

Knappe goder – vanskelige valg ved dyr teknologi



Nyheter og
reportasjer

Helsemyndighetene gjør det de kan for å holde igjen på utgiftsstrømmen til medisinsk teknologi, mens medisinske fagmiljøer krever frihet til å prøve ut nye og kostbare metoder uten å skjele for mye til samfunnsøkonomiske vurderinger.

– Det er lite som taler for at Norge bør være i front for å ta i bruk nye medisinske metoder og teknologi, sier Idar Magne Holme, leder for Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet. – Våre miljøer er små og pasientgrunnet ofte lite. Det innebærer at andre kan ha bedre forutsetninger enn oss for å stå for slik utprøving. Dessuten er første generasjon av avansert medisinsk teknisk utstyr langt dyrere og ofte av dårligere kvalitet enn utstyr som kommer senere.

Trenger portvaktordning

Kraftsalven som Holme kom med under en konferanse i Oslo i april, har vakt til dels skarpe reaksjoner blant forskere og leger. Temaet for konferansen, som ble arrangert av Senter for medisinsk metodevurdering, var varsling og vurdering av nye metoder i helsevesenet. Overfor Tidsskriftet hevder lederen for Nasjonalt råd at han likevel ikke har til hensikt å si at norsk medisinsk forskning ikke skal være i forskningsfronten.

– Poenget mitt er at det er mange hensyn å ta, og at det er mange interessegrupper som ønsker å påvirke utviklingen. Det er ikke vanskelig å skjønne at det er slik, det gjelder tross alt spørsmålet om livskvalitet og helse for den enkelte innbygger i Norge. Derfor blir det også reist spørsmål av både faglig og politisk karakter, fremhever Holme.

Han tar til orde for det han kaller en portvaktordning som vurderer hvorvidt, hvordan og når nye metoder skal tas i bruk.

– I prioriterings spørsmål er det mange som ønsker å ha et ord med i laget. Et hovedprinsipp må være at før man vurderer å ta i bruk en ny metode, bør det foreligge bred internasjonal dokumentasjon av nytteverdien. Nasjonale instanser og fagmiljøer må videre prøve ut metodene før de blir tatt i bruk som standardprosedyre ved norske sykehus. Når helsevesenet tar i bruk nye metoder, bør det skje etter en grundig gjennomgang av kva-

litet, nytte og kostnad. Her har Senter for medisinsk metodevurdering, Fagrådet for høy-spesialisert somatisk medisin og andre referanseinstitusjoner en sentral portvaktrolle, mener Idar Magne Holme.

Ikke bare å vente

En av dem som føler seg provosert av Holmes uttalelser, er avdelingsoverlege og professor Finn Wisløff ved hematologisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus.

– Vi kan ikke bare sitte og vente på internasjonale forskningsresultater, snarere tvert imot. Det er viktig å utnytte forskningspotensialet i Norge, og ofte helt nødvendig å gjennomføre uavhengige og uselekterte populasjonsbaserte studier. På en rekke fagområder har vi gode pasientmaterialer og muligheten til å innføre medisinsk teknologi under kontrollerte betingelser. Det vi ikke har, og som det haster med å etablere, er finansieringssystemer som gjør det mulig å investere i nye behandlingsmetoder som viser seg å ha høy nytteverdi. Dagens system med innsatsstyrt finansiering fungerer ikke for høyteknologisk medisin fordi det ikke dekker kostnadene ved behandlingene som tilbys, sier Wisløff.

Et eksempel fra hans eget fagfelt er tilbudet om høydosebehandling med autolog stamcellestøtte (HMAS) til myelomatosepasienter under 60 år (1). I en nordisk populasjonsbasert studie har Wisløff og medarbeidere vist at median overlevelse for disse pasientene ble forlenget med halvannet år, og at livskvaliteten deres også ble bedre. HMAS er et av de største fremskrittene i behandlingen av myelomatose siden 1960-årene, og metoden er tatt rutinemessig i bruk ved alle regionsykehusene. Behandlingstilbudet er imidlertid svært dyrt, og det er nettopp i de helseøkonomiske betraktningene at hunden ligger begravd.

