

# UNIVERSITETET I OSLO

HELSEØKONOMISK  
FORSKNINGSPROGRAM

## VERDIEN AV LIV OG HELSE

Hvor mye bør samfunnet  
være villig til å betale for  
helseforbedringer?

Konferanseinnlegg  
redigert av:

**Berit Bringedal**  
*Sosial- og helsedirektoratet*

**Tor Iversen**  
*Senter for helseadministrasjon*

**Ivar Sønbo Kristiansen**  
*Senter for medisinsk metodevurdering*

**Skriftserie 2003: 6**

 Sosial- og helsedirektoratet



**HE  
RO**



# VERDIEN AV LIV OG HELSE\*

Hvor mye bør samfunnet være villig til å betale  
for helseforbedringer?

Konferanseinnlegg redigert av:

**Berit Bringedal, Tor Iversen og Ivar Sønbo Kristiansen**

*April*

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
HERO 2003**

\* En samling av 7 innlegg fra konferansen *Verdien av liv og helse - Hvor mye bør samfunnet være villig til å betale for helseforbedringer?*, avholdt i Oslo den 12.11.02. Konferansen ble arrangert av SMM - Senter for medisinsk metodevurdering, Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo, og Sosial og helsedirektoratet.

## Forord

Økonomisk evaluering er et verktøy som har fått økende anvendelse som beslutningsgrunnlag ved prioriteringer i helsevesenet. Fordi det er knapphet på ressurser er det nødvendig å vurdere om nytten av ressursbruken eller ressursfordelingen står i et akseptabelt forhold til kostnadene. Det ville være uetisk å ignorere kostnaden ved en gitt helsetjeneste; det innebærer å ignorere spørsmålet om ressursbruken kunne gitt mer nytte i form av helseforbedring eller livredning for andre pasienter. Likevel reiser økonomiske analyser en rekke problemer av etisk, økonomisk-teoretisk, metodologisk og praktisk art. Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), Helseøkonomiprogrammet ved Universitetet i Oslo (HERO) og Sosial- og helsedirektoratet (SHD) besluttet derfor våren 2002 å arrangere en konferanse der man ville drøfte noen av de vanskelige problemene knyttet til økonomisk evaluering og prioritering. Man inviterte politikere fra alle politiske fløyer og fagfolk med svært ulik tilnærming slik det fremgår av programmet.

I denne rapporten legger vi frem skriftlige bidrag fra de fleste av foredragsholderne. En redaksjonskomite bestående av Berit Bringedal, Tor Iversen og Ivar Sønbo Kristiansen har redigert rapporten sammen med informasjonsmedarbeiderne Dagny Fredheim og Gunn Kristin Tjoflot. Redaksjonsarbeidet har begrenset seg til forslag om klargjøring av argumenter og enhetlig grafisk layout. Forfatterne har stått fritt til å uttrykke sine meninger, og disse står for enkeltpersonenes regning, ikke for deres arbeidsgiveres.

Konferansen vakte stor interesse med ca 170 påmeldte deltakere. Mens mange av foredragsholderne hadde fått i oppdrag å vurdere grenser for samfunnets betalingsvilje for liv og helseforbedringer, ønsket de selv i liten grad å uttrykke seg konkret om dette. Artikkene belyser likevel en rekke teoretiske og praktiske aspekter ved økonomisk evaluering og prioritering.

Rapporten gir et bilde av viktige helseøkonomiske problemstillinger, samt noen av de sentrale problemene knyttet til økonomiske analyser av helsetiltak. Vi håper rapporten kan være nyttig for alle som skal bruke økonomisk evaluering i sitt arbeide.

Berit Mørland  
SMM

Tor Iversen  
HERO

Bjørn Inge Larsen  
SHD

## **Innhold**

### **Forord**

Berit Mørland, Tor Iversen, Bjørn Inge Larsen..... 1

### **Åpning**

Tor Iversen..... 3

### **Økonomisk evaluering – prinsipper og metoder**

Astrid Grasdal, Jan Erik Askildsen..... 6

### **The societal value of a QALY – Where science and decision-making**

**find it difficult to meet** Michael Drummond..... 17

### **Hovedtypar prioriteringsproblem i praksis**

**– Kvifor er prioritering så vanskeleg?** Reidun Førde..... 30

### **Bør prioritering av helsetiltak baseres på plikt-etikk eller nytte-etikk?**

Andreas Føllesdal..... 40

### **Hvor mye bør samfunnet være villige til å betale for helseforbedringer?**

Ivar Sønbo Kristiansen..... 55

### **Litt teknikk, god tenking og mykje vilje – om økonomiske evalueringar**

**ved prioritering av helsetenestetiltak** Geir Sverre Braut..... 69

## Åpning

**Tor Iversen**

**Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo**

Lønning II – utvalget (NOU 1997:18) la tre dimensjoner til grunn for prioritering av helsetjenester blant grupper av pasienter: tilstand, forventet nytte og kostnadseffektivitet i den forstand at kostnaden bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte. Denne tankegangen er nå nedfelt i pasientrettighetsloven, der retten til helsehjelp bare gjelder dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Også helseforetaksloven vektlegger dette ved at lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. På legemiddelområdet er økonomisk tankegang introdusert gjennom forslaget til nye forskrifter for blåreseptordningen. For at medikamenter heretter skal kunne skrives ut på blå resept, foreslås at hensyn skal tas til: alvorlige sykdommer eller risikofaktorer som med stor sannsynlighet vil medføre eller forverre alvorlig sykdom, langvarig behandling, godt dokumentert og klinisk relevant virkning og at kostnadene står i et rimelig forhold til den behandlingmessige gevinsten og til kostnader forbundet med alternativ behandling.

Men hva skal 'et rimelig forhold' innebære? Å ha et svar på dette spørsmålet, er en nødvendig forutsetning for at den offisielle helsepolitikken skal få noen praktisk betydning. I et offentlig finansiert helsevesen er svaret til syvende og sist en sak for valgte politikere. Samtidig er ikke dette en sak politikere blir populære på blant velgerne. Derfor vegrer de fleste politikere seg for å reise spørsmålet eksplisitt. Det er mer bekvemt å overlate prioriteringspolitikken til helsepersonell gjennom det mønster som dannes av helsepersonellens faktiske beslutninger om pasientbehandling.

Formålet med denne konferansen er å bringe spørsmålet om samfunnets betalingsvilje for helseforebedringer fram i den faglige og politiske debatt. Vi ønsker å belyse om økonomisk evaluering kan være et egnet hjelpemiddel til å foreta prioritering mellom ressursbruk i

helsesektoren og andre sektorer, og prioritering av ressursbruk mellom ulike tiltak i helsesektoren. Her er det nok av faglige og politiske utfordringer. For eksempel vil dokumentasjonen av klinisk effekt være grunnleggende for om en økonomisk evaluering er til å stole på. Ikke minst på grunn av kort observasjonstid og langsiktige effekter, vil kunnskapen om behandlingseffekt oftest være mangelfull. Et sentralt spørsmål blir da hvordan man skal ta hensyn til denne usikkerheten i en økonomisk evaluering av behandlingen.

Økonomisk evaluering innebærer en sammenligning av helseforbedring i forhold til ressursbruk mellom ulike helsetiltak. En sentral utfordring er dermed om det er meningsfylt å sammenligne helseforbedringer for pasientgrupper med ulike sykdommer, og hvordan en sammenligning eventuelt kan skje. Hvordan skal en for eksempel avveie mulighetene for et lengre liv i forhold til mulighetene for bedre livskvalitet uten at livet forlenges? I den forbindelse blir også et viktig spørsmål hvordan man skal ta hensyn til at kostnader og helsegevinster har en tidsdimensjon. Skal for eksempel helsegevinster gis samme vekt om de kommer umiddelbart eller om 20 år? Svaret på dette spørsmålet kan få avgjørende følger for hvordan vi prioriterer behandlinger som gir umiddelbar effekt i forhold til forebyggende tiltak som gir helseeffekter først flere år fram i tiden.

Også på kostnadssiden er det mange utfordringer. Hvordan skal man anslå samfunnsøkonomiske kostnader med utgangspunkt i ufullkomne og ikke eksisterende markeder og priser? Skal produksjonsgevinstene som en behandling kan medføre, inkluderes i den økonomiske evalueringen? Vil det i så fall medføre at pasienter prioriteres etter deltakelse i arbeidsmarkedet?

Det vil ofte være slik at de som gjør en økonomisk evaluering har interesser i et bestemt utfall av en prioriteringsbeslutning. For eksempel pålegger nå staten legemiddelfirmaene å bidra med økonomisk evaluering når de sender inn søknad om refusjon av et nytt medikament på blå resept. I et slikt system oppmuntres produsentene til å undervurdere kostnader og overvurdere helseeffekter. En viktig oppgave er dermed å utarbeide ordninger som oppmuntrer produsentene til å formidle den tilgjengelige informasjon på en for myndighetene hensiktsmessig måte. Tidsbegrensede refusjonsvedtak, som Statens Legemiddelverk nå prøver ut, kan være et eksempel på en slik ordning.

Selv om man skulle komme så langt som å bli enige om hvordan økonomisk evaluering kan gjøres på en fornuftig måte, samt den plass evalueringen skal ha som grunnlag for prioriteringsbeslutninger, vil det trolig være store problemer med å omsette vedtatte prioriteringer i praksis. Det har med den manglende etterprøvbarehet av medisinske beslutninger å gjøre. Individuelle medisinske beslutninger bygger i stor grad på skjønn, og skjønn kan vanskelig etterprøves. For eksempel er det nå en tendens til at bruk av visse medikamenter på blå resept stiller strengere krav til behandlingsindikasjon enn tidligere. Det kan være krav om at en pasient må ha betydelige bivirkninger av et billigere preparat for at det dyrere medikamentet skal foreskrives. Men hva som er betydelige bivirkninger vil ofte være et skjønn som legen utøver med utgangspunkt i hva pasienten forteller, og kan derfor vanskelig dokumenteres i ettertid. Et viktig spørsmål blir dermed å utforme regler og belønningssystemer slik at ønskede prioriteringer blir realisert. Det er ikke uten videre enkelt.

De faglige og politiske utfordringer står med andre ord i kø. Vi håper denne konferansen kan bidra til å sette viktige spørsmål på den helsepolitiske dagsorden, og være en inspirasjon til videre arbeid med disse spørsmålene.

