

Helsegevinster, tidspreferanser og diskontering.

Versjon med enkelte utvalgte resultater (i påvente av publisering)

Erik Nord, seniorforsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og professor i helseøkonomi ved UiO

Rita Aslesen Hvalbye og Eivind Kobbervik, masterstudenter i legemiddeløkonomi ved Farmasøytisk institutt, UiO

Problemstilling

Mange snakker pent om forebygging, men i helseøkonomi nedvurderes framtidige helsegevinster.

	År	1	10
A (behandling)		K,G	
B (forebygging)		K	G

Bakgrunn for praksisen i helseøkonomi

- Betale kr 1000 om 10 år: $i = 4\%$, nåverdi = $1000/(1,04)^{10}$
- Privat forbruk: Utålmodighet, usikkerhet, stigende inntekt
- Keeler/Cretin, Weinstein, Viscusi, Klaxton mfl 1983-2006: 'Ren logikk og fornuft' tilsier $d = i$ '.
- Innsigelser fra Van Hout/Brouwer 2001-2005.
- Nord E. The poverty of consistency arguments. Health Econ 2011,20,16-26.
- Velferdsteori: På marginen er tapet ved utsettelse av privat forbruk = forrentning på sparing. \Rightarrow 'd = i'.
- Anta konstant forhold mellom verdi av helsegoder og andre forbruksgoder. \Rightarrow $d = i$.
- Gjelder privat, men ikke nødvendigvis ved samfunnsmessig prioritering av offentlige tiltak (jfr Abel Olsen, 1997).

Empiriske undersøkelser av diskonteringsrater

- Svær variasjon: Fra 0 til 30 %, oftest 5-15 %, dvs høyere enn anbefalt i helseøkonomiske retningslinjer.
- Noen problemer:
 - Svært lange tidshorisonter
 - Lite virkelighetsnære problemstillinger
 - Sammenblanding av personlig og samfunnsmessig verdsetting
 - Ureflekterte meninger fra 'mannen i gata'

Hensikten med den aktuelle undersøkelsen

- Samfunnsmessige beslutninger om skattepenger.
- Spørre personer som driver med prioritering.
- Virkelighetsnær problemstilling om legemiddelrefusjon.
- Både diskrete valg og betalingsvillighet.
- Høyttenkning og begrunnede preferanser.
- Tilleggsmål: Måle vektlegging av effekters varighet (rapporteres ikke her).
- Avgrensning: Måle rene tidspreferanser.

Hypotese

Svakere nåtidspreferanser enn helseøkonomer antar.

Metode

Standardisert, pilotert 3- siders spørreskjema.

Personlige intervjuer.

Målgrupper:

Stortingets helse- og omsorgskomiteé

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

Ansatte i Helsedirektoratet (helseøkonomi/finansiering)

Ansatte i Legemiddelverket, bl.a. legemiddeløkonomi

Slumputvalg av studenter

Målsetting: Ca 100 respondenter.

Kontaktmåter: Via kontaktpersoner / e-post / post.

Intervjuene: Ved masterstudentene, hos respondentene, 20-30 minutter.

Antall spurte og antall svar

Stortingets helse- og omsorgskomiteé	15	9
Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering	27	16
Ansatte i Helsedirektoratet (helseøk./finans.)	20	19
Ansatte i Legemiddelverket, bl.a. legemiddeløk.	24	22
Slumputvalg av studenter		40
Sum:		106

Forvaltning: 13 økonomer, 28 ikke-økonomer.
Resultater presenteres først uten økonomene...

Resultater spm 1 (generelt / prinsipielt)

En behandling forhindrer et helsetap i én gruppe i nær framtid, mens

*en annen behandling forhindrer et like stort og like sikkert helsetap i en annen, like stor gruppe **om noen år.***

Alt annet likt, bør de to tiltakene ha samme eller ulik prioritet?

	Prioritet til det nære	Samme prioritet	Usikker
Komité/Råd	8	16	1
Forvaltning, IØ	12	14	2
Studenter	9	28	3

Resultater spm 2: Søknader om refusjon etter blåreseptordningen, akseptering av kostnader per pasient for å forhindre tap av livskvalitet

Nånux for gruppe A: 30 år, forverring ventes om 2-3 år.

Danux for gruppe B: 20 år, forverring ventes om 10-15 år.

Like alvorlige symptomer nå. Begge tiltak *forebygger*.

Behandling i 2 år nå vil begrense forverring like mye.

