

Deboatt & meninger

Nytt lovforslag kan være til skade for norske pasienter

Kronikk

Om norske pasienter får tilgang til ny medisinsk behandling, avgjøres av et system som kalles Nye metoder. Systemet består i at Statens legemiddelverk (SLV) lager en analyse av hvor mye behandlingen koster i forhold til gevinsten man får. Beslutningsforum bestemmer om denne prisen er lav nok til at norske pasienter kan få tilgang til behandlingen og helseforetakene Sykehusinnkjøp Legemidler forhandler i etterkant rabatter med firmaene som selger behandlingen.

Ordningen er relativt ny og er uheldig slik den er i dag. Den er nå foreslått lovfestet, og dette mener vi er til skade for norske pasienter.

Det er behov for prioritering av våre felles midler. De er ikke ubegrensede, og når kostnaden for nye medisinske behandlinger er for stor i forhold til helsegevinsten, må man si nei.

Men, negative avgjørelser kan koste norske pasienter levetid og livskvalitet, og det er derfor viktig at vurderingene er balanserte, analysene transparente og muligheten for revurdering til stede. Slik er det ikke i dag.

Samrøre i byråkratiet

Det er ingen distanse mellom de som skal ta avgjørelsene (Beslutningsforum), de som skal lage analysene (SLV) og de som skal forhandle rabatter med firmaene (Sykehusinnkjøp). Beslutningsforum består av dem som skal betale, det vil si direktørene for de fire regionale helseforetakene. SLV skal være den nøytrale faginstans som vurderer kostnad og nytte av behandling.

Dette forutsetter avstand til de øvrige aktører, men i praksis er det nært samarbeid mellom de tre aktørene. SLVs metodevurderinger utarbeides i samarbeid med Sykehusinnkjøp og er i stor grad preget av hemmelighet, slik at eksterne ikke kan imøtegå vurderingene. Mangelen på av-

stand mellom dem som er mest opptatt av pris og de som har ansvar for fag, påvirker analysene.

Ingen ankemulighet

SLVs helseøkonomiske vurderinger møter heller ingen motvekt i Beslutningsforum, hvor de fire direktørene for de regionale helseforetakene er de eneste stemmeberettigede. I tillegg møter Sykehusinnkjøp, SLV og Helsedirektoratet. En brukerrepresentant har også talerett, men er uten helseøkonomisk kompetanse og innsikt i alle sykdommer som behandles.

Beslutningsforum har følgelig ikke tid eller kompetanse til å gå inn i de kompliserte resonnementer som inngår i metodevurderingene, og det finnes ingen motvekt til SLVs analyse. Beslutningene i Beslutningsforum er endelige - det finnes ingen ankemulighet, i motsetning til innen offentlig forvaltning for øvrig.

Konservative analyser

SLV har fått kritikk for at de undervurderer helsegevinster og overvurderer kostnader, og svarer på generelt grunnlag at de beregner usikre helsegevinster konservativt for å være på den sikre siden. Risikoen for at noe virker dårligere enn man tror, vektes tyngre enn sjansen for at noe virker bedre enn det man tror.

Resultatet av dette er et konsekvent mer ufordelaktig kost-nytteestimat enn ved en nøytral analyse. Noen ganger er forskjellen stor, og resultatet blir et nei til pasientene. Man skulle forventet en nøytral vurdering som ville bidratt til et mer rettferdig system.

Manglende faglighet

Nylig ble et medikament som ifølge SLV gir 2,3 år ekstra for unge mennesker med kreftsykdom, godkjent i Danmark, men ikke i Norge. Premissene i den danske analysen ble endret etter fagfolks innspill, i Norge ble de ignorert.

Danmark har laget 42 faggrupper hvor brukere og klinikere deltar. Avgjørelsene



Mangelen på avstand mellom de som er mest opptatt av pris og de som har ansvar for fag, påvirker analysene.