# Økonomisk evaluering – prinsipper og metoder

**Astrid Grasdahl og Jan Erik Askildsen**

**Institutt for Økonomi/HEB, Universitetet i Bergen**

## **Sammendrag**

Samfunnsøkonomiske lønnsomhetsanalyser i helsesektoren byr på spesielle metodiske og praktiske utfordringer fordi de utfallsmålene vi er opptatte av å si noe om, nemlig helse og livskvalitet, er vanskelige å verdsette. Vi har flere metoder til rådighet for evaluering av lønnsomheten i helsetiltak. Valg av metode vil i hvert enkelt tilfelle avhenge av type helsetiltak vi ser på og hvilke helseutfall som er i fokus. Valg av metode begrenses dessuten ofte av hvilke kostnads- og helsedata en har til rådighet. I praksis krever lønnsomhetsanalyser på dette området også ofte at en må foreta normative avveininger, noe som gjør bruken av de ulike analysemetodene kontroversiell. På den annen side er lønnsomhetsanalyser av denne typen kun ett av flere hjelpemidler i en prioriteringsdebatt om bruken av helseressursene. For helseøkonomiske beslutninger er det viktig å synliggjøre det brede spekteret av følger, både på kostnads- og gevinstsiden, og å synliggjøre at prioritering på et område har en alternativkostnad i form av at andre aktuelle tiltak må utsettes eller utebli. Dersom innhold og resultat fra økonomiske lønnsomhetsanalyser presenteres på en forståelig og gjennomsynlig måte, kan de derfor tjene som et nyttig grunnlag for systematiske og kvalifiserte vurderinger i prioriteringsspørsmål i helsesektoren.



## 1. Innledning

Norge bruker store ressurser på helse, 9-10% av bruttonasjonalprodukt er helseutgifter. Kun få land bruker relativt sett mer. Politikere synes å ha en stor vilje til å bevilge penger til helsetiltak, spesielt hvis medieoppslag påpeker mangler og tegn til urettferdighet i deler av helse- og omsorgssektoren. Et eksempel på dette er 'eldremilliarden' og 'utenlandsmilliarden'. Disse bevilgningene var neppe gjenstand for omfattende lønnsomhetsvurderinger før de ble vedtatt. Følgelig vet vi også svært lite om hva vi kan forvente å få igjen for disse bevilgningene i form av forbedringer i helse og livskvalitet. Det norske helsevesenet har som mål å tilby mennesker som er rammet av sykdom, skade eller funksjonshemming helsetjenester som er av god kvalitet og som kan tilbys raskt. I praksis er det imidlertid et gap mellom hva som er medisinsk mulig og det tilbudet det offentlige har muligheter til å tilby med de ressursene som til en hver tid tilføres helsesektoren. Behovet for å foreta prioriteringer melder seg både i forhold til spørsmålet om allokering av ressurser til ulike helsetiltak og i forhold til spørsmålet om hvor stor andel av samfunnets samlede ressurser helsesektoren skal legge beslag på.

Samfunnsøkonomisk lønnsomhet er ett blant flere mulige kriterier som kan legges til grunn for prioriteringer i helsesektoren. I samfunnsøkonomiske evalueringer av helsetiltak er siktemålet å *kartlegge og verdsette alle relevante kostnader og gevinster* for samfunnet som følger av tiltaket, og sammenligne disse med alle relevante kostnader og gevinster for samfunnets *alternative anvendelse* av den samme ressursinnsatsen. Slike analyser gir oss et grunnlag for å sortere mellom tiltak som genererer en positiv nettogevinst for samfunnet og tiltak som ikke gjør det. I prinsippet tenker vi oss at en ved å realisere tiltak som kaster mer av seg enn beste alternative ressursanvendelse sikrer en kostnadseffektiv anvendelse av de ressurser en har til rådighet.

## 2. Det grunnleggende spørsmål

Diskusjonen innledningsvis antyder at det er en grense for hvor mye ressurser en skal bruke på helse og helsetjenester, og at det ikke er likegyldig hvordan en bruker pengene.

Samfunnsøkonomiske lønnsomhetsanalyser, også kalt økonomisk evaluering, skal hjelpe beslutningstakere i vurderingen av hvor mye en skal bruke totalt, og på hvilke tiltak. I første

omgang må en veie den samfunnsøkonomiske gevinsten av tiltaket opp mot kostnadene i tiltaket for å avklare om et tiltak i det hele tatt er ønskelig å gjennomføre. Dernest skal lønnsomhetsanalyser brukes til å gjøre valg mellom ulike tiltak som konkurrerer om de samme ressursene. Begge beslutningsproblemer har sitt opphav i at det ikke er gratis å bruke penger på helse og helsetjenester. På et overordnet nivå konkurrerer helsetjenester med andre gode formål og tiltak i økonomien. Kostnaden ved å anvende ressurser i helsesektoren kan kvantifiseres med verdien av de goder vi går glipp av innenfor utdanning, samferdsel, kultur og andre prioriterte områder. Lønnsomhetsanalyser skal være et hjelpemiddel til å prioritere mellom helse og andre formål. På samme måte koster det å bruke penger og ressurser på et bestemt helsetiltak, siden det da vil være et annet ønsket helsetiltak som enten må utsettes eller ikke blir gjennomført. Kostnaden ved eksempelvis hjerteoperasjoner for eldre må reflektere at de anvendte ressurser alternativt kunne ha vært brukt til økt innsats innenfor barne- og ungdomspsykiatri. Når helsepersonell blir allokert til en kirurgisk avdeling, er kostnaden for dette ikke bare kostnadene knyttet til driften av den aktuelle avdelingen, men også verdien i form av den utsatte eller uteblitte helseforbedringen for dem som dermed får utsatt eller ikke får behandling. Lønnsomhetsanalyser er på den måten et hjelpemiddel ved prioriteringer både mellom pasientgrupper og mellom diagnoser. Til sist er analysene nødvendige bidrag for å vurdere alternative behandlingsformer. Samme medisinske utfall kan oppnås ved ulike tiltak. Lønnsomhetskalkyler skal hjelpe beslutningstakerne ved at analysene viser de riktige kostnadene per enhet helsegevinst, enten den måles i form av sparte leveår eller andre mål på oppnådd livskvalitet.

Spørsmålet som en skal få svar på ved økonomisk evaluering, samfunnsøkonomiske lønnsomhetsvurderinger, er altså hva en får ut av midlene i forhold til hva den beste alternative bruken ville gitt. Gitt dette, er formålet med den økonomiske evalueringen å finne ut om tiltaket er lønnsomt. Det er det hvis gevinstene er større en kostnadene.

Gevinstene måles i form av inntekter eller ulike mål på opplevd velferd. Det siste kan være det mer abstrakte begreper 'nytte', som innenfor samfunnsøkonomien uttrykker individenes velferdsmessige vurdering av sitt konsum av varer, tjenester og fritid. Noen ganger er det formålstjenlig å søke å lage et pengemessig uttrykk for denne nytten, men spesielt når det gjelder helse kan det være kontroversielt og vanskelig å få til. Dette drøfter vi videre nedenfor. Det andre viktige forholdet når det gjelder gevinstsiden er å få et korrekt uttrykk for sammenlikningsgrunnlaget. Oftest er det lite interessant å få opplyst at et tiltak gir

en gitt totaleffekt eller nytte. Det interessante er hvor mye høyere nytten eller inntekten er enn hva den ville vært uten tiltaket.

Kostnader blir oftest målt i penger, men det er noen ganger formålstjenlig å uttrykke dem i form av andre enheter, for eksempel arbeidstimer. Det viktige er at kostnadene uttrykker de virkelige oppofringer det aktuelle prosjektet innebærer i form av medgått arbeid, utstyr og legemidler. Det er her som nevnt viktig at kostnadene regnes til riktig verdi, i den betydning at de uttrykker hva det koster for samfunnet totalt at ressursene blir brukt til det aktuelle tiltaket.

### **3. Metoder**

Samfunnsøkonomiske lønnsomhetsvurderinger står sentralt innenfor privat så vel som offentlig prosjektvurdering. Den grunnleggende metodiske tankegang er den samme uavhengig av sektor. Men det varierer hvilke forhold det er viktig å vektlegge, og hvordan selve analysen skal gjennomføres. Enhver lærebok i offentlig økonomi, som for eksempel Rosen (1) og Stiglitz (2) skisserer grunnlaget for offentlig prosjektevaluering, eller bruken av lønnsomhetskalkyler i offentlige styrte tiltak. Det spiller mindre rolle om det er offentlig sektor som gjennomfører tiltaket. Det viktige er at det dreier seg om tiltak som gjør bruk av fellesressurser. Gitt helsesektorens særpreg, med et stort innslag av offentlig beslutningstaking, er det derfor naturlig å bruke standard tilnærming for vurdering av lønnsomhet av offentlige prosjekter. Det som skiller dette fra rene privatøkonomiske lønnsomhetskalkyler er hvordan en skal vurdere kostnader og gevinster. I en samfunnsøkonomisk lønnsomhetskalkyle, som vi argumenterer for bør brukes når det er snakk om lønnsomhetsvurdering i helsesektoren, skal kostnader og inntekter som nevnt i forrige avsnitt vurderes i forhold til den beste alternative samfunnsmessige anvendelsen. Dette er også det synet som ligger til grunn for sentrale læreverk på feltet, som Drummond et al (3) som er en detaljert gjennomgang av hvordan lønnsomhetsanalyser i helsesektoren bør gjennomføres, og i mer generelle lærebøker som Folland et al (4) som setter slike analyser inn i en mer fullstendig samfunnsøkonomisk vurdering av helsesektoren.

For samfunnsøkonomiske lønnsomhetsvurderinger i helsesektoren finnes det flere analysemetoder:

- Cost-Benefit analyser (CBA)

- Cost-Utility analyser (CUA)
- Cost-Effectiveness analyser (CEA)

Metodene skiller seg fra hverandre både med hensyn til hva slags type informasjon som legges til grunn, og hva slags type spørsmål de er egnet til å gi svar på. Derfor er det ofte situasjonsbetinget hva slags analysemetodikk som brukes.<sup>1</sup>

*i) Cost-Benefit Analyser (CBA).*

I CBA-kalkyler måles alle kostnads- og gevinstelementer i en felles monetær verdi. Alle kostnader og inntekter oppgis i sammenliknbare størrelser, og en ser direkte om prosjektet er lønnsomt ved å sammenlikne inntekts- og kostnadssiden. Således likner det prosjektvurdering i private foretak, med den forskjell at verdiene som brukes skal reflektere samfunnsøkonomiske verdsettinger, og ikke verdsetting for et enkelt foretak.

CBA-kalkyler er spesielt formålstjenlig når en skal vurdere

- tiltak som påvirker individers arbeidsmarkedssituasjon og framtidige inntektssituasjon
- større tiltak der det er formålstjenlig å verdsette verdi av liv og endret funksjonsevne
- lønnsomhet av ulike behandlingsformer
- tiltak der tidsaspekt er viktig

I kalkyler basert på CBA sammenlikner en verdien av kostnader og inntekter målt på analysestidspunktet. Det betyr at en sammenlikner kostnader som påløper i dag og i framtiden med inntekter i dag og i framtiden. For å gjøre dette må en på en korrekt måte finne et sammenlikningsgrunnlag for beløp nå og i fremtiden. Vanligvis innebærer det at fremtidige beløp neddiskonteres med en rentesats som reflekterer alternativkostnaden ved å bruke ressurser i dag i stedet for senere. Ifølge NOU 1998: 16 (5) er et rimelig anslag på denne diskonteringsrenten i Norge ca. 3,5-4% dersom det ikke er usikkerhet knyttet til de fremtidige inntekts- og utgiftsstrømmer.