Lite bivirkninger i begge tilfeller.

Se bort fra muligheten av bedre legemidler seinere.

Spørsmål: Større kostnadsaksept for Nånux, siden effekten kommer før, eller samme aksept for begge, siden alvorlighetsgrad og effekt er like stor i begge?

Resultat: Meget klart flertall i Komité, Råd, forvaltning (ikke-økonomer) og studenter for samme aksept.

Spm 3 / 4 (til de som ville prioritere Nånux):
Median aksept av kostnad for Danux gitt aksept av
kr 100.000 per pasient for Nånux

Skala fra 10.000 til 95.000.

Komité, R d, forvaltning (I ), studenter (N = 14):

Kr 80.-95.000, \Rightarrow $d = 0,5- 2,0 \%$.

Spm 5 (til de som ville akseptere like høye kostnader):
Kontrollspørsmål om antall personer i de to gruppene.

*Anta at man for et gitt budsjett måtte velge mellom å
behandle*

*100 pasienter i gruppe A (med Nånux) og
120 pasienter i gruppe B (med Danux).*

Hva ville du foretrekke?

Forventning: 120 i gruppe B.

Resultat: Knapt flertall for 120 B i Komité/Råd, klart flertall for 120 B i forvaltning (IØ) og blant studenter.

Resultater spm 6: Søknader om refusjon, akseptering av kostnader per pasient for å forhindre tidlig død.

Enil for risikogruppe A: 30 år, komplikasjoner som gir forhøyet risiko for brå død ventes om 2-3 år.

Tonil for risikogruppe B: 20 år, samme forventning om komplikasjoner og risikoøkning, men om 10-15 år.

Behandling i 2 år nå vil begrense risikoøkning like mye.

Lite bivirkninger i begge tilfeller. Se bort fra bedre legemidler seinere.

Tilsvarende spørsmål som for Nånux/Danux. Omtrent samme resultater (se slide 10 foran).

Spm 7 / 8 (til de som ville prioritere Enil):
Median aksept av kostnad for Tonil gitt aksept av
kr 100.000 per pasient for Enil

Komité, R d, forvaltning, studenter (N = 17):
Kr 80.-95.000, => d = 0,5-2,5 %.

Spm 9 (til de som ville akseptere like høye kostnader):
Kontrollspørsmål om antall personer i de to gruppene.

Anta at man for et gitt budsjett måtte velge mellom å behandle

100 pasienter i gruppe A (med Enil) og

120 pasienter i gruppe B (med Tonil).

Hva ville du foretrekke?

Forventning: 120 i gruppe B.

Resultat: Klart flertall for 120 B i alle grupper,
men noen som – inkonsistent – foretrakk 100 A.

13 økonomer i forvaltningen

	Prioritet til det nære	Samme prioritet	Usikker
Komité/R�d	8	16	1
Forvaltning, I�	12	14	2
Forvaltning, 13 �k	8	4	1

Også blant økonomene var det et knapt flertall som foretrakk samme kostnadsaksept for N nux og Danux (og for Enil og Tonil).

d ~ 1-2 % blant de økonomene som nedvurderte Danux / Tonil.

Diskusjon

Sterke sider:

- Forholdsvis virkelighetsnær problemstilling.
- Rimelig tidshorisont.
- Godt forstått skjema.
- Mange informerte og reflekterte respondenter.
- Støttende uformelle kommentarer.

Begrensninger:

- Gjelder *rene* tidspreferanser.
- En del bortfall i Komité og Råd.
- Enkelte avvek fra premissene.
- Mange velbegrunnede, men også noen inkonsistente svar.
- Aversjon mot prioritering?

Konklusjoner

- Økonomer er blitt forført av 'konsistensargumenter'.
- Velferdsteoretisk argument for lik diskontering av kostnader og helsegevinster.
- Skille mellom individers personlige verdsetting av helsegevinster og samfunnsmessige beslutningstakeres verdsetting av offentlige tiltak.
- Samme diskonteringsrate som for kostnader kan være rimelig i anslag for personlig verdsetting (for eksempel QALYs).
- Studien taler for lavere (evt ingen) diskontering av helsegevinster i mange analyser med et videre samfunnsmessig verdsettingsperspektiv,
- herunder i helseforvaltningens arbeid med å bestemme akseptabel kostnad for medisinsk teknologi (inkl legemidler). Ikke tilfelle i dag.
- Diskusjon i Nasjonalt råd for prioritering?