppfatninger av hva som er ”riktig” prioritering. Brukerorganisasjoner og pårørende, profesjonsforeninger og akademiske miljøer er alle med på å påvirke prioriteringene. Det er en utfordring å forene alle aktørene sentralt og lokalt slik at prioriteringsbeslutninger på ulike nivåer er i tråd med nasjonale kriterier for prioritering. Lønningutvalgenes forslag til kriterier har fungert godt som idé- og verdigrunnlag for prioriteringer og er innarbeidet i rettighetslovgivning, prioriteringsforskrift og faglige veiledere. Samtidig har det vært en utfordring å sikre at kriteriene blir brukt i praksis i alle ledd i helsetjenesten. Et springende punkt vil alltid være: Hvordan sikre oppslutning om prinsipper for prioritering? Mens mange land ikke har systematisk åpenhet om prioriteringsbeslutninger, har vi i Norge valgt å løfte disse problemstillingene ut i det offentlige rom.

- a. Utvalget skal vurdere hvordan pasienter og pårørende kan involveres i prioriteringsarbeidet, både på individnivå og overordnet nivå.
- b. Utvalget skal beskrive og vurdere ulike aktørers ansvar og rolle i prioriteringsbeslutninger. Det gjelder hva som er politiske myndigheters ansvar og rolle og hva som tillegges nasjonale helsemyndigheter, ledere i helsetjenesten, helsepersonellet og pasientene.
- c. Norge har valgt å legge til rette for åpenhet om kostnader ved produkter og tjenester. Utvalget skal drøfte fordeler og ulemper ved en slik strategi, og evt. foreslå endringer.
- d. Utvalget skal foreslå konkrete strategier for å sikre forankring og legitimitet i helsetjenesten og befolkningen for kriterier for prioriteringer og beslutninger avledet av disse. Utvalget skal gi en kort oversikt over internasjonale erfaringer med slike strategier.
- e. Utvalget skal sørge for bred dialog med pasient- og profesjonsorganisasjoner og involvere Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten i sitt arbeid.

Utvalget skal levere sin innstilling til Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. september 2014.