CBA-kalkyler er problematiske på områder der verdsetting av vunne leveår og helseforbedringer står sentralt. Dette er for eksempel aktuelt for større folkehelseiltak som

---

<sup>1</sup> Helseøkonomer er stort sett flinke til å skille mellom betegnelsene CBA, CEA og CUA. I andre sammenhenger, og spesielt når betegnelsene for de ulike metodene oversettes til norsk, kan det oppstå en viss sammenblanding av begrepsbruken. I NOU 1997:27 brukes for eksempel betegnelsen Nytte-kostnadsanalyse om Cost-Benefit analyser. Her har vi funnet det praktisk å bare holde på de engelske betegnelsene.

kan påvirke dødelighet for større samfunnsgrupper.<sup>2</sup> Det finnes ikke noen etablert og enhetlig metode for vurdering av den monetære verdien av liv. I NOU 1998: 16 opererer en med en verdi på 10 millioner for et spart liv. Det finnes en markedsbasert metode for å vurdere verdien av liv: Hvor mye er vi villig til å betale for et tiltak som påvirker sannsynligheten for død? Problemet er at anslag basert på dette fører til store variasjoner, se Viscousi (6) for en oversikt over beregninger basert både på betalingsvilje for sikkerhetstiltak i arbeidslivet og i andre deler av samfunnet. Verdsettingen varierer med en faktor på 10.

Anvendelsen av CBA er mindre kontroversiell når det gjelder tiltak av typen 'bringe folk tilbake til jobb'. Da kan nyttevirkningene måles i form av den fremtidige produksjonsgevinsten en får som følge av sysselsettingseffekten i tiltaket. Vanligvis er verdien av produksjonen da målt som lønn med tillegg av sosiale kostnader. Dette uttrykker bedriftens verdsetting av produksjonen for en ansatt, og en vil normalt anta at dette også er den samfunnsøkonomiske verdien av produksjonen. Her er det igjen viktig å huske på at gevinsten ved tiltaket må måles med verdien av den økte sannsynligheten for at folk kommer tilbake i jobb. Et eksempel på en slik analyse finnes i Haldorsen et al (7).

Til sist nevner vi et annet eksempel på et område der CBA er forsøkt anvendt. Ved screening-undersøkelser må en ta hensyn til de problemer som følger av såkalt 'falskt-positiv' og 'falskt-negativ' utfall. Gooderis og Bronken (8) viser i en analyse av screening for gonoreé at en stor kostnad for undersøkte pasienter som følge av en falskt positiv diagnose vil kunne ha betydning for den endelige vurderingen. Lønnsomheten av tiltakene varierer betydelig hvis de alternative metodene med ulike sannsynlighet kan si om et negativt resultat virkelig betyr at en ikke har sykdommen.

## *ii) Cost-Utility Analyser (CUA)*

*CUA* er som metode spesielt utviklet for lønnsomhetsanalyser av helsetiltak. Analysemetodikken er basert på helseindekser, eller såkalte QALY's (Quality Adjusted Life Years). Her benytter man altså ikke monetære størrelser for å vurdere helsegevinster, men et helsemål, som ved hjelp av et nokså komplisert omregningssystem skal reflektere individers verdsetting av ulike helsetilstander. Metoden er sofistikert, i den forstand at en tillegger helseutfall en verdi. Dette kan være nyttig i forhold til problemstillinger der ensidig fokus på sparte leveår gir et for spinkelt beslutningsgrunnlag. For mange formål vil det også være av

---

<sup>2</sup> En annen sektor i økonomien der slik verdsetting er aktuell, er ved vurdering av større vegprosjekt som også påvirker trafiksikkerhet.

relevant betydning å vite noe om livskvaliteten forbundet med de ekstra leveårene tiltaket genererer.

I CUA-kalkyler verdsetter en helsetilstander ved hjelp av en indeks som reflekterer nytten – eller livskvaliteten i tilstanden. Ved å sammenligne forventet antall leveår og livskvalitet ved helsetilstanden en oppnår ved et potensielt nytt behandlingstilbud opp mot forventet antall leveår og livskvalitet i helsetilstanden en oppnår med beste alternative behandling, får en et mål på gevinsten i form av kvalitetsjusterte leveår (QALYs). Dette målet kan benyttes til å rangere alternative tiltak ut fra verdien de genererer i form av kvalitetsjusterte leveår per krone.

Anvendelse av CUA kan være formålstjenlig på noen områder innenfor helsesektoren, men ikke alle. I prioriteringsspmålsom angår livreddende helsetiltak kan bruken av QALYs være svært problematisk. Metoden sidestiller en-i-QALY-termer like stor helseforbedring hos en alvorlig syk eller funksjonshemmet og en nesten frisk person, og lar friske personer telle mer enn alvorlig syke og/eller funksjonshemmede i analysen. Dette er både etisk problematisk og i strid med resultater fra empiriske undersøkelser som viser at vi som samfunnsmedlemmer rangerer tiltak som kan bedre livskvaliteten for alvorlig syke foran tiltak som kan lette helseplager for relativt sett friskere personer.

Fordelen med QALY slik de brukes i CUA-kalkyler er at en kan få et godt grunnlag for å vurdere lønnsomheten av ulike helsetiltak som det ellers er vanskelig å sammenlikne. Hvordan skal en vurdere lønnsomheten av ressursbruk til hjerteoperasjoner eller revmatismebehandling? QALY gir et uttrykk for hvordan en faktisk kan vurdere den totale velferden gitt ulike hemninger en måtte ha, og ikke minst hvordan denne velferden øker som følge av en gitt ressursbruk. Hvis en bruker samme måte til å måle velferden på i QALY for helt ulike behandlinger, vil en da kunne lage en sammenstilling av kostnader per QALY for helt ulike tilstander. Et eksempel på slike sammenlikninger er følgende tabell fra Aakvik (9)<sup>3</sup>.

*Sammenligning av kostnad per kvalitetsjusterte leveår for ulike behandlinger.*

---

	Kostnad per QALY
Behandling av høyt blodtrykk med Captopril®	kr 817.800
Behandling av høyt kolesterol med cholestyramine (Questran®)	kr 1.701.000

---

<sup>3</sup> Se noter til Tabell 1 Aakvik (9) for nærmere dokumentasjon og originalreferanser.

Alendronate (Fosamax®) mot osteoporose over 3 år	kr 527.000
Rebif® ved multiple sklerose	kr 3.658.000
Visudyne	kr 250.000
End-stage hjertesykdommer	
Hjertetransplantasjon	kr 320.000
Total artificial heart	kr 1.025.000

---

Dette er en såkalt 'league' tabell, som viser kostnad per QALY for en rekke helt forskjellige behandlinger, i denne tabellen for det meste ulike legemidler. Analysemetodikken og en slik sammenstilling kan gi et bidrag til vurderingen om de ulike legemidlene bør prioriteres så mye at de er med på en refusjonsordning som blå-resept ordningen. Implisitt i vurderingen av ulike QALY verdier ligger det en samfunnsmessig vurdering av ulike helsemessige tilstander og medisinske alvorlighetsgrader. Det finnes flere forskjellige skalaer og instrumenter, såkalte MAU-instrumenter (multi attribute instruments), som refererer seg til at de måler helseutfall langs flere egenskaper. Vanlig brukte skalaer inkluderer slike som EQ5D, 15D, QWB og HUI. De statistiske metoder som ligger til grunn for utregning av selve QALY verdien, et tall mellom 0 og 1, der 1 er perfekt helse og 0 er død, er typisk 'standard gamble' eller 'time trade off'. Disse er kjente virkemidler for å vurdere beslutningsproblemer, og i seg selv ikke kontroversielle. Et langt større problem er det at det neppe er enighet om de implisitte vurderinger som ligger til grunn for disse instrumentene når det gjelder avveiningen mellom lidelser av ulik alvorlighetsgrad. Disse kan vekke alvorlige i forhold til mindre alvorlige tilstander og lidelser ganske ulikt. Det betyr at den relative vurderingen av kostnader per oppnådd QALY vil kunne variere til dels sterkt avhengig av hvilken metode en bruker. Dernest er det et generelt problem at en gjør antakelser om at en direkte kan sammenlikne nytte hos ulike personer. Dette er faglig sett kontroversielt.

Fordelen med QALY er altså at en får ut en verdi som kan brukes til direkte sammenlikninger mellom svært så forskjellige behandlingsformer og diagnoser. Om en velger å benytte metodene til dette formålet må en imidlertid gjøre drastiske forutsetninger om grunnlaget for å kunne foreta slike sammenlikninger, og beregningene må bygge på eksplisitte verdsettninger av liv og helse som det ofte vil være uenighet om. Sammen med annen

informasjon og andre vurderinger kan slike vurderinger likevel i noen tilfeller være en nyttig del av et bredere beslutningsgrunnlag.

Det finnes en alternativ metode til tradisjonell CUA-kalkyle. Ved bruk av såkalte *cost-value-analyser* argumenter Nord (10) for at en i langt større grad makter å reflektere den verdsetting som samfunnet har av ulike helsetilstander. Spesielt vil denne tilnærmingen gjøre små helseforbedringer for relativt friske mennesker mindre lønnsomme enn det som følger av de fleste typer QALY analyser, samtidig som helsetilstand for personer med nedsatt funksjonsevne vurderes som høyere. Cost-value-analyser blir omtalt nærmere i et annet kapittel i denne rapporten.

### *iii) Cost-Effectiveness Analyser, (CEA).*

I CEA-kalkyler uttrykkes alle kostnader i samme monetære enhet mens gevinsten (helseutfallet) måles i sin naturlige enhet. Helseutfallet kan være sparte leveår, forbedret funksjonsevne, reduserte smerter etc., eller det kan også være utfall som økning i antall funn av krefttilfeller, som følge av screening undersøkelser, eller reduksjon i komplikasjoner og tilbakefall ved nye behandlingsmetoder. Ved å sammenligne ulike tiltak, for eksempel slike som sparer liv, kan en velge tiltaket som minimerer kostnaden per sparte leveår.

