

Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Dato: 11. februar 2015 Deres ref.: 14/3410

Vår ref.: 14/00787

Høring NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioritering i helsetjenesten

Vi viser til høringsbrev datert 13. november 2014.

Kunnskapssenterets erfaring med prioriteringer

En kjerneaktivitet i Kunnskapssenteret er å oppsummere kunnskap om effekt og kostnadseffektivitet av ulike tiltak i helsetjenesten. Vi leverer systematiske oversikter og metodevurderinger til arbeidet med de nasjonale retningslinjene, til Nasjonalt systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten og til andre som etterspør grunnlag for beslutninger og prioriteringer i helsetjenesten. Videre har sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten ligget i Kunnskapssenteret fra rådet ble etablert i 2007, og vi arrangerer årlig den nasjonale prioriteringskonferansen Helse i utvikling.

De foreslåtte prioriteringskriteriene - helsegevinstkriteriet

Norheimutvalget foreslår at kriteriene alvorlighet, effekt og kostnadseffektivitet erstattes av tre nye kriterier: helsegevinst, ressursbruk og helsetap. Vi har merket oss at utvalgets leder har understreket at rekkefølgen på kriteriene ikke er vilkårlig, og at kriteriet helsegevinst er satt først. Dette støtter Kunnskapssenteret, som understreker at dersom et tiltak viser seg ikke å tilføre noen dokumentert helsegevinst (effekt) i form av bedret helse eller forlenget levetid, vil det ikke være relevant å undersøke om de øvrige kriteriene er oppfylt. Det er nødvendig å bruke gode og internasjonalt anerkjente metoder for å undersøke og dokumentere helsegevinsten (effekten) av tiltak. Dokumentasjon av effekt må innhentes fra oppsummering av kliniske studier. Systematiske oversikter er en hjørnestein i arbeidet med å framskaffe slik dokumentasjon

Ressurskriteriet

Ressurskriteriet er slik definert et tiltak får høyere prioritet dess mindre ressurser det legger beslag på. Utvalget argumenterer blant annet med at ressursbruk som kriterium vil være enklere å forstå og formidle enn dagens tredje prioriteringskriterium om kostnadseffektivitet. En mulig effekt av den foreslåtte endringen er at

budsjettimplikasjoner vil bli tillagt mer vekt i prioriteringer, og at tiltak som er aktuelle for få pasienter, dermed vil bli prioritert høyere. En slik konsekvens vil i så fall være i motstrid med utvalgets egne konklusjoner (8.4) om at sjeldenhet ikke er et relevant kriterium i prioriteringer. Kunnskapssenteret er vel innforstått med at det er metodiske utfordringer med å beregne kostnadseffektivitet av tiltak, og at resultatene i mange tilfeller vil være beheftet med betydelig usikkerhet. Like fullt mener Kunnskapssenteret at tankegangen som ligger til grunn for kriteriet om kostnadseffektivitet, slik det ble formulert av Lønning 2, er mer prioriteringsrelevant.

Kunnskapssenteret ser behov for veiledende grenseverdier og støtter at disse fastsettes gjennom åpne, demokratiske prosesser.

Helsetapskriteriet

Helsetapskriteriet er ment å erstatte alvorlighetskriteriet. Utvalget tar til orde for at helsetapet primært skal regnes over livsløpet, altså *både* framover og bakover i tid, sekundært at man tar utgangspunkt i nåsituasjonen og beregner helsetapet framover. Helsetapet gjenspeiler flere forhold, deriblant den aktuelle tilstandens alvorlighetsgrad, den helsetilstanden pasienten har hatt tidligere i livet og pasientens alder. Kunnskapssenteret mener at den aktuelle tilstandens alvorlighetsgrad fortsatt må være relevant som prioriteringskriterium, men stiller spørsmål ved om den er en størrelse som bør tallfestes i form av «gode leveår» - i praksis kvalitetsjusterte leveår, QALYs.

Videre påpeker Kunnskapssenteret at dersom helsetapskriteriet skal operasjonaliseres på den måten utvalget legger opp til, vil det forutsette god, oppsummert kunnskap om ulike tilstanders naturlige utvikling – ikke ulikt de kunnskapsoppsummeringer vi i dag legger til grunn om effekt av tiltak. Det vil være arbeidskrevende å framskaffe slike. For en rekke tilstander særlig innen forskningssvake fag vil det ventelig dessuten finnes lite grunnlag å bygge oppsummeringene på. Videre vil det være krevende å anvende gjennomsnittlige prognoser som grunnlag for beslutninger hos den enkelte pasient. Kunnskapssenteret anbefaler at ulike metoder for å operasjonalisere alvorlighetsgrad/helsetap og konsekvenser av disse utredes i form av en pilot før prioriteringskriteriet eventuelt endres slik utvalget tar til orde for.

Videre stiller Kunnskapssenteret spørsmål ved om helsetap som pasienten har hatt tidligere i livet, men som ikke er knyttet til den aktuelle lidelsen, vil oppfattes som relevant av folk flest når ressurser skal fordeles. Er det f. eks støtte for at pasienter som har hatt kreft eller annen alvorlig sykdom i sin oppvekst, men har blitt kurert, skal få forrang til behandling når de får en helt annen sykdom seinere i livet?

