

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 13.01.2015
SAKSHANDSAMAR: Hans K. Stenby
SAKA GJELD: Høyring - NOU 2014:12 «Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten»

ARKIVSAK: 2014/1097/
STYRESAK: 011/15

STYREMØTE: 04.02. 2015

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret gir høringsuttale i samsvar med forslag tatt inn i saksførelegget.

Oppsummering

Det blei i 2013 sett ned eit utval for å gjere ei ny vurdering av prioritering i helsetenesta, både prinsipp, kriterier og verkemiddel for prioritering.

Utvalet sin rapport er sendt på høyring som NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten.

Utvalet har tatt utgangspunkt i sentrale verdiar og mål for helsetenesta og meiner at det er behov å forbetre dagens system.

Utvalet løfter fram 4 prinsipp for god prioritering:

1. Prioritering bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioritering bør følgje av klare kriterier
3. Prioritering bør gjerast systematisk, opent og med brukarmedverknad
4. Prioritering bør gjennomførast med eit heilskapleg sett av effektive verkemidlar

Med dette som bakgrunn foreslår utvalet at dagens kriterier, alvorlegheit, nytte og kost-nytte, blir erstatta med følgjande overordna kriterier:

- Helsegevinstkriteriet: Eit tiltaks prioritet aukar med forventa helsegevinst (og annen relevant velferdsgevinst) frå tiltaket
- Ressurskriteriet: Eit tiltaks prioritet aukar desto mindre ressursar det legg beslag på
- Helsetapskriteriet: Eit tiltaks prioritet aukar med forventa helsetap over livsløpet hos den eller dei som får helsegevinst

Fakta

Det blei 21. juni 2013 nedsett eit offentleg utval for prioriteringar i helsesektoren. Utvalets mandat var å vurdere prinsipp, kriterier og verkemiddel for prioritering, samt vurdere prosess for brukarmedverknad, openheit, oppslutning og implementering.

Rapport frå utvalet blei levert 12. nov. 2014. Rapporten skal danne utgangspunkt for ei stortingsmelding om prioriteringar i helsesektoren.

Rapporten er i første omgang sendt til høyring som NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. Høyringsfristen er 20. februar 2015.

Forslag til høyringsuttale blir her lagt fram for styret. Det er som ledd i høyringsprosessen også henta inn synspunkt frå helseføretaka.

Kommentarar

Utgangspunkt i verdiar og sentrale mål

Utvalet tar utgangspunkt i verdiar og sentrale mål for helsepolitikken og helsesektoren:

- Helsepolitikken skal fremme helse og forebygga sjukdom

- Helsetenesta skal bidra til å sikre flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt
- Helsetenesta bør særlig bidra til at grupper med stort helsetap blir løfta fram og sikrast gode tenester
- Helsesektoren kan bidra til å redusere ulikheter i helse
- Helsesektoren skal beskytte den enkelte mot store uventa utgifter til helsetenester

Helsetenesta er tema for utvalet. De erkjenner samstundes at oppvekstforhold, arbeidsliv, lokalmiljø mv. er minst like viktig for helsetilstanden i befolkninga.

Utvalet gir i innleiinga også ei grunngeving for kvifor prioritering er viktig.

- Prioritering inneber å rangere – med avgrensa ressursar betyr det å si nei til noko og ja til noko anna.
- Prioritering er spørsmål om fordele ressursar effektivt og rettferdig og det handlar om meir enn økonomiske ressursar.
- Prioritering går føre seg heile tida på alle nivå. Den kan vere med eller utan medvit, god eller dårlig. Medvitslaus prioritering kan føre til at sterke grupper får gjennomslag mens svake grupper blir dei «tause taparane».

Utvalet stiller også spørsmål ved om det er helsetenestene vi bør bruke meir ressursar på?