CEA er ofte vurdert som spesielt relevant for samfunnsøkonomiske lønnsomhetsvurderinger av bredstilte screeningsundersøkelser. La oss som et eksempel se på screening for brystkreft. Den aktuelle problemstillingen er om en landsomfattende mammografiscreening skal omfatte kvinner over 40 år eller kun kvinner over 50 år. Effekten av regelmessig screeningen ligger i at en i den aktuelle risikogruppe vil oppdage potensielle krefttilfeller tidlig nok til at det er mulig å gi livreddende behandling. I så fall er gevinsten at folk i risikogruppen lever lenger, noe som kan måles i form av vunne leveår for den aktuelle populasjonen. Spørsmålet er først hvor mange tilfeller som blir avdekket (sann positiv). Dernest er spørsmålet hvor mange flere tilfeller som blir avdekket ved å foreta screening også av dem mellom 40 og 50 år. Dernest må en ta stilling til hvor mange som kan helbredes, for beregning av sparte leveår. Kostnadssiden er knyttet til etablering av en screening enhet, enten stasjonær eller mobil (buss), lønnskostnader for dem som driver stasjonen, og dernest kostnader for de kvinner som skal møte til screening. De relevante kostnader er reise- og tidskostnader. For beregning av tidskostnader er det et spørsmål hva beregningssats en skal bruke. Ovenfor antyd det vi at det i vurdering av tiltak som skal bringe folk tilbake til jobb var naturlig å bruke lønn inkludert alle sosiale kostnader. Dette er ikke så åpenbart her. Spørsmålet er hva som er alternativet. Dersom undersøkelsen foregår i arbeidstiden, på



arbeidsgivers regning, er svaret det samme. Men hvis undersøkelsen skjer i fritiden, er det naturlig å bruke den verdsettelse en har av fritid som alternativkostnad. Det er vanlig å anslå det som lønn etter skatt. Det betales også en egenandel, men denne må en se bort ifra, siden det kun er en overføring til staten. Overføringen har imidlertid en indirekte effekt, ved at det reduserer det statlige finansieringsbehovet. Det er vanlig å anta at det koster kr 0,20 per skattekrone som staten må hente inn. Denne skattekostnaden med å finansiere tiltaket må regnes med (da altså med fratrekk av egenandelen). Når en på en tilfredsstillende måte har vurdert disse kostnader, er den rett fram beregning å finne ut hva kostnad for sparte leveår er ved tilbud til kvinner over 50 år, eller hva kostnaden blir ved å gi tilbudet også til kvinner over 40 år. NOU 1996: 16 (5) viser et eksempel på en slik beregning, der kostnaden per sparte leveår for screeningundersøkelser slik de foretas i Norge, er ganske lave.

#### **4. Avslutning og oppsummering**

Samfunnsøkonomiske lønnsomhetsanalyser i helsesektoren byr på spesielle metodiske og praktiske utfordringer fordi de utfallsmålene vi er opptatte av å måle, nemlig helse og livskvalitet, er vanskelige å verdsette. I praksis krever også analyser på dette området ofte at en må foreta normative avveininger, noe som gjør bruken av slike metoder kontroversiell. På den annen side er analysene kun ett av flere hjelpemidler i en prioriteringsdebatt og for den endelige vurderingen av hvordan en skal bruke helseressursene. For slike beslutninger er det viktig å synliggjøre det brede spekteret av følger, både på kostnads- og gevinstsiden, og å synliggjøre at prioritering på et område har en alternativkostnad i form av at alternative tiltak må utsettes eller utebli. Når innhold og resultat fra økonomiske lønnsomhetsanalyser presenteres på en forståelig og gjennomsiktlig måte, kan de derfor tjene som et nyttig grunnlag for systematiske og kvalifiserte vurderinger i prioriteringsspørsmål.

## Referanser

1. Rosen, H. *Public Finance*, Irwin, 1988.
2. Stiglitz, J. *Economics of the Public Sector*, Norton, 1988.
3. Drummond M.F, Stoddard GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press, 1997.
4. Folland S, Goodman AC, Stano M: "The Economics of Health and Health Care", Prentice Hall, 3rd Edition 2001.
5. NOU 1998: 16. Nytte-kostnadsanalyser.
6. Viscusi W K. The value of risks to life and health, *Journal of Economic Literature* 1993; **31**: 1912-1946.
7. Haldorsen, E.M., Grasdal, A., Skouen, J.S., Risa, A.E., Kronholm, K. og H. Ursin (2002): Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment and extensive multidisciplinary treatment for long term sick listed employees with musculoskeletal pain. *Pain*, 95, 49-63.
8. Gooderis JH., Bronken TP. Benefit-cost analysis of screening. A comparison of tests for Gonorrhoea. *Medical Care* 1985; **23** (11): 1242-1255.
9. Aakvik A. Samfunnsøkonomisk evaluering av legemidler. *Helse, økonomi og politikk. Utfordringer for det norske helsevesenet*, Askildsen JE, Haug K (red.) Cappelen akademisk forlag 2001: Kapittel 5, 115-136.
10. Nord E. *Cost Value Analysis in Health Care. Making Sense of QALYs*. Cambridge University Press. 1999.

# **The societal value of a QALY — Where science and decision-making find it difficult to meet \***

**Michael Drummond**

**Centre for Health Economics, University of York, UK**

## **1. INTRODUCTION**

The notion of ranking healthcare interventions in terms of their incremental cost per quality-adjusted life-year (QALY) was introduced by Williams (1985). His interest was in exploring how extensive coronary artery bypass grafting should be in the United Kingdom. By calculating the incremental cost per QALY of a range of healthcare interventions he was able to show that CABG for some types of patients (e.g. those with left main vessel disease) would be good value for money, whereas for others (e.g. those with single vessel disease) it may not.

Over the next few years it became fashionable to construct cost per QALY league tables, which compared the relative value for money of a wide range of healthcare interventions (Maynard, 1991). The implication was that those interventions near the top of the list should be given priority over those near the bottom. This logic was put into practice by the state of Oregon in the USA, which decided to base its public funding of programmes on whether they had a high or low cost per QALY (Hadorn, 1991).

The interpretation of cost per QALY league tables is not without its difficulties. In using them for priority setting, we are assuming that the methodological features of studies are comparable, that estimates are known precisely, that the programmes are divisible and have constant returns to scale, and the societal value of a QALY is the same for all individuals or for all health conditions.

\* Paper presented at a Conference on the Value of Life and Health, Oslo, 12 November 2002.

This paper focuses on the last issue, since we need to take a view on the societal value of a QALY in order to assess whether a given intervention is cost-effective. For example, in Table 1, if our societal value of a QALY is £100,000 we would consider that all the interventions except two are worth funding. On the other hand, if our value is only £8000 we would only fund the interventions on the list as far down as heart transplantation.

Although cost per QALY league tables are no longer fashionable, the issue of the societal cost per QALY threshold has gained increased emphasis now that several jurisdictions require cost-effectiveness data in support of reimbursement decisions for health technologies. Various commentators have speculated on whether those making these decisions have an explicit threshold, whether this is the same for all health conditions, or whether it varies by jurisdiction (Towse *et al*, 2002).

The paper is organized in the following manner. In the next section various statements about the societal willingness-to-pay for a QALY are reviewed. Then the factors that might influence our societal value of a QALY are outlined. Next, the wisdom of adopting a single cost per QALY threshold is discussed. Finally, some possible ways forward are identified.

## **2. STATEMENTS ABOUT THE SOCIETAL WILLINGNESS-TO-PAY FOR A QALY**

Possibly the earliest statement about the societal willingness-to-pay for a QALY was by Kaplan and Bush (1982), who suggested thresholds of \$20,000 and \$100,000, determining which interventions were good value for money, and poor value for money, respectively. The same thresholds, albeit in Canadian \$, were also proposed by Laupacis *et al* (1992). Using a representation known as the ‘cost-effectiveness plane’ (see Figure 1), they defined five grades of recommendation for the adoption of new technologies. Compared with current practice, represented by the origin in the plane, a technology giving an increase in QALYs and a reduction in costs (Grade A) would have compelling evidence for adoption. A new technology which is more effective, with an incremental cost per QALY of less than \$20,000 (Grade Ba) would have strong evidence for adoption, and so on. The worse case would be a new technology that is less effective and more costly (Grade E). This would have compelling evidence for rejection.

In studies from the USA, it has become customary to propose a threshold of around \$100,000 per QALY or life-year gained, based on evidence that few interventions having incremental ratios of this order are funded by the healthcare system. This approach was used in the study of tPA versus streptokinase for patients with acute myocardial infarction. In commenting on the finding that the incremental cost per year of life saved of tPA (compared with streptokinase) was \$32,678, Mark *et al* (1995) state that ‘the upper limit for an acceptable cost-effectiveness ratio remains controversial, but values of more than \$100,000 per year of life saved are generally considered too high’.

In Australia, George *et al* (2001) have examined several decisions of the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC), the committee that makes recommendations about the listing of drugs on the Pharmaceutical Benefits Schedule (a positive list of drugs reimbursed in Australia). They found that drugs having incremental ratios below Aus\$42,000 per life-year gained were likely to be listed, whereas those having ratios above Aus\$76,000 per life-year gained were unlikely to be listed. There were, however, several outliers (more on this later).

Few of the national bodies making recommendations on the reimbursement or use of drugs have explicitly announced cost-effectiveness thresholds. One exception is in the guidelines issues in Hungary, where a threshold of \$11,000 has been suggested (Szende *et al*, 2003). In most other jurisdictions the threshold, if one exists, is a subject of intense speculation. Nowhere is the speculation more intense than in England and Wales, where the National Institute for Clinical Excellence (NICE) is thought to have a threshold in the region of £30,000 per QALY (Towse and Pritchard, 2002). However, this has been strenuously denied (Littlejohns, 2002).

### **3. FACTORS INFLUENCING THE SOCIETAL VALUE OF A QALY**

The statements about the willingness-to-pay for a QALY clearly illustrate one important factor influencing the societal value, the wealth of a given country measured in GDP per capita. Therefore we might expect a country such as Hungary to have a lower willingness-to-pay than (say) the USA.

However, the more interesting issue concerns the factors that might influence the willingness-to-pay for a QALY *within* a given country. That is, could there be factors related to particular health conditions, or the patient populations affected that affect the willingness-to-pay? The paper by George *et al* (2001) gives a few clues. Table 2 shows 26 recommendations made by the PBAC, ranked in relation to the incremental cost-effectiveness ratios for the drugs concerned. It can be seen that the decisions do reflect a certain cost-effectiveness logic, in that more of the drugs with low ratios are recommended for listing at the price requested by the manufacturer.

Nevertheless, there are also several outliers, in that some drugs with relatively low cost-effectiveness ratios were rejected by the Committee, whereas some with relatively high ratios were recommended for listing. George *et al*, and other commentators (Drummond, 2002; Littlejohns, 2002), have speculated as to why this might be the case. An obvious reason is that the quality of the data, and the level of uncertainty about the cost-effectiveness estimate, can vary greatly from study to study.

In considering factors beyond the quality of the studies themselves, the cost-effectiveness ratio tells us nothing about the potential budgetary impact of adopting a new therapy. It may be that the drugs with apparently favourable ratios are indicated for use on a large patient population.

Secondly, it may be that some of the drugs with relatively high ratios are for very serious conditions, such as end-stage cancer, where the range of treatment options is limited and the costs falling on patients (in the absence of the drug being listed) would be substantial.