Nytt finansieringssystem

– Høydosebehandling med autolog stamcellestøtte koster 300 000 kroner mer enn konvensjonell behandling med melfalan og prednison. På den annen side har nytte-kostnad-analysen gitt et akseptabelt resultat. Prisen for ett vunnet livskvalitetsjustert leveår



er om lag 250 000 kroner, men blir lavere hvis vi reduserer antall sykehusdøgn og sløyer vedlikeholdsbehandling med interferon. Erfaringene med HMAS viser at nytteværdien av nye behandlingsmetoder bør dokumenteres gjennom populasjonsbaserte studier med integrerte kostnads- og livskvalitetsanalyser, sier Finn Wisløff.

Tidligere ble HMAS finansiert ved en separat bevilgning fra Sosial- og helsedepartementet til utprøvende kreftbehandling, men siden 2000 har dette vært gitt som en øremerket del av det statlige regionsykehusstilskuddet. Nå etterspør Wisløff og hans kolleger nye måter å finansiere høyteknologiske behandlingsmetoder på.

– Det er uhensiktsmessig å finansiere en så kostbar behandling som HMAS over ordinære rammebudsjetter. Det fører i så fall til at vi må fjerne behandlingstilbud til andre pasientgrupper.

– Hva mener du er løsningen?

– Utprøvende behandling bør finansieres ved særskilte bevilgninger til veldefinerte prosjekter. Hvis behandlingen viser seg å være kostnadseffektiv, bør den deretter skaffes økonomisk basis via innsatsstyrt finansiering og et eget DRG-system (diagnoserelatert gruppe-system). I det videre arbeidet med prioritering må vi diskutere kriteriene for at en metode skal sies å være kostnadseffektiv, og hvem som skal ha ansvaret for denne vurderingen, sier Ullevåls-legen.

Omfordelinger

Fagdirektør Trine Magnus i Helse Nord RHF sier seg enig med Finn Wisløff i at helsevesenet mangler et økonomisk system som gjør det mulig å ta i bruk ny behandling som er ferdig utprøvd og klar til å bli etablert som rutinetilbud.

– DRG-systemet er uegnet til å finansiere høyteknologisk behandling. Det vi trenger, er et fleksibelt system som stimulerer til forskningsinnsats og samtidig utnytter ressursene til beste for befolkningen. På regionalt nivå er det en stor utfordring å prioritere tjenester og fordele funksjoner når det er ressursknapphet. Virkeligheten er at hvert regionalt helseforetak har fått en sum fra staten sammen med et styringsdokument. For å fordele midlene, må vi nødvendigvis endre og omstrukturere, og det betyr at noen funksjoner må sentraliseres og andre desentraliseres.

– Hva blir prioriteringene styrt etter?

– Nasjonale, helsepolitiske mål må oppfylles, men prioriteringer må kunne baseres på uavhengig dokumentasjon av faglig kvalitet og kostnadseffektivitet. På dette området har blant annet Senter for medisinsk metodevurdering en sentral rolle, sier Trine Magnus.

Hun understreker at funksjonsfordeling ikke er det samme som å legge ned visse sykehus og la andre få blomstre, men det betyr at alle ikke kan gjøre alt.

– I Helse Nord har vi slått 12 sykehus sammen til fem foretak. Disse må organisere sin

— fakta —

Prioriteringer i helsevesenet

Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet (2) gir råd til Helsedepartementet om prioritering innen områder som angår sykehustjenesten, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Rådet tar opp spørsmål om prioritering av nye og etablerte tjenestetilbud og effektiv ressursutnyttelse. Andre aktuelle problemstillinger er pasientrettigheter og faglige og etiske spørsmål rundt innføring av nye behandlingsmetoder.

virksomhet og drift på en kostnadseffektiv måte samtidig som befolkningens helsetilbud blir opprettholdt.