Behov for å forbetre dagens system

Utvalet viser også til at det i Norge har vore arbeidd systematisk med prioritering over tid men at det er eit klart forbettringspotensiale, og viser til følgjande utfordringar:

- Gap mellom ressursar og behov
- Gap mellom mål og resultat
- Underliggende drivarar som motverker god prioritering
- Manglar i dagens regelverk
- Uavklarte spørsmål om riktig prioritering

Som eksempel blir det vist til ein demografisk og medisinsk teknisk utvikling som uunngåelig skaper gap mellom totale ressursar og behovet for helsetenester. Norge faller på rangeringar av levealder. Vi bruker mykje ressursar, nest største legetetthet – femte størst når det gjeld tal på sjukepleiearar i OECD-samanlikningar, og spørsmålet er om vi får tilstrekkeleg igjen for ressursbruken.

Fokus frå media, finansieringsordningar, fordeling av personell/tilbod kan også virke inn på faglig prioritering.

Utvalet stiller særlig spørsmål ved finansieringsordningane. Er ordningane slik at dei understøtter avgjerder som er i samsvar med dei overordna prioriteringskriteria?

Utvalet viser også til at Norge har slutta seg til Verdens helseorganisasjon sitt mål om 25 % reduksjon i tidlig død (i aldersgruppa 35-70 år) av kroniske ikkje-smittsame sjukdommar og at det kan gi betre retning på prioriteringsarbeidet.

Kriteria som i dag ligg til grunn blei utforma for 20 år sidan og er modne for revisjon.

Utvalet stiller også spørsmål ved om vi bruker for lite på førebygging og for mykje på dyre legemiddel.

Prinsipp og overordna kriterier

Utvalet løfter frem 4 prinsipp for god prioritering:

1. Prioritering bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioritering bør følge av klare kriterier
3. Prioritering bør gjerast systematisk, opent og med brukarmedverknad
4. Prioritering bør gjennomførast med eit heilskapleg sett av effektive verkemiddel

Utvalet foreslår følgjande overordna kriterier:

- Helsegevinstkriteriet: Eit tiltaks prioritet aukar med forventa helsegevinst (og annen relevant velferdsgevinst) frå tiltaket
- Ressurskriteriet: Eit tiltak sin prioritet aukar desto mindre ressursar det legg beslag på
- Helsetapskriteriet: Eit tiltaks prioritet aukar med forventa helsetap over livsløpet hos den eller dei som får helsegevinst

Kriteria blir føreslått til erstatning for dagens tre kriterier: alvorlegheit, nytte og kost-nytte.

Helsegevinstkriteriet erstattar både nyttekriteriet og deler av kost-nytte-kriteriet. Ressurskriteriet erstattar deler av kost-nytte-kriteriet.

Helsetapskriteriet erstattar alvorlegheitskriteriet og er meint å fange opp det viktigaste fordelingsomsynet: at helsegevinstar som kjem til dei dårligast stilte, skal gis ekstra vekt.

Fordelingsomsynet tar utgangspunkt i gode leveår og at alle bør få flest mulig gode leveår fordelt rettferdig. Det betyr at pasientgrupper med utsikt til eit stort helsetap i eit livsløp bør løftast. Eit eksempel frå utvalet er pasientar med ein alvorlig form for multippel sklerose som i gjennomsnitt har eit helsetap over livsløpet på om lag 40 gode leveår. Pasientar med atrieflimmer (hjarreflimmer) har i snitt eit helsetap på om lag 10 gode leveår. Fordelingsomsynet, basert på størrelsen av helsetapet, tilseier at helsegevinstar for pasientar med multippel sklerose bør gis ein noko høgare verdi enn helsegevinstar frå tiltak mot atrieflimmer. Det betyr ikkje at pasientar med atrieflimmer ikkje skal få hjelp, men at like effektive tiltak for MS-pasientar bør bli prioritert enda høgare.

Utvalet presiserer at kriteria alltid bør sjåast i samanheng med kvar andre og at kriteria skal vera gjennomgåande og rettleiande for dei som tek avgjerder på alle nivå i helsetenesta. Det betyr at dei får betydning på eit overordna nivå i forbindelse med fordeling av ressursar til ulike områder/grupper og på eit klinisk nivå.

Kriteria kan brukast direkte eller saman med grenseverdiar for kva som er eit rimelig forhold mellom ressursbruk og helsegevinst. Det blir her lagt til grunn at eit tiltak alltid vil ha som konsekvens at noko anna blir fortrent (alternativkostnad eller verdi).