Thirdly, some of the drugs with favourable cost-effectiveness ratios might be for conditions where there is some doubt about whether treatments should be publicly subsidized. An example of this may be those medicines that have been branded 'lifestyle drugs', such as treatments for obesity and erectile dysfunction. Whereas the term 'lifestyle drug' can itself be called into question, particularly if the patient's condition has medical origins, it is obviously the case that all societies may wish to place limits on what is covered by a publicly subsidized health care system. (For example, many healthcare systems do not cover cosmetic surgery.)

In summary, there appear to be two groups of factors influencing the societal willingness-to-pay for a QALY. Some, such as budgetary impact and the implied opportunity cost of adopting the new therapy, relate to *efficiency* concerns. Others, such as the seriousness of the patient's condition (i.e. their initial endowment of health), or their socio-economic status, relate to *equity* concerns. Indeed, some have argued that, in deciding whether to discriminate positively in favour of an individual, one might want to consider their previous experience of healthy life (i.e. the so-called 'fair innings' argument) (Williams, 1997).

#### **4. ARGUMENTS FOR AND AGAINST A SINGLE COST-EFFECTIVENESS THRESHOLD**

Based on the discussion above, does it make sense for a given jurisdiction to specify a single cost-effectiveness threshold, above which it will not fund healthcare interventions?

First, it is clear that there may be a number of theoretical objections to such a policy. If the equity considerations (such as initial endowment of health, the fair innings and socio-economic status) are important, equal weighting of QALYs for all individuals would be inappropriate. Therefore, at the very minimum the incremental cost-effectiveness ratio would need to be considered alongside other factors. (Indeed, the National Institute for Clinical Excellence explicitly allows consideration of equity issues (NICE, 2000).) It is also clear that different budgetary impacts imply different opportunity costs of adopting the new therapy. This point was made by Gafni and Birch (1993) in response to the proposals by Laupacis *et al* (1992).

Secondly, there may be some practical difficulties associated with adopting a single threshold. If the threshold is publicly announced, as in the State of Oregon it immediately becomes a target for heated debate (Hadorn, 1991). Also, an explicit cost-effectiveness threshold gives a target for the manufacturers of health technologies. In the case of drugs, where the price of the product often bears little relation to the cost of goods, there is considerable discretion in pricing. In setting prices companies seek to recoup the costs of previous investments in drug research. Therefore, it would be possible for the company to extract the maximum economic rent by pricing the product so that its incremental cost-effectiveness ratio is just under the threshold societal willingness-to-pay for a QALY.

On the other hand, the existence of a threshold, particularly if set at a low level, might enable the government or third party payer to exert some pressure on manufacturers to lower their price expectations. In reality, neither manufacturers or payers are likely to be in favour of an explicit threshold, as it reduces the level of discretion in decision-making. Decision-makers are likely to want to retain this discretion and manufacturers will hope that they can exert influence over the decision in situations where discretion exists.

## **5. WAYS FORWARD**

Given the complexities in determining the societal willingness-to-pay for a QALY and in determining how it should vary from decision to decision, what are the potential ways forward?

### **5.1 Exploring equity issues and the weighting of QALYs**

According to economists, *efficiency* (maximizing health benefit) and *equity* (fairness in the distribution of resources or health) can be traded one with another. However, some research already undertaken by health economists suggests that we need to develop a better understanding of the community's preferences.

For example, Nord *et al* (1995) found that respondents in a survey felt it unfair to discriminate against patients who happen to have a high cost illness and that, therefore, costs should not be a major factor in prioritising healthcare services. Also, Ubel *et al* (2000) found that most respondents in their survey showed a preference for equity over efficiency in circumstances where equity meant that 100% of the population could receive the service in question.

Some health economists have already explored ways of introducing equity considerations into QALY estimations. The 'person trade-off', or 'equivalence' method for estimating QALYs already incorporates some aspects of the community's views about equity. In this method, originally proposed by Patrick *et al* (1973) but greatly developed by Nord (1992, 1995), respondents are asked how many people with (say) influenza would be equivalent to treating (say) 100 people with chronic renal failure (whom otherwise would die). In Nord's work, 'saving a young person from dying and restoring him or her to a healthy life' is used as the reference outcome.



The intuitive appeal of the person trade-off approach is that it mirrors the priority setting process that QALYs are ultimately intended for. The main drawback is that we currently know little about the process of preference formation that individuals go through in responding to the questions. Some investigation of this is already taking place. For example, Dolan and Tsuchiya (2003) have explored PTO responses in relation to age preferences.

Therefore, in exploring different ways of equity weighting QALYs, we would have to decide whether to adopt a ‘positive’ approach, of accepting individuals’ responses (say) to PTO questions at face value, or to adopt a ‘normative’ approach of deciding which equity considerations we feel it is appropriate to incorporate. If we opt for the normative approach we would then need to decide on what factors were appropriate and the best way of incorporating them in QALY estimations.

## **5.2 Investigating the societal willingness-to-pay for a QALY**

There is nothing new in investigating individuals’ willingness-to-pay for a year of healthy life (i.e. a QALY). In the 1980s, Jones-Lee (1985) and others were estimating individuals’ willingness-to-pay for a reduction in the risk of mortal injury. At that time estimates of individuals’ valuations of their own lives were frequently in excess of £1,000,000. These estimates could be converted to the willingness-to-pay for a QALY given an estimate of the likely life expectancy of the respondents.

Indeed, some health economists argue that monetary valuation of health benefits, in a true cost-benefit analysis, should be the future direction of economic evaluation (Donaldson *et al*, 2002). However, full CBAs are still almost non-existent in the literature and there are still a number of unresolved issues concerning how to frame the willingness-to-pay question (Currie *et al*, 2002). Nevertheless, if the key question is that of eliciting society’s willingness-to-pay for a QALY, perhaps that should be a key focus of future research.

## **5.3 Improving decision-making processes**

The starting point for this approach is that scientific studies, of efficiency/equity trade-offs, or of the societal willingness-to-pay for a QALY, will never provide satisfactory answers.

Therefore, the best approach would be to recognize that data on cost-effectiveness are one (but only one) legitimate input to the decision-making process concerning health technologies.

Thus, the emphasis should be on improving the decision-making processes of the bodies that consider evidence on the cost-effectiveness of health technologies. Specifically, this would involve: (i) giving adequate consideration to the relevant data; (ii) incorporating a wide range of perspectives; and (iii) increasing the transparency in the decision-making process. Many of these issues have been addressed by bodies such as NICE in the UK. In part this is driven by a recognition that the data for decision-making will never be perfect and that decisions about health technologies can never be totally divorced from the social, economic and political context in which they are made.

## **6. CONCLUSIONS**

The growth in the use of economic evaluation in formal decision-making processes for health technologies has increased interest in a number of methodological and practical issues. A key issue is the societal willingness-to-pay for QALY, which has both methodological and practical aspects.

The main messages of this paper are as follows. First, whereas the incremental cost-effectiveness ratio for a given technology is an important factor in the reimbursement decision, it is not the sole basis for decision-making. Secondly, a number of factors are likely to influence the societal willingness-to-pay for a QALY and several of these will affect the decisions about competing health technologies. Thirdly, it is unlikely that a single cost-effectiveness threshold, expressed in terms of an incremental cost per QALY, exists in a given country. If it did exist, it would not necessarily make sense to announce it publicly.

Finally, several ways forward are suggested. Some are focussed on more research (e.g. into equity weighting QALYs, or estimating the societal willingness-to-pay for QALY). Others are focussed on improving the decision-making processes in which economic data are used.

## REFERENCES

1. Currie G R, Donaldson C, O'Brien B J, Stoddart G L, Torrance G W, Drummond M F. Willingness to pay for what? A note on alternative definitions of health care program benefits for contingent valuation studies. *Medical Decision Making* 2002; 22: 493-497.
2. Dolan P, Tsychiya A. The person trade-off method and the transitivity principle: an example from preferences over age weighting. *Health Economics* 2003. (In press.)
3. Donaldson C, Currie G, Mitton C. Cost effectiveness analysis in health care: contraindications. *British Medical Journal* 2002; 325: 891-894.
4. Drummond M F. The relevance of health economic evaluation to health care decision makers. *Spectrum Report*. Decision Resources Inc. Waltham, Massachusetts, 2002.
5. Gafni A, Birch S. Guidelines for the adoption of new technologies: a prescription for uncontrolled growth in expenditures and how to avoid the problem. *Canadian Medical Association Journal* 1993; 148(6): 913-917.
6. George B, Harris A, Mitchell A. Cost-effectiveness analysis and the consistency of decision making. *PharmacoEconomics* 2001; 19(11): 1103-1109.
7. Hadorn D C. Setting health care priorities in Oregon: cost-effectiveness meets the Rule of Rescue. *Journal of the American Medical Association* 1991; 265(17): 2218-2225.
8. Jones-Lee M W, Hammerton M, Phillips P R. The value of safety: results of a national sample survey. *Economic Journal* 1995; 95: 49-72.
9. Kaplan R, Bush J. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology* 1982; 1: 61-80.
10. Laupacis A, Feeny D, Detsky A S, Tugwell P X. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Canadian Medical Association Journal* 1992; 146(4): 473-81.
11. Littlejohns P. Does NICE have a threshold: a response. In: A Towse *et al* (eds). *Cost-effectiveness thresholds: economic and ethical issues*. London, Kings Fund and Office of Health Economics, 2002
12. Mark D B, Hlatky M A, Califf R M, Naylor C D, Lee K L *et al*. Cost-effectiveness of thrombolytic therapy with tissue plasminogen activator as compared with streptokinase for acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine* 1995; 332(21): 1418-24.
13. Maynard A. Developing the health care market. *Economic Journal* 1991; 101: 1277-1286.

