

Helse- og omsorgsdepartementet

16. desember 2015

Vår ref. 476772/v1

Deres ref. 15/3922

### **Høring - På ramme alvor - alvorlighet og prioritering**

*NITO - Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon, er Norges største organisasjon for ingeniører og teknologer med over 80 000 medlemmer. NITO organiserer ingeniører og teknologer med høgskole-/ universitetsutdanning eller tilsvarende kompetanse.*

*Bioingeniørfaglig Institutt (BFI) er en selvstendig faglig enhet i NITO. Instituttet ivaretar bioingeniørenes fag- og profesjonsinteresser og har over 5500 yrkesaktive medlemmer.*

NITO har tidligere avgitt høringssvar på NOU: 2014: 12 «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsesektoren» (Nordheim-utvalget). En rekke forslag som NITO stilte seg kritisk til i Norheim-utvalgets utredning, blir drøftet på nytt i Magnussen-utvalgets rapport «På ramme alvor». NITO var blant annet kritisk til Norheim-utvalgets definisjon av helsetap og bruk av QALYS som beregningsmodell for kostnader ved en tilstands alvorlighet. NITO mener denne rapporten er et viktig supplement til Norheim-utvalgets arbeid, men ønsker likevel å kommentere deler av rapporten.

### **Absolutt prognosetap**

I tråd med mandatet, har arbeidsgruppen beskrevet og vurdert fire ulike prinsipper for alvorlighet. Av de fire ulike prinsippene anbefaler arbeidsgruppen *Absolutt prognosetap*, det vil si antall gode leveår som går tapt i sykdomsperioden som følge av for tidlig død og redusert livskvalitet.

NITO er positiv til en definisjon av alvorlighet som et selvstendig kriterium som ikke inkluderer redusert livskvalitet eller tap av gode leveår tidligere i livet. NITO mener, som utvalget, det vil være urimelig forskjellsbehandling å trekke tilstander som ikke er knyttet til eller relevant for den aktuelle sykdommen, inn i prognose- og behandlingsvurdering.

### **Todeling av vurdering av alvorlighet og prioritering**

NITO uttale i høringen til Nordheim-utvalget at vi savnet en analyse av hvordan et prioriteringsverktøy beregnet på overordnede administrative beslutninger skulle brukes i klinisk praksis. NITO er derfor positive til at arbeidsgruppen har foreslått en todeling av vurdering av alvorlighetsgraden: en for

klinisk praksis, og en for beslutninger tatt på gruppenivå. NITO mener forslaget tar mer hensyn til klinikerens nærvær og forpliktelser overfor pasientens akutte behov enn det Nordheim-utvalgets forslag gjorde.

Forslaget til en lovendring av pasient- og brukerrettighetsloven ved at man gjeninnfører alvorlighet som et kriterium ved tildeling av individuell rett til nødvendig helsehjelp støttes også av NITO.

Arbeidsgruppens vurdering av at alder ikke har tradisjon som eget kriterium i norsk helsetjeneste, og at arbeidsgruppen derfor ikke anbefaler å innføre alder som eget kriterium ved siden av alvorlighet synes også fornuftig.

### **Lovregulering av Beslutningsforum**

Arbeidsgruppen foreslår å lovfeste Beslutningsforum, og å foreta noen endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, blåreseptforskrift og legemiddelforskrift som ledd i «operasjonalisering» av alvorlighetsgrad og prioritering inn i lovverket.

NITO er positiv til lovfesting av Beslutningsforum som et nasjonalt forum for innføring av legemidler og metoder i spesialisthelsetjenester.

### **Ulike finansieringsordninger**

Beslutninger om innføring av nye legemidler under blåreseptordningen foreslås knyttet til alvorlighetskriteriet gjennom et nytt ledd i legemiddelforskriftens § 14-13 og blåreseptforskriftens § 3.

NITO mener dagens praksis medfører ulik vurdering ved innføring av nye, dyre medisiner.

Arbeidsgruppens forslag til endring av blåreseptforskriften løser ikke problemet med at man fortsatt har to helt uavhengige og atskilte vurderingsformer avhengig av om behandlinger tas i bruk i eller utenfor spesialisthelsetjenesten.

At legemidler og pasientbehandling er finansiert gjennom to atskilte beslutningsprosesser bryter med prinsippet om lik behandling. Før man kan ta i bruk nye, svært kostbare legemidler eller metoder i sykehus og offentlige institusjoner, må disse vurderes i Beslutningsforum. Mens like dyre behandlinger som tas i bruk utenfor institusjonene dekkes etter godkjenning av HELFO/folketrygden. Dette synes urimelig.

### **Generelle kommentarer**

Modellen som foreslås er komplisert. I en travel klinisk hverdag er det vanskelig å prioritere etter slike modeller; rammevilkårene fungerer på andre vilkår. Det blir et gap mellom teori og praksis. Foretakets prioriteringer er ofte styrt av økonomiske incentiver, noe som innebærer at helsetjenestens overordnet oppdrag daglig kommer i konflikt med rammevilkårene og den enkelte avdelingens budsjett.

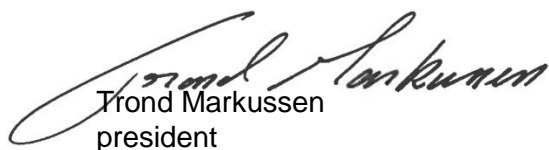
Politisk pålagte prioriteringer, uten nødvendige ressurstilskudd, tvinger helseforetakene å prioritere en alvorlig syk gruppe fremfor en annen, og det setter helsepersonell i konflikt med helsetjenestens

kjerneverdier. Når økonomiske hensyn strider mot etisk forsvarlige og likeverdige helsetjenester av god kvalitet for alle pasienter, hindrer det nødvendige prioriteringsdiskusjoner i foretakene.

I det videre arbeidet bør det komme klart frem at de grunnleggende verdiene, som det er tverrpolitisk og bred oppslutning om i samfunnet, fortsatt er styrende for norsk helse- og omsorgspolitik.

Avslutningsvis vil vi påpeke at utvalgets arbeid er av stor interesse for brede grupper. Vi beklager derfor at rapporten benytter komplekse beregningsmodeller og begreper for å beskrive og måle en tilstands alvorlighet.

Med vennlig hilsen

  
Trond Markussen  
president

  
Rita von der Fehr  
fagstyreleder