– Men hvis et foretak går tom for penger?

– Da må styret ta konsekvensen og gå.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*

tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Wisløff F, Tangen J-M, Brinch L, Dahl I-M, Gruber F, Hammerstrøm J et al. Høydosebehandling med autolog stamcellestøtte – endelig et fremskritt ved myelomatose. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2402–6.

2. Husom N. Nasjonalt råd for prioritering nok en gang. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 226.

Trenger å rydde opp i DRG-systemet

Sjefforsker Hroar Piene ved SINTEF Unimed mener at et hovedproblem ved prioritering er at sykehusene og helseforetakene mangler nødvendige beslutningsverktøy for å veie kostnader opp mot nytte og effekt.

– Uansett hva og hvordan sykehusene velger å prioritere, må det finnes et enhetlig vurderingssystem som kan synliggjøre pengestrømmene og kostnadene for ulike behandlingstilbud. Så lenge vi ikke har et slikt system, er det nærmest en umulig oppgave for de regionale helseforetakene å gjøre hensiktsmessige prioriteringer og funksjonsfordelinger, sier Piene.

Han påpeker at man for eksempel ikke vet hvor mye poliklinisk behandling reelt koster sammenliknet med innleggelse, fordi det finnes to ulike systemer for refusjon. Satsene for poliklinisk behandling er basert på takstheftet for offentlige poliklinikker, mens kostnadsberegningene for innleggelse og dagkirurgi bygger på DRG-systemet (diagnoserelatert gruppe-systemet).

Piene understreker også at mangler ved selve DRG-systemet er med på å gi et galt bilde av forholdet mellom pasientkostnader og behandlingstyper.

– Problemet er i første rekke at en rekke

prosedyrer og behandlingsmetoder kan falle utenfor DRG-systemet, fordi systemet i hovedsak er orientert mot kirurgiske prosedyrer. Videre kan flere av DRG-satsene være lite representative for de reelle kostnadene, spesielt når det gjelder ny teknologi og nye behandlingsmetoder.

– Det betyr at en del pasientgrupper ikke dekkes godt nok av gjeldende DRG-satser. Særlig gjelder dette fagområder som intensivsbehandling, intensivmedisin, nyfødte medisin og rehabilitering, sier Piene.

Han er i ferd med å legge siste hånd på et prosjektforslag som tar sikte på å rette opp noen av manglene ved dagens kostnadsvurderingssystem.

– Målet er å etablere enhetlige registreringssystemer for aktivitetene ved sykehusene. Helsevesenet som helhet vil være tjent med at kostnadsvurderingene blir enhetlige og entydige. Bedre kostnadsanalyser vil gi et bedre grunnlag for en mer hensiktsmessig organisering av behandlingstilbud og pasientflyt for den enkelte pasientgruppe, noe som vil bidra til riktigere prioritering, økt kvalitet og høyere effektivitet.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*

tom.sundar@legeforeningen.no

Regionsykehusstilskuddet vurderes

En arbeidsgruppe i Helsedepartementet vurderer hvordan regionsykehusstilskuddet blir fordelt og administrert. Tilskuddet gis som bevilgninger til forskning, undervisning, lands- og flerregionale funksjoner samt en generell tildeling til regionsykehusene.

– Det er behov for å avklare hvordan regionsykehusstilskuddet skal administreres i helseforetakene. Ny teknologi og utprøvende behandling er en del av dette, sier Gerd Vandeskog, direktør i departementets eieravdeling og leder for arbeidsgruppen.

– Regionsykehusstilskuddet er et viktig økonomisk fundament for medisinsk forskning og implementering av forskningsresultater ved universitetssykehusene. De gir også sykehusene mulighet til å prioritere høyteknologiske behandlingstilbud som HMAS (høydosebehandling med autolog stamcellestøtte) og spesialiserte satsingsområder som transplantasjonsmedisin og fostermedisin, sier Vandeskog. Hun opplyser at arbeidsgruppens innstilling vil være klar i mai.