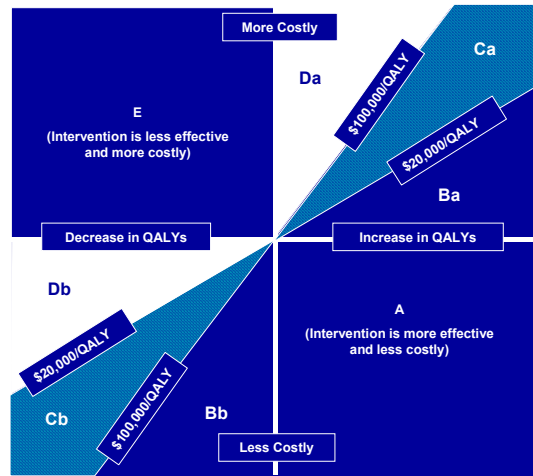
14. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Technology appraisal process series 5: guidance for manufacturers and sponsors*. London, NICE, 2000.
15. Nord E. Methods for quality adjustment of life years. *Social Science and Medicine* 1992; 34: 559-569.
16. Nord E. The person trade-off approach to valuing health care programs. *Medical Decision Making* 1995; 15: 210-208.
17. Nord E, Richardson J, Street A, Kuhse H, Singer P. Who cares about cost? Does economic analysis impose or reflect social values? *Health Policy* 1995; 34: 79-94.
18. Patrick D, Bush J, Chen M. Methods for measuring levels of well-being for a health status index. *Health Services Research* 1973; 8(3): 228-245.
19. Szende Á, Mogyorósy Z, Pallos G, Najy J *et al*. Methodological guidelines for conducting economic evaluation of health care interventions in Hungary. *European Journal of Health Economics* 2003. (In press.)
20. Towse A, Pritchard C. Does NICE have a threshold? An external view. In: A Towse *et al* (eds). *Cost-effectiveness thresholds: economic and ethical issues*. London, Kings Fund and Office of Health Economics, 2002.
21. Towse A, Pritchard C, Devlin N (eds). *Cost-effectiveness thresholds: economic and ethical issues*. London, Kings Fund and Office of Health Economics, 2002.
22. Ubel P A, Baron J, Nash B, Asch D A. Are preferences for equity over efficiency in health care allocation 'all or nothing'? *Medical Care* 2000; 38(4): 366-373.
23. Williams A H. Economics of coronary artery bypass grafting. *British Medical Journal* 1985; 291: 326-329.
24. Williams A H. Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics* 1997; 6: 117-132.

**Table 1: 'League table' of costs and QALYs for selected health care interventions**

	COST/QALY (£ Aug, 1990)
Cholesterol testing and diet therapy only (all adults, aged 40-69)	220
Neurosurgical intervention for head injury	240
GP advice to stop smoking	270
Neurosurgical intervention for subarachnoid haemorrhage	490
Anti-hypertensive therapy to prevent stroke (ages 45-64)	940
Pacemaker implantation	1100
Hip replacement	1180
Valve replacement for aortic stenosis	1140
Cholesterol testing and treatment	1480
CABG <sup>1</sup> (left main vessel disease, severe angina)	2090
Kidney transplant	4710
Breast cancer screening	5780
Heart transplantation	7840
Cholesterol testing and treatment (incrementally) of all adults aged 25-39 years	14,150
Home haemodialysis	17,260
CABG (1 vessel disease, moderate angina)	18,830
CAPD <sup>2</sup>	19,870
Hospital haemodialysis	21,970
Erythropoietin treatment for anaemia in dialysis pts (assuming 10% reduction in mortality)	53,380
Neurosurgical intervention for malignant intracranial tumours	107,780
Erythropoietin treatment for anaemia in dialysis patients (assuming no increase in survival)	126,290

*Source:* Maynard (1991).

**Figure 1: Grades of recommendation for the adoption of new technologies**



Source: Laupacis *et al* (1992).

**Table 2: Incremental cost per additional life-year gained league table**

Number	Incremental cost per additional life-year gained at 1998/1999 prices (\$AU)	PBAC decision
1	5517	Recommend at price
2	8374	Recommend at price
3	8740	Recommend at price
4	17387	Recommend at price
5	18762	Recommend at price
6	18983	Recommend at price
7	19807	Recommend at lower price
8	22255	Recommend at price
9	26800	Recommend at price
10	38237	Recommend at price
11	39821	Recommend at price
12	42697	Reject
13	43550	Reject
14	43550	Defer
15	43550	Recommend at price
16	56175	Reject
17	57901	Recommend at price
18	63703	Reject
19	71582	Recommend at price
20	75286	Recommend at price
21	85385	Recommend at lower price
22	88865	Reject
23	98323	Reject
24	229064	Recommend at lower price
25	231650	Reject
26	256950	Reject

**\$AU** = Australian dollars. The average interbank exchange rate to US dollars for 1998/1999 was 0.63772 (range 0.68760 to 0.54850).  
**PBAC** = Pharmaceutical Benefits Advisory Committee.

Source: George *et al.* *PharmacoEconomics* 2001; 19(11): 1103-1109.

## **Hovedtypar prioriteringsproblem i praksis – Kvifor er prioritering så vanskeleg?**

**Reidun Førde**

**Legeforeningens forskningsinstitutt, og Senter for medisinsk etikk**

### **Sammendrag**

I staden for ei open og systematisk prioritering blir prioriteringar i dag styrt av løynde aktørar og ut frå løynde verdiar. Prioriteringsarbeidet kolliderer med grunnleggande etiske verdiar blant legane. Legar opplever seg først og fremst som advokat for enkeltpasienten. Her styrer pasienten sine behov og ønskjer, kostnadane blir sekundære. Det er viktig at legar har ein sterk lojalitet til den einskilde pasienten. Derfor må avgjerda om kva som er for kostnadskrevjande intervensjon (når denne er nyttig) gjerast over det kliniske nivået. Men legar må også ta omsyn til samfunnet sin økonomi. Legeprofesjonen har nemleg også skjulte og mindre verneverdige ”verdiar” innbakt i praksis, verdiar som utløyser kostnader som ikkje kan forsvarast i eit prioriteringsperspektiv.



I dette innlegget vil eg peike på nokre årsaker til at arbeidet med ei systematisk og rettferdig prioritering av helsetenestene er kommen så kort både her til lands og i dei fleste land som har arbeidd med dette spørsmålet. Spesielt vil eg prøve å vise korleis økonomiske omsyn kolliderer med grunnleggande etiske verdiar. Eg vil særleg sjå problema gjennom auga til dei som har vore dei viktigste premissleverandørane for helsetenesta, legane og deira profesjonsetikk. For å forstå meir av prioriteringsproblema er det etter mitt syn viktig å gå frå teori inn i den praktiske verkelegheita til aktørane i helsetenesta. At dette er nødvendig, blir klart på bakgrunn av lagnaden til dei to store prioriteringsarbeida, Lønning I og II, begge gode teoretiske arbeid som fekk allmenn tilslutning, men som har fått for få konsekvensar i den praktiske prioriteringskvardagen (1, 2).

Prioritering definerer eg som systematisk og bevisst bruk av samfunnet sine ressursar slik at dei nødvendige helsetenestene blir gitt meir ressursar enn dei mindre nyttige. Nødvendige helsetenester blir definert ut frå alvorsgrad av lidinga og nytten av intervensjonen (1, 2).

Kostnader og kostnadseffektivitet har blitt tillagt stadig større vekt i prioriteringsarbeidet (1, 2). Kostnader kan bli tillagt vekt på to diametralt ulike måtar, anten ut frå for høge eller for lave kostnader. Ekstremt høge kostnader kan vere utslagsgivande for at fellesskapet ikkje vil betale for ein intervensjon. På den andre sida kan det vere at fellesskapet finn at den einskilde brukar kan betale for ein intervensjon fordi den er så billig at det ikkje er urimeleg å legge denne byrda på den einskilde for å spare fellesressursane.

Det at kostnader blir lagt på vektskåla når vanskelege prioriteringsspørsmål skal avgjerast, representerer eit brot med fundamentale ideal om kva som skal styre bruken av helsetenester både mellom folk flest og dei som arbeider med pasientretta arbeid. Prioriteringsarbeidet blir ubehageleg og "dirty business" som gode menneske held seg unna. Derfor er auka fokus og vekt på kostnader ei forklaring på at prioriteringsarbeidet er så vanskeleg. Samstundes er manglande kunnskapar om kostnader og kostnadseffektivitet også ei forklaring på kvifor det samme arbeidet er vanskeleg! Ei samanlikning mellom ulike helsetenester blir umogeleg i prioriteringsarbeidet når vi manglar så sentrale kunnskapar.

### **Løynde prioriteringar**

Prioritering av helsetenester er vanskeleg arbeid som vedgår alle samfunnsborgarar. Derfor bør dette arbeidet gjerast på ein måte som er åpen og kan kritiseras og justeras. Då må også vilkåra for prioritering vere åpne. I vårt land har alvorsgrad, nytte og kostnadseffektivitet vore

vedtekne som sentrale kriterier i prioriteringsarbeidet (2). Nå veit vi at det er ikkje alltid at prioriteringane skjer opent og heller ikkje med grunnlag i kriteria over. Mange prioriteringar skjer i det løynde. I det løynde prioriteringsspelet er det både løynde verdiar og løynde aktørar. Sentrale verdiar i norsk helsevesenet er solidaritet med dei svakaste og likheit og rettferd uavhengig av kjønn, alder, rase, religion og geografi (1, 2). Dette er i teorien. I røynda blir det lagt vekt på alder når gamle får dårlegare helseteneste enn yngre (3) eller når både einskildlegen eller den gamle sjølv meiner at han / ho har levd lenge nok. Også idealet om geografisk likskap er langt på veg berre eit ideal i teorien. I vårt land er det store geografiske skilnader i ulike tilbod, og utkantane får, av mange ulike årsaker, ei anna og ofte dårlegare helseteneste enn sentrale strok i landet.

Andre løynde verdiar som konkurrerer med dei overordna som krev at dei sjukaste får behandling etter behov, er at det i praksis blir gitt høgst prioritet til tilstandar som kan klassifiserast som akutte, framfor dei kronisk sjuke og meir alvorleg sjuke pasientane. Somatiske lidningar får jamt over betre tilbod enn minst like invalidiserande psykiske sjukdommar.<sup>4</sup> Endå eit døme på løynde verdiar som legg føringar på kvar pasienten hamnar i behandlingshierarkiet, er utilfredsstillande helsetenester til pasientgrupper med "sjølvpåførte" og lavstatus sjukdommar som t.d. rusmisbrukarar. Ingen seier høgt at rusmisbrukarar er mindreverdige pasientar fordi dei har påført seg infeksjonar og lidningar gjennom rus. Men hadde andre så unge norske borgarar fått så mangelfulle helsetilbod, hadde det antakeleg blitt sterke reaksjonar.

Dei løynde prioriteringane blir drivne fram av mange aktørar. Pasientane har fått auka makt i norsk helseteneste. Dette er eit gode som må helsast velkommen. Auka makt til pasienten gir antakeleg både ei betre og ei meir human helseteneste. Men sterke pasientar, og særleg sterke pasientorganisasjonar stiller krav, og krav utløyser bruk av ressursar. Ikkje alle slike krav kan rettferdiggjeras i eit prioriteringsperspektiv. I ei undersøking i regi av Legeforeningens forskningsinstitutt frå 2000 oppgir 85 % av alle norske legar at dei ofte eller i blant møter urealistiske forventingar frå pasient og pårørande, og 56 % at dei ofte eller i blant tillegg pasientane sitt ønske større vekt enn sitt eige medisinske skjønn (4). Dette er urovekkande ettersom medisinsk skjønn skal og må stå sentralt i vurderingar av alvorsgrad og nytte av ei behandling. Mange trur at konkurranse om pasientane blir eit gode for norsk helseteneste. Det som det er all grunn til å tru, er at auka konkurranse om pasientane og sterkare vekt på

---

<sup>4</sup> Ei slik prioritering kan i og for seg ofte forsvarast ut frå at effekten / nytten av behandlingar er størst for akutte og somatiske lidningar.

pasientrettar vil gjere det vanskelegare å seie nei til dyr og fagleg dårleg grunngiven intervensjon (5). Då får dette biverknader for arbeidet med prioritering.