Hvordan alder slår inn via helsetapskriteriet, har vært mye omdiskutert etter at NOUen ble lagt fram. Eldre har engstet seg for om de ikke skal få behandling. Kunnskapssenteret mener at det kan være nyttig å skille på ulike prioriteringssituasjoner utfra behandlingens formål. Selv om prioritering utfra alder kan være relevant ved behandling som primært tar sikte på å *redde eller forlenge liv* (eks organdonasjon, dialyse, kostbare livsforlengende kreftmedikamenter), mener Kunnskapssenteret det ikke er støtte for å tillegge alder vekt som prioriteringskriterium for behandling som primært tar sikte på å *hindre eller lindre lidelse eller unngå funksjonstap*.

Øvrige kriterier

Det er nyttig og avklarende at utvalget gjør grundig rede for hvordan det konkret har vurdert og konkludert om de omdiskuterte tilleggskriteriene utvalget spesifikt ble bedt om å ta stilling til (alder, sjeldenhet, fravær av alternative tiltak, innovasjon).

Anvendelse av prioriteringskriteriene

Utvalget skriver i innledningen (side 12) om prioriteringskriteriene at de skal «være gjennomgående i den forstand at de skal kunne gi veiledning for beslutningstakere på alle nivåer i helsetjenesten. I dette ligger det at kriteriene skal være veiledende for prioriteringsbeslutninger som treffes politisk, i den sentrale helseforvaltningen, på ulike ledelsesnivåer i helsetjenesten og ved beslutninger som fattes i møtet mellom pasient og behandler.» Videre sier utvalget (side 82) at man i valg av terminologi bør velge kriterier som er lett forståelige, og som oppleves som relevante for beslutningstakere på klinisk nivå og i befolkningen. På side 99 står: «Sammenliknet med dagens kriterier framstår de nye kriteriene som klarere avgrenset og mer relevante på klinisk nivå.» Det er vanskelig å se hvordan utvalget begrunner denne påstanden, og Kunnskapssenteret er reelt i tvil om hvorvidt især helsetapskriteriet vil være anvendbart i kliniske, pasientnære beslutninger.

Måling av helsegevinst, ressurser og helsetap

Dette kapitlet er i liten grad tilgjengelig for folk uten forutgående helseøkonomisk kompetanse. Helsedirektoratet ga i 2012 ut en veileder for økonomiske analyser av helsetiltak (IS 1985), og et samlet fagmiljø var i mange år med på å utarbeide og gi innspill til denne. Det kan se ut som utvalget til dels har tatt mål av seg å utvikle en (ny) veileder som å utrede mer prinsipielle spørsmål om prioritering i helsetjenesten. Utvalget tar til orde for ikke å diskontere helsegevinster i helseøkonomiske evalueringer. En slik praksis, som vil gi økt prioritet til forebyggende tiltak relativt til kurative tiltak sammenliknet med dagens praksis, vil være uvanlig og ikke i tråd med veilederens anbefalinger.

I veilederen anbefales å anvende et samfunnsperspektiv på de helseøkonomiske analysene. Utvalget drøfter i kapittel 7.3.2 og 7.3.3 hvorvidt og hvordan de øvrige gevinster enn de rent helserelaterte bør vektlegges i prioriteringer. Vi synes at utvalget er vagt i konklusjonene om dette. I den grad utvalgets tilråding avviker fra IS 1985, burde det være eksplisitt forklart. Kunnskapssenteret legger for øvrig normalt *både* et helsetjenesteperspektiv og et samfunnsperspektiv til grunn i våre helseøkonomiske analyser og oppgir resultater for begge tilnærminger.

Øvrige kommentarer

Kunnskapssenteret understreker at gode prioriteringer forutsetter et godt beslutningsgrunnlag og merker seg at utvalget i kapittel 5.4.4 vektlegger Kunnskapssenterets nasjonale oppgave og særlige ansvar for å frambringe slik beslutningsstøtte. Vi kan derimot ikke finne igjen det som det henvises til, nemlig en beskrivelse av «prosesser og rammeverk for utarbeidelse av kunnskapsoppsummeringer», som det står at skal finnes i kapittel 8.1. Har dette falt ut av rapporten, eller skulle henvisningen vært til kapittel 10.4.1 Dokumentasjon av helsegevinst?

Kommunikasjon og forankring

NOUen konsentrerer seg i stor grad om arbeidet som fører fram til en beslutning om prioritering (kriterier, operasjonalisering av disse) og svarer i mindre grad opp mandatets punkt 4 om hvordan sikre oppslutning om prioritering (kapittel 12.2-12.7). Vi ser i praksis at når det er tatt beslutninger om ikke å innføre tiltak som vurderes som for lite kostnadseffektive i den offentlige helsetjenesten, utfordres disse umiddelbart av ulike pressgrupper. Kunnskapssenteret savner en bredere drøfting av *konkrete* tiltak for å skape allmenn oppslutning om behovet for prioriteringer, aksept også for nedprioriteringer og politisk forankring av systemet og de enkelte beslutningene.

Vennlig hilsen



Magne Nylenna
Direktør



Siv Cathrine Høymork
Avdelingsdirektør