



Helsedirektoratet

Høringsuttalelse til ”Samfunnsøkonomiske analyser i helsesektoren – en veileder. 05/2011 (Høringsutgaven), Helsedirektoratet”.

Norges kristelige legeforening (NKLF) er ikke blant de inviterte høringsinstansene. Vi påberoper oss ikke spesialkompetanse på de analytiske metodene som presenteres i veilederen. Fordi veilederen berører viktige etiske spørsmål som foreningen er opptatt av, velger vi likevel å sende en høringsuttalelse.

NKLF ønsker denne veilederen velkommen. Som overordnet prinsipp mener vi at økonomiske analyser vil kunne være til stor hjelp i prosesser med å velge mellom ulike tiltak, og vi mener at en standardisering av analysemetode vil kunne bidra til høyere kvalitet på analysene. De økonomiske analysene vil kunne bidra til at nye ressurser settes inn der effekten vil være størst. Det vil blant annet innebære at prioriteringer i mindre grad blir avhengige av påtrykk fra interesseorganisasjoner og pressgrupper. Analysene som beskrives i veilederen, vil således kunne bidra til å styrke tilbudet til svake og underprioriterte pasientgrupper. Dette vil være i tråd med NKLF sitt syn om at helse og helsehjelp bør være et offentlig og allment gode. I tråd med dette, er det også betryggende at veilederen legger vekt på solidaritets- og likhetshensyn. Dette gjenspeiler seg blant annet i at veilederen ikke legger opp til at skattekostnad eller ”produksjonsendringer” inkluderes i hovedanalysene og at det ikke anbefales aldersvektning i QALY-utredningene. Sistnevnte forhold er i tråd med NKLF sitt syn på at menneskelivet har samme verdi uavhengig av alder eller funksjonsnivå.

Vi synes det er positivt at veilederen anbefaler at man i hovedanalysene ikke skal ta hensyn til tiltakenes ”produksjonsendringer”. Det mener vi må være en riktig tilnærming, siden mange typer helsehjelp til kronikere og andre svake grupper trolig ville kommet svært dårlig ut dersom ”produksjonsendringer” ble tatt inn i hovedanalysene. Det at man anbefaler at det også gjøres tilleggsanalyser der man tar inn ”produksjonsendringer”, reiser etiske spørsmål. Man risikerer da at beslutningstakere kan velge å legge mer vekt på resultatene fra disse tilleggsanalysene enn fra hovedanalysene. Slike tilleggsanalyser bør derfor ikke utføres rutinemessig, men kun når det finnes særlige begrunnelser for å få utført slike analyser.

En fare med å introdusere samfunnsøkonomiske analyser i prioriteringsprosessen, er at det å gjøre syke mennesker til gjenstand for økonomiske analyser, kan fremme et reduksjonistisk og materialistisk menneskesyn. Et slikt menneskesyn er ikke forenlig med NKLF sitt verdisyn. Vi mener derfor at det er svært viktig at det i veilederen uttrykkes enda tydeligere at resultatene fra slike analyser bare skal være ett av flere forhold som vektlegges i prioriteringsprosessen. Hvis ikke, vil det for eksempel være stor fare for at ulike former for lindrende behandling kommer svært dårlig ut i en prioriteringsprosess. Konkret ønsker vi

derfor at avsnitt 2.1 styrkes og utdypes slik at samspillet mellom økonomiske analyser og andre forhold blir tydeligere. Derfor mener vi også at ”andre prioriteringshensyn” ikke bare bør være noe som *kan* inngå, men noe som *skal* være en eksplisitt og integrert del av alle slike analyser. Sentrale verdier som likhet, omsorg, tillit til helsevesenet og trygghet, som er utførlig beskrevet i andre stortingsmeldinger om formålet med helsetjenesten, bør løftes frem i alle prioriteringsprosesser innenfor helsetjenesten.