Andre viktige og mektige aktørar er legemiddelindustrien og utstyrslleverandørane som driv utviklinga i retning av stadig dyrare medikament og medisinsk utstyr. Desse arbeider aktivt mot medisinske fagmiljø og mot sterke pasientorganisasjonar (6). Saman kan desse aktørane utgjere ei sterk eining i kampen for spesialinteresser. Det skal sterke og velintegreerte politikarar til for å stå mot presset til å innlemme eit bestemt medikament i blåreseptordninga når slik aktørar arbeider sammen (6).

Pressa er også ein aktør i prioriteringsspelet når dei omtalar medikament i positive og ofte urealistiske ordelag eller argumenterer for kvifor ei bestemt pasientgruppe bør få kostbar og kanskje dårleg dokumentert behandling (7). Offer for sjukdom er godt salsstoff for media. Ein allianse mellom industri og media, eller media og pasientforeningar gir makt.

I tillegg er jusen på ulikt vis blitt ein sterk faktor i helsevesenet. Blant anna kan angsten for klagesaker og erstatningssøksmål gjere at klinikarar ikkje alltid torer å følgje sitt eige kliniske skjønn, men overbehandlar og gjer unødvendige undersøkingar av angst for å bli hengt ut eller for å oversjå ei lite sannsynleg, men viktig diagnose (8).

### **Organisatoriske og økonomiske forhold**

Ei anna forklaring på prioriteringsproblem i praksis er mangelen på heilskapstenking i prioriteringsarbeidet. På politisk og administrativt nivå blir vedtak gjort som har store økonomiske og helsepolitiske konsekvensar, utan at det på førehand blir tenkt gjennom om vedtaka er i tråd med vedtekne prinsipp for prioritering. Det er blant anna ei politisk oppgåve å gjere første-ordens prioriteringar (2). I slike vurderingar må kunnskapar om nytten eller verdien av ei teneste og kostnadene stå sentralt. Problemet er som nemnt at vi manglar kunnskapar både om kostnadene og verknadene av ulike politiske vedtak og vi manglar oversikt over nytten av og kostnadane ved dei fleste medisinske intervensjonar. Eit openbert problem er at dei ulike nivåa i helsetenesta, fungerer autonomt. Når eldreomsorg og psykiatri er prioriterte felt på eit nasjonalt nivå slik Lønningutvala la opp til, og dette ikkje blir følgt opp på kommunalt eller helseføretaksnivå, er det eit problem. Kommunal fattigdom tvingar kommunane til å kutte ned på tilbodet til funksjonshemma og psykiatri, stikk i strid med sentrale føringar (9). Vi veit i dag lite om kva slags konsekvensar den nye sjukehusreformen vil ha for prioriteringsarbeidet. Det er grunn til å ta prioriterings spørsmål opp eksplisitt når nå

dei ulike helseføretaka får fungere meir autonomt enn tidlegare. Ikkje minst er det grunn til å spørje korleis dette vil påverke ideala om rettferd, likskap og solidaritet med dei svakaste.

Også organisering av legetenestene og spesialistfordelinga vil ha prioriteringsmessige konsekvensar. Dette er sjeldan eit tema i prioriteringssamanheng. Når eit område får mange privatpraktiserande spesialistar, kan dette vere ein rasjonell måte å drive helsetenesta på ved at spesialistane tek hand om lidningar på eit lavare nivå og derfor kanskje meir effektivt enn i sjukehusa og på poliklinikkane. Men det kan også vere at nokre av desse spesialistane driv allmennpraksis på eit dyrare nivå enn allmennpraktikarane, behandlar for friske pasientar eller faktisk genererer utgifter ved å tilvise for mange pasientar vidare til andrelinjetenesta. Med få unntak manglar vi kunnskapar om nytten og kostnadane ved dette.

Det som skjer i medisinsk praksis i Norge er prega av kva som skjer i medisinen internasjonalt. Den stadig sterkare spesialiseringa av medisinen i stadig fleire greinspesialitetar er også eit eksempel på eit kostnadsdrivande tiltak. Høge faglege krav og interesser driv denne utviklinga framover. Men utviklinga krev meir personell og meir ressursar. Spørsmålet er om denne utviklinga er så nyttig for folkehelsa at det forsvarar dei auka utgiftene. Dette er eit spørsmål som ikkje berre skal svarast på av legar. I dag er det eit problem at mange ikkje stiller desse spørsmåla.

Finansieringsordningane er eit godt døme på korleis tiltak tenkt som eit insentiv til ei meir effektiv utnytting av helsetenesta har hatt prioriteringsmessig uheldige føringar. Store underskot og lange ventelister tvingar dei ansvarlege til å satse på dei intervensjonane som gir best økonomisk utteljing. Når politikarane kjenner seg provosert av at legar tek omsyn til takstar og kva slags pasientgrupper som lønner seg å behandle for at sjukehuset skal fylle både krav til effektivitet og til inntening, er dette eit døme på at politikarane ikkje vil sjå alle verknadene av politiske vedtak, særleg ikkje dei negative (10). Ein trong ikkje vere synsk for å sjå at kronikarane ville tape når stykkpris-finansieringa fekk større plass i helsevesenet.

### **Medisinsk-fagleg tankegang og identitet**

Frå antikken har omsynet til enkeltpasienten stått sterkt i den medisinske profesjonen sin etikk (11). Plikta til å vere advokat for einskildpasienten ligg så å seie i ryggmargen på dei fleste norske legar. Pasienten sine behov og lidning skal styre praksis, og i denne samanhengen blir kostnadene sekundære. Det er all grunn til å slå ring rundt engasjementet for den sjuke og lidande som ei drivkraft i legen sin etikk.

I 1994 kom ein ny paragraf som vektla legane sitt ansvar for bruk av fellesressursane inn i dei etiske reglane for Den norske lægeforening: "En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes. Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel. Ved mangel på ressurser innen sitt ansvarsområde bør legen melde fra." Fordi dette på mange måtar er eit brot med ein lang tradisjon, kjennest det uetisk og framand for svært mange legar å ta omsyn til ressursar. For mange er prioriteringstankegangen ein kynisk og kald form for tenking. Legar føler intuitivt at det er feil å nekte ei behandling som kan ha relativt liten effekt hos ein konkret pasient dersom denne pasienten er hardt ramma og ikkje har andre tilbod. Å krevje at legen skal avslå ei slik behandling fordi ressursane kan brukast til ei behandling med større effekt hos andre pasientar, bryt med sentrale pliktetiske omsyn hos legar. Dersom ein skal krevje at legar i slike situasjonar skal vere ressursforvaltarar utan å kunne følgje sitt faglege og profesjonsetiske skjønn, kan det på sikt ha alvorlege konsekvensar for den profesjonsetiske identiteten til legeprofesjonen. Engasjementet for den lidande og dei svakaste er sjølve bærebjelken i denne etikken og bør vere det for all framtid. Etter mitt syn er det all grunn til å glede seg over legar som i dag protesterer mot å bli pålagt å prioritere lønnsame pasientgrupper når dette går ut over mindre lønnsame, men meir trengande pasientar (12, 13). Samfunnet og pasientane treng å vere sikre på at legar har ein sterk lojalitet til den einskilde pasienten. Dette betyr ikkje at kostnadsvurderingar er irrelevante for legar i klinisk praksis. Tvert i mot. Men det betyr at vurderingar om kva som er for kostnadskrevjande intervensjon må løftast ut frå det kliniske nivået. Dersom det finst eit behov og ei effektiv behandling, og dersom denne behandlinga er svært kostbar, må det ligge på eit nivå over klinikken å eventuelt ta ei avgjerd om at ei slik behandling ikkje kan tilbydast. Dersom behandlinga er effektiv, skal legen tale pasienten si sak. Det er helsepolitikarane som må ta ansvar for at samfunnet ikkje har råd til å tilby ei slik behandling.

Nå er det på tide med ei presisering. At omsynet til pasienten sine interesser skal vere legen sitt første ansvar, betyr ikkje at ikkje også legar skal ta omsyn til samfunnet sin økonomi slik § 12 i dei etiske reglane krev. Her har vi mykje å hente. Mykje tyder på at det er lagt for lite vekt på prioriteringsspørsmål og prioriteringsetikk i grunn- og vidareutdanninga av legar. Legeprofesjonen har nemleg også skjulte og mindre verneverdige "verdiar" innbakt i praksis, til dels verdiar som vi deler med resten av samfunnet. Slike og ofte umedvitne kostnadsdrivande føringar er t.d. trua på at mykje alltid er betre enn lite. Det fører til

overdiagnostikk og overbehandling som i realiteten ikkje gagnar, og kanskje jamvel skadar pasienten (14). Overforskriving av medikament, unødig kirurgisk intervensjon, overbehandling ved livets slutt og ei lite bevisst haldning til laboratorieprøver og røntgendiagnostikk er ressursøydande både med omsyn til pengar og personell (14, 15). Men blant folk flest blir det sagt med respekt og beundring: ”Han gjorde alt han kunne, og litt til”.

Ein annan kostnadskrevjande ”verdi” er kjensla av at nytt er betre enn gammalt. Det gjeld både for ny teknologi og nye medikament. Vi har ei lang historie med at nye intervensjonar blir tekne i bruk før effekt og biverknader er skikkeleg dokumentert (16). Ei slik innstilling er sjølv sagt viktig for å drive utviklinga av faget framover (17). Ei konservativ haldning til nye oppdagingar kan føre til stagnasjon. Faget treng innovatørar som tek sjansar. Men ei slik utvikling er kostnadsdrivande. Her er det ein vanskeleg balansegang mellom unødig ressursøyding på den eine sida og fagleg stagnasjon på den andre. Helseøkonomien krev at klinikarar i større grad enn tidlegare stiller spørsmål om ein marginal forbetring står i forhold til dei auka utgiftene som føl med. Dette gjeld ikkje minst intervensjon som blir tilbydd mange menneske slik som intervensjon på risikofaktorar. Eit døme på dette er nye og dyre blodtrykksmedikament som i vårt land har blitt tekne i bruk lenge før tilleggsnytt i høve til dei gamle har vore skikkeleg dokumentert (18).

I samme gata ligg kjensla av at det er urimeleg at pasientane skal ta til takke med noko anna enn det nest beste, sjølv der tilleggsgevinsten ved det beste er marginal. Antakeleg er det mykje å hente ved å appellere til auka kostnadsmedvit hos norske klinikarar. Arbeidet med gode faglege retningslinjer er viktig for kvalitetssikringa av klinisk arbeid. I slike retningslinjer må også kostnader bli tekne inn. Dette vil kunne vere viktig for arbeidet med å skape større kostnadsmedvit blant legar.