Som grunnlag for bruk av utvalet sine kriterier vil det vera nødvendig å ha mål for helsegevinst, ressursbruk og helsetap. Utvalet gjennomgår ulike metodar her, men legg til grunn ein vidareutvikling av metoden med å måle såkalla kvalitetsjusterte leveår (Quality Adjusted Life Years – QALY). Her svarar eit ekstra vunne leveår med best tenkelig helse ein QALY.

Vilkår for gode prioriteringsprosesser og oppfølging

Utvalet held fram fire vilkår for ein legitim prioriteringsprosess:

- openheit,

- relevante grunngevingar,
- anledning til klage
- mulegheit for revisjon, regulering og institusjonalisering

Brukarane må inkluderast på alle nivå og politikarar og andre som tek avgjerder har særlig ansvar for ikkje berre å lytte til dei som roper høgast, men nøyve vurdere kven som er eller kan bli dei tause taparane.

Kriteria må nedfellast i lov og forskrift. Bevisst og systematisk prioritering er ei sentral leiar oppgåve. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering blir føreslått vidareført, men prioritering skal vere hovudoppgåva. Det blir tilrådd også at systemet for vurdering av ny teknologi blir styrka.

Som oppfølging er det viktig å innhente og bruke informasjon om tenestene – bl.a. om praksisvariasjon. Det blir føreslått etablert eit nasjonalt fagmiljø.

Prioritering bør bli del av pensum i helserelaterte utdaningar på alle nivå, og faglige retningslinjer og rettleiarar må understøtte god prioritering.

Forslag til høyringsuttale

Innleiing

Til grunn for utgreiinga ligg det eit omfattande mandat frå departementet. Utvalet med sekretariat blir vurdert å ha relevant, høg og brei kompetanse i forhold til det oppdraget dei har fått. I det alt vesentlege svarar dei med gode grunngevingar på dei ulike elementa i mandatet.

Likevel er det grunn til å utfordra synspunkta frå utvalet på nokre av framlegga. Trass i at det er vanskeleg å finna logisk eller teoretiske manglar i utvalet sin argumentasjon, er dei spørsmåla som blir drøfta så sterkt prega av både helsefaglege, etiske og politiske verdiavvegingar, at det ikkje er urimeleg at svaralternativa som kan grunnjevast godt likevel kan bera preg av eit stort mangfald.

Behovet for kriteriebasert prioritering

Utgreiinga presenterer ein heilskapleg, omfattande og oppdatert argumentasjon for at prioritering er naudsynt, også i vårt ressursrike helsesystem. Det kjem også godt fram at prioriteringar skjer i det daglege på alle nivå i helsesystemet, frå dei overordna politiske vedtaka, til dei konkrete kliniske avgjerdene i kontakten mellom pasientar, pårørande og helsepersonell.

Utgreiinga er tydeleg på at prioritering ikkje berre medfører at ein rangordnar pasientane etter dei ulike kriteria. Prioritering handlar også om å seia nei til nokon og ja til andre. Det er ikkje minst i denne siste forståinga av innhaldet i omgrepet prioritering at dei vanskelege avvegingane skjer. Det er her at både pasientar og folk flest opplever ulike konkrete situasjonar som urimelege. Når det gjeld prioritering i form av rangordning, er den allmenne oppfatninga at dette er noko som snarare er rettferdig enn urimeleg. Rangordning er også noko som er meir legitimt for helsepersonellet, og som dei også ofte vil kjenna at dei har fagkunnskap for å utføra. Det er langt verre for helsepersonell å måtta seia nei til nokon som oppsøker dei med sjukdom, uansett om helsehjelpa kanskje har lite å tilføra. Nettopp i slike situasjonar kan opne og gjennomdrøfta kriterier vera til god hjelp, også i konkrete situasjonar.