Når det gjelder perspektivet analysen skal ta, er NKLF tilfreds med at analysen også tar et utvidet samfunnsperspektiv. Det går imidlertid ikke frem av veilederen hvordan man tenker å benytte samfunnsøkonomiske analyser i internasjonale vurderinger. Norge har gjennom sin offentlige helsevirksomhet og bistandsordning, men også gjennom frivillige humanitære organisasjoner og misjonsorganisasjoner et utstrakt engasjement i internasjonalt helsearbeid rettet både mot sentrale globale prosesser (i regi av for eksempel GAVI og WHO) og lokale nasjonale prosesser knyttet mot helsearbeid i utviklingsland. Dersom man drar resultatene fra økonomiske analyser til sin ytterste konsekvens, kan man se for seg en vesentlig nedbygging av norsk helsetjeneste og velferd, for heller å benytte ressursene i land der tilsvarende ressursbruk ville gi større nytte målt i vunne leveår. En slik bruk av resultatene ville være åpenbart gal. Imidlertid mener vi at man likevel bør trekke inn internasjonale forhold når man vurderer anvendelse av helseressurser. I en situasjon med kraftig stigende grensekostnad for hvert vunne leveår i Norge, vil det være riktig å vurdere om man etter hvert har nådd eller vil nå et nivå der man ikke kan rettferdiggjøre store kostnadsøkninger med minimal effekt i Norge, når ressursene alternativt kunne gi langt større effekt dersom de ble anvendt i et utviklingsland. I en situasjon der 90% prosent av de globale helseressursene går til 10% av den globale helsebyrden, bør samfunnsøkonomiske analyser over tid bidra til en utjevning av ressursbruken også internasjonalt. Dette gjelder både i de tilfellene der den Norske befolkningen indirekte vil tjene på bedret helse i andre land (for eksempel gjennom bekjempelse av sykdommer som er hyppige importsykdommer/smittsomme sykdommer) og når det er gjelder tiltak som utelukkende vil komme befolkningen i ressursfattige land til gode.

Selv om det i retningslinjene for ”sammenligningsgrunnlag” er fremlagt en fornuftig oversikt over hvordan sammenligningen bør foretas, kan det fremheves enda sterkere at en økonomisk analyse vanligvis ikke bør foretas på tvers av intervensjoner for ulike tilstander. Det er viktig å få enda sterkere frem at en CUA analyse ikke er ment mellom intervensjoner for forskjellige tilstander, men for ulike alternative intervensjoner for samme tilstand. Erfaringsmessig blir kostnadseffektivitetsanalyser ofte misbrukt i dialoger utenfor de samfunnsøkonomiske miljøer der en intervensjon for en tilstand blir satt opp mot en intervensjon for en annen tilstand. Dersom analysene benyttes på en slik måte, vil det kunne ha store konsekvenser for andre verdier og idealer som likhet og rettferd. En intervensjon for en tilstand prevalent blant en rikere del av en befolkning kan være mer kostnadseffektiv enn en intervensjon for en tilstand prevalent blant en fattigere del av en befolkning og dermed bli prioritert på sviktende grunnlag.

NKLF ønsker å problematisere noe over bruken av QALE, og dermed aldersvekting, som sammenligningsgrunnlag for beregning av prognosetap. Anbefalingen om å utelate aldersvekting i utregning av QALY (kap 2.8) blir utydelig opp mot bruken av QALE med aldersvekting i beregning av prognosetap. Veilederen er riktignok tydelig på at bruk av QALE, og dermed implisitt vektig av alder, kan være problematisk, og begrunner sitt

standpunkt. At ”eldre målgrupper kan antas å ha kortere forventet gjenværende levetid enn yngre målgrupper for de samme sykdommene” er i og for seg riktig, men likevel et verdspørsmål som bør problematiseres ytterligere ettersom det kan argumenteres med at begge målgruppene (unge og gamle) har like stor rett til å overleve / forbedre livskvalitet neste dag / år uavhengig hvor lenge de har igjen å leve. Man bør også i veilederen problematisere over at QALY analyser vil være basert på instrumenter som måler helserelatert livskvalitet. Slike instrumenter måler funksjonsnivå og symptomtrykk. Imidlertid kan mennesker oppleve livet meningsfullt selv med plagsomme symptomer og lavt funksjonsnivå. Det er viktig å presisere at bruken av instrumenter for måling av helserelatert livskvalitet ikke kan brukes til å si noe om hvilke liv som er verd å leve.

Vennlig hilsen



Olav Magnus S. Fredheim
Styreleder, Norges kristelige legeforening