”

tas i grupper med 12 medlemmer med stor faglig kompetanse, sammen med brukere. I Norge lytter man i liten grad til brukere og fagfolk. SLV forespør riktignok kliniske eksperter fra ulike faggrupper, men med kort vurderingstid, kun SLVs definerte spørsmål og liten vekt tillagt fagfolkens synspunkter.

Verdi av et menneskeliv?

Samlet budsjettvirkning er nå et kriterium for Beslutningsforum. Med samme kostnadseffektivitet kan behandling for en sjelden sykdom bli godkjent, mens en vanlig sykdom får nei, fordi prisen totalt blir vurdert å være for høy.

Konsekvensen er nei til behandlinger SLV har vurdert som kostnadseffektive fordi sykdommen er vanlig. Er et menneskeliv mindre verdt ved vanligere sykdom?

Manglende kapasitet

I tillegg til samrøre, konservative analyser og manglende åpenhet, ankemulighet og faglighet, er behandlingstiden et problem. Mange saker venter i flere år, og i gjennomsnitt bruker Danmark under halve tiden (93 vs. 197 dager). I kreftsykdommer er forskjellen større (67 dager i Danmark vs. 593 i Norge). I motsetning til i Danmark

Debattredaksjonen

DEBATTREDAKTØR

Erik Tornes

Adresse:

Aftenposten, Debatt,
Boks 1178, 0107 Oslo

KRONIKK

E-post:
kronikk@aftenp

Kronikk: Maks.
inkl. mellomrom
Legg ved portre



Når et nei til behandling kan koste norske pasienter levetid og livskvalitet, bør vurderingene være balanserte, analysene transparente og muligheten for revurdering til stede, mener kronikkforfatterne.

Foto: NTB scanpix

med sine 42 faggrupper, gjøres dette i Norge av relativt få personer i SLV.

Flere firmaer velger nå ikke å søke i Norge, fordi prosessen er for ressurskrevende og sannsynligheten for å få ja for lav. For enkelte kreftsykdommer er nå Norge det landet i Vest-Europa med dårligst tilgang til nye behandlinger. Flere nei åpner for et todelt helsevesen, og den viktigste årsaken er opplevelsen av at Norge ikke tilbyr god nok behandling.

Manglende evaluering

En prosess som betyr så mye for så mange, er lukket for innsyn, uten representasjon av de berørte og uten ankemulighet, bør man etter noen år evaluere. I Danmark evaluerte man sitt system etter to år. I Norge har det gått seks år, og fortsatt er ingen evaluering gjort, selv etter sterk kritikk fra en rekke aktører.

I Stortinget er det flere ganger blitt bedt om dette. Nå er det forslag om lovfesting uten forutgående evaluering, noe 11 av 12 instanser var negative til i vårens høring. Én instans var positiv: de regionale helseforetakene.

Må ikke lovfestes nå

Våre erfaringer er ikke nødvendigvis

representative for alle saker. Beslutningsforum behandler. Det er likevel stor tvil om hvor godt dette systemet fungerer og hvor godt det følger opp prioriteringsmeldingen fra 2016, som vi støtter. Tiden er overmoden for å gjøre en grundig evaluering av dette, slik det flere ganger er blitt foreslått på Stortinget. Å lovfeste et så lukket og omdiskutert system før dette skjer, vil være til skade for norske pasienter.

Fredrik Schjesvold,

leder, Oslo myelomatosesenter
og Norsk myelomatosegruppe

Anne Lise Ryell,

generalsekretær, Kreftforeningen

Jónas Einarsson, CEO Radium-

hospitalets forskningsstiftelse

Steinar Aamdal, professor emeritus,

Universitetet i Oslo, onkologi

Andreas Stensvold, avdelingssjef,

Kreftavdelingen, Sykehuset Østfold

Odd Terje Brustugun,

overlege i onkologi,

leder, Norsk lungekreftgruppe

Daniel Heinrich,

onkolog, leder, Onkologisk forening

Harald Holte, seksjonsleder Lymfom

og indremedisin, Radiumhospitalet