Kritisk analyse av dei gjeldande prioriteringskriteria

Utvalet set utgreiinga si tydeleg i samanheng med tidlegare arbeid om prioritering i den norske helsetenesta. Utgreiinga blir sett i forlenginga av tidlegare dokument som NOU 1987:23 (Lønning I), NOU 1997:18 (Lønning II), NOU 1997:7 (refusjon for legemidlar) og St. meld. nr. 26 (1999 – 2000) (Om verdiar for den norske helsetenesta). Det blir peikt på at desse har sikra eitt breitt ankerfeste for prioriteringsarbeidet i det norske samfunnet. Men dette er dokument og debattar som ligg over 15 år attende i tida.

Mykje har skjedd sidan då. Utviklinga med tydelegare krav til medverknad frå pasientar og pårørande, har styrkt behovet for ein ny prioriteringsdebatt som også må ta opp i seg avvegingar i møte med einskildsituasjonar på ein mykje tydelegare måte enn tidlegare.

Utvalet anerkjenner dei kriteria som blei sette av Lønning II-utvalet, men meiner at desse ikkje lenger er føremålstenlege. På dette punktet kunne vi gjerne sett at utvalet hadde presentert ein mykje breiare analyse. Det hadde vore veldig interessant å ha ei djupare, gjerne empirisk basert, forståing av kvifor dei kriteria som har vore gjeldande fram til no, ikkje lenger er sett på som brukbare. Det ville gitt ei djupare forståing kvifor kriterier som er innarbeidd blir føreslått endra.

Utvalets fire prinsipp for god prioritering gir eit trygt rammeverk

Utvalet presenterer fire overordna prinsipp for god prioritering. Dei fleste av desse, «klare kriterier», «systematisk, ope og med brukarmedverknad» og «gjennomføring med eit heilskapleg sett med effektive verkemiddel», er relativt lite kontroversielle og står fram som gode prinsipp. Det siste prinsippet om «flest mogeleg gode leveår for alle, rettferdig fordelt» står også fram som er godt og riktig prinsipp. Det er likevel langt meir krevjande og utfordrande å omsette i konkret prioriteringspraksis. Det er eit klart verdival, og legg vidare grunnlaget for dei etterfølgjande kriteria som er valde. Likevel er påvisinga av desse fire prinsippa eit viktig grep som utvalet gjer for å klargjera synspunkta sine, og det medverkar til at debatten som vil følgja kan haldast fokusert og ryddig.

Behov for utfyllande diskusjon og drøfting

Utvalet kjem med tre nye prioriteringskriterier: helsegevinstkriteriet, ressurskriteriet og helsetapskriteriet. På mange måtar står dei to siste kriteria ganske tydeleg i forlenginga av dei tidlegare kriteria (særleg kostnadseffektivitet og alvor). Helsegevinstkriteriet står også i den eksisterande tradisjonen, og skal erstatta nyttekriteriet og delar av kostnadseffektivitetskriteriet.

Utvalet argumenterer med at dei nye kriteria er mindre teknisk prega enn dei tidlegare. Det er ein styrke med utgreiinga at utvalet gjennom spesifikke kliniske døme prøver å visa korleis desse kriteria kan nyttast i det praktiske prioriteringsarbeidet på ulike nivå. Dette er ein stor styrke ved utgreiinga.

Det er likevel ikkje uproblematisk å gå frå eit mål om «flest mulig gode leveår til befolkninga», til også å ha som mål at dei skal vere «rettferdig fordelt». Det vil då ikkje berre vere framtida som tel men også livet som er levd.

Utvalet sitt standpunkt byggjer på ein «totallevetidsmodell», der verdien av leveåra blir jamna ut over heile livsløpet, både det livet som har vore og det som kan koma. Det vil vere ein utfordring å tenke at alle leveåra ikkje er like mye verdt uavhengig av alder.

Det er samstundes i dag også god forståing for at barn og unge må ha ein prioritet ut frå at dei utan god helsehjelp kan ha i utsikt mange tapte gode leveår. I praksis vil dei fleste få god hjelp for helsetilstandar der det finnes helsehjelp som kan gi klar helsegevinst sjølv om nokon blir prioritert før andre når tilgjengeleg ressursar tilseier det.

På eit overordna nivå vil målet «rettferdig fordelt» vere nyttig i forhold til fordeling av ressursar. Det vil gi grunnlag for å prioritera opp grupper som har kjent redusert livslengde eller grad av redusert livskvalitet over livsløpet.

På eit klinisk nivå, i møte med pasientar, vil det vere behov for ei utfyllande drøfting av korleis det kan implementerast slik at det gir meining og forståing.

Ei anna sida ved dette er at det er mogeleg å få gode mål på helsegevinst og helsetap. Det er her grunn til å stille spørsmål om vi har tilstrekkeleg kunnskap. For mange somatiske tilstander med forventa kort levetid vil det vere mulig å vurdere helsegevinst gitt at det finnes behandling pasienten kan forventast å dra nytte av. For pasientar med kronisk men ikkje dødeleg sjukdom, kan det vere utfordrande fordi det ikkje finnes data og kor det kan vere betydeleg variasjon mellom pasientar innan same diagnosegruppe. Det vil også vere stor variasjon i opplevd livskvalitet mellom pasientar med same sjukdom og medisinsk vurdert same grad av sjukelegheit.

Det gir grunn til å stilla spørsmål ved bruken av QALY inn mot så klinisk nære kriterier som utvalet legg opp til. Dette bør drøftast nøye før ein tek til å endra gjeldande lovgjeving og ordningar i samsvar med utvalet sine framlegg. Ein biverknad som utvalet ikkje har drøfta eksplisitt, er om forslaga er i samsvar med den allmenne oppfatninga av verdien av eit menneskeliv. Dette perspektivet blir i liten grad fanga opp av modellar som gjer seg bruk av QALY i eit totalt livsperspektiv. Bruk av kvalitetsjusterte leveår kan også bidra til å gjera kriteria ganske tekniske av seg.

Verkemidla som føreslås er relevante og rimelege

Utvalet føreslår ei vidareføring og justering av eksisterande ordningar for prioriteringar i helsetenesta, men eigentleg er det få nye tiltak som blir trekte fram. Verknadene både av justerte og nye ordningar er vanskelege å føreseia, men kvar for seg og samla sett verkar dei relevante og rimelege ut frå dei prinsippa og kriteria som utvalet legg til grunn. Ut frå rønyslene med ulike prioriteringsordningar gjennom nær 30 år, er det kanskje likevel grunn til å spørja om ein i grunnen har ei for stor tru på effekten av «pasientnære» ordningar.

Utdanning og opplæring

Utvalet peiker i Kap. 12.6 på behovet for at prioritering blir ein viktig del ved både grunnutdanning, vidareutdanning og spesialisering av helsepersonell.

Helsetenesta blir stadig større, meir differensiert og spesialisert. Det er derfor eit aukande behov for at alle medarbeidarar ser og tek omsyn til heilskapen når dei utfører sine oppgåver. Dette gjeld også kva konsekvensar prioriteringar og ressursbruk innafor eigen eining får for andre einingar og pasientgrupper. Helse Vest sluttar seg til utvalet si tilråding på dette område, og vil peike på at dette bør få konsekvensar for læreplanar ikkje berre i sjukehus, men og ved universitet og høgskular.

Oppsummering

Etter vår vurdering har utvalet gjort eit godt arbeid innanfor det mandatet og dei tidsrammene dei hadde fått.

Manglane med dagens kriterier og ordningar kunne vore noko meir analyserte og drøfta.

Utvalet legg til grunn viktige prinsipp for god prioritering. Prinsippet om «flest muleg gode leveår for alle, rettferdig fordelt» er likevel ikkje uproblematisk. Det vil vere behov for ei vidare både prinsipiell og praktisk drøfting dersom dette skal implementerast som rettesnor for god prioritering i helsetenesta.

Helsegevinstkriteriet bør også drøftast meir før det blir gjort endeleg gjeldande.

Dei presenterte verkemidla er jamt over relevante og rimelege, og dei står seg godt i den norske helsepolitikken og prioriteringstradisjonen. Men det er likevel grunn til å spørja om dei er meir gjennomførbare i klinisk praksis enn det vi har sett med gjeldande kriterier og ordningar.