### *Prioriteringsarbeidet truar fagleg identitet*

Deler av tankemåten i prioriteringsarbeidet bryt ikkje berre med grunnleggande verdiar i legeetikken. Den bryt også med fagleg identitet. Mange legar reagerer intuitivt mot retningslinjer som kjem utanfrå (19, 20). Legar er vande til å arbeide ut frå sitt eige individuelle skjønn. Legar veit at ingen pasientar er like og at det kliniske skjønnet er meir nyansert og meir komplisert enn det som kan bakast inn i handlingsprogram og retningslinjer. Intervensjon i klinikken blir gjort ikkje berre ut frå biomedisinske data. Psykososiale karakteristika, enkeltpasientar sine kjensler og geografiske forhold gjer at legar finn god grunn til å følgje sitt eige skjønn framfor grove gjennomsnittsmål på alvorlegheit og effekt. Legar veit at i praksis er alvorlegheitskriteriet individualisert. Det som er alvorleg for ein

pasient, kan vere ein mindre inngripande tilstand for ein annan. Det samme gjeld nytte av ein intervensjon.

Etter at Lønning II kom har det inntil det siste vore liten entusiasme for arbeidet med faggrupper som skal rangere tenestene innanfor eige felt. Denne motstanden har fleire forklaringar. Ein av dei er motstanden mot ytre føringar for klinisk arbeid. Ein annan er ei manglande tru på at dette er nyttig arbeid. Mange legar føler at dei prioriterer kvar dag, og gjer dette bra nok. Eit meir samordna og systematisk prioriteringsarbeid stel tid frå nyttigare sysler i klinikken. Ei anna årsak til at faggruppearbeidet har blitt møtt med liten entusiasme av legane sjølve, er at dette vil kunne føre til at spesialistar innanfor samme felt vil kunne komme i konflikt med kvarandre. Dette gjeld særleg store spesialitetar som t.d. kirurgi og gynekologi / obstetikk. I slike store spesialitetar kan legar komme til å oppleve at deira spesialfelt, nyttige og ønska helsetilbod som t.d. sterilisering og behandling av barnløyse, kan bli nedprioritert til fordel for meir alvorlege lidningar som nedfall av livmor og ufrivillig vannlating.

Her kan legar som helst vil slost for eigne pasientgrupper og eigne fagområde, gjennom prioriteringsarbeidet finne at dei må vere med på at nyttige og ønska helsetilbod som sterilisering og behandling av barnløyse blir nedprioritert til fordel for eldre kvinner med nedfall av livmor og ufrivillig vannlating.

#### *Den pedagogiske og psykologiske forklaringa*

Etter mitt syn er det psykologiske og pedagogiske problemet det største. Det er eit problem som rammar politikarar og befolkninga særleg hardt. Til gjengjeld er dette eit problem som er overkommeleg.

Det store problemet med prioritering er enkelt sagt at det er så vanskeleg å snakke om det som skal prioriterast ned til fordel for det som skal prioriterast opp. Alle ønskjer å snakke om det siste. Det er ubehageleg og til og med politisk risikabelt å snakke om det første. Men det er det prioritering handlar om!

Alle har vi sett korleis kjensler blir sett i sving når enten einskildpasientar eller grupper av alvorleg sjuke pasientar ikkje får eit tilbod som dei vil ha, eller når vi må betale for ei teneste som er etterspurt og nyttig. Udokumentert behandling i utlandet for svært alvorlege lidningar, som kreft og hjarteskjukdom, er døme på det første, eigenbetaling ved mammografiscreening og kunstig befrukting er døme på det siste. Reaksjonane på eigenbetaling av mammografi er interessant fordi det viser korleis vanetenking styrer oss også med omsyn til kva det er urimeleg og rimeleg å legge på privatpersonar av byrder for å sikre

helse og funksjon. Då Det nasjonale rådet for prioritering av helsetenester gjorde framlegg om eigenbetaling av mammografi, ein sum på maksimalt 500 kroner annankvart år lagt på friske relativt unge kvinner, (50-69 år) sette dette i stand sterke kjensler. På den andre sidan betalar mange av oss tusenvis av kroner kvart år på briller og liknande utstyr eller på tannlege. Alvorleg nærsyn er sterkt hemmande for funksjon og dårleg tannstatus er ein klar trussel mot helsa.

Trass i at Ola og Kari Normann er godt vande og protesterer mot endringar som truar levestandarden, har eg tru på at på sikt vil folk forstå at det er nødvendig å prioritere og at dette i solidaritetens namn kan få konsekvensar for dei friskaste og rikaste av oss. Men då treng vi modige og heilskapstenkande politikarar, og vi er heilt avhengig av drahjelp frå media. Legar og pasientar har saman med resten av samfunnet sterke interesser av at dette arbeidet lukkast (21).

## Litteratur

1. NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioritering innen norske helsetjeneste. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
2. NOU 1997: 18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norske helsetjeneste. Oslo: Sosial-og helsedepartementet, 1997.
3. Når du blir gammel og ingen vil ha deg.... Oslo: Den norske lægeforening, 2002.
4. Pål Gulbrandsen, Reidun Førde, Olaf G Aasland.  
Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Lægeforen, 2002; 122: 1874 – 9.
5. Kornberg K. Mektigere pasienter- mer ydmyke leger. Dagsavisen 30. okt 2002
6. Alver V. Lar oss styre av legemiddelindustrien. Dagbladet 20.sept 2002.
7. Høye S, Hjortdahl P. "Ny vidunderpille!" - hva skriver norske aviser om nye legemidler. Tidsskr Nor Lægeforen 2002, 122:1671-6.
8. Kristiansen IS, Førde OH, Aasland O, Hotvedt R, Johnsen R, Førde R. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. Lancet 2002; 357: 1258-61.
9. Solheim HC. Hjerteskjærende og rått. Nettavisa 18.9 2002
10. Aftenposten 1.november 2002



11. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
12. Johansen D. "Fristilte" sykehus- markedsetikk fremfor profesjons- og samfunnsetikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2000, 120: 1569-72.
13. Rasmussen K. Det umulige valget. Dagbladet (kronikk) 26. Juli 2000.
14. Fisher E, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. JAMA 1999; 281: 446-53.
15. Light DW. The real ethics of rationing. BMJ 1997; 315: 112-5.
16. Aanestad M, Fosse E. Utvikling og evaluering av ny teknologi i helsevesenet. Tidsskr for helse medisin teknikk 2000; 1: 15-5.
17. Hofmann B. Innføring av ny teknologi i helsevesenet. Tidsskr for helse medisin teknikk 2000; 3: 32-6.
18. Hafstad A, Espedal JT. Billig blodtrykksmedisin er bedre enn den dyre. Aftenposten 21. desember 2002.
19. Lian OS, Kristiansen OS. Ventetidsgarantien mellom medisin og byråkrati. tidsskr Nor Lægeforen 1998; 3921; 118: 3921-6.
20. Rappolt SG. Clinical guidelines and the fate of medical autonomy in Ontario. Soc Sci Med 1997; 44: 977-87.
21. Balint J, Shelton W. Regaining the initiative. Forging a new model of the patient-physician relationship. JAMA, 1996; 275: 887-91.

# **Bør prioritering av helsetiltak baseres på plikt-etikk eller nytte-etikk? \***

**Andreas Føllesdal**

**Filosofisk institutt, Universitetet i Oslo**

## **1.1 Innledning – om prioriteringshensyn, verdier og etikk**

### **1.1.1- mer helse for hver krone**

### **1.1.2- behandlingens forventede effekt**

### **1.1.3- den mest kostnadseffektive behandling**

### **1.1.4- sykdommens alvorlighet**

er hensyn og normer som stadig nevnes i diskusjoner om helsemyndighetenes prioritering mellom pasientgrupper og behandlingstilbud.

Iblant fremstilles konfliktlinjene i prioriteringsdebatter som at det står mellom hensyn som kostnadseffektiv behandling og vektlegging av å få 'mer helse for hver krone' på den ene side og 'verdier' eller 'etikk' på den andre side. Men uenighetene gjelder ikke om etikk og verdier må erstatte dagens hensyn og normer, eller at effektivitetshensyn må erstattes med rettferdighetsbetraktninger i helsesektoren. Tvert imot: uenigheten gjelder hvilke normer som bør legges til grunn, ut fra hvilket verdivalg, rettferdighetsforståelse og normativt grunnsyn man velger.

---

\* Foredragsmanuskript på konferanse 12.11.2002 om "Verdien av liv og helse – hvor mye bør samfunnet være villig til å betale for helseforbedringer?", i regi av HERO, Sosial- og helsedirektoratet, og SMM. Jeg er takknemlig for kommentarer fra Reidun Førde og Erik Nord. Forbehold om feil i referanseapparatet

Vår sosiale anstendighet og egen samvittighet krever en systematisk, og forsvarlig, sammenheng mellom praksis og prinsipper. Vår felles utfordring er å gjøre dagens praksis og verdier mer konsistent og mer forsvarlig mot innvendinger – simpelthen en fordelings *etikk*, forstått som praksisens teori. Resultatet bør være noe større klarhet i hvilke hensyn som bør tas, og hvilket anvendelsesområde og hvilken vekt de ulike tommelfingerreglene skal ha.

Temaet her er et av mange punkter i denne oppgaven, nemlig hvilket normative grunnsyn – nytte-etikk eller plikt-etikk – som best uttrykker våre reflekterte og reviderte oppfatninger om de harde prioriteringene i helsesektoren.

## **1.2 Premiss: Prioritering mellom virksomme behandlinger er nødvendig**

Jeg skal særlig drøfte dilemmaer knyttet til dimensjonering av behandlingstilbud – det som ofte kalles 1. ordensprioritering, i motsetning til de kliniske beslutninger om hvem som skal få disse godene - 2. ordensprioriteringer foretatt av klinikere i lys av faglige standarder etc (<sup>16</sup>, 3.2.5)<sup>5</sup>. Slike prinsipper for 2. ordensprioriteringer er et annet viktig tema som fortjener oppmerksomhet – men ved en annen anledning.

Jeg tar også for gitt at de virksomme behandlingsmulighetene uttømmer ethvert realistisk helsebudsjett, selv når uvirksomme behandlinger unngås, og unødvendige utgifter unngås gjennom kostnadsminimeringsanalyser.

Det vil si at prioriteringsbeslutninger i helsevesenet innebærer at noen pasienter utsettes for dårligere helse eller tidligere død enn om beslutningene hadde vært annerledes; og at helsepersonell må leve med slike begrensninger for sin profesjonsetikk. Mye står altså på spill. Nettopp derfor er det svært viktig at beslutningene er reflekterte og lar seg forsvare overfor alle berørte parter, slik at vi sikrer oss et helsevesen vi kan vedstå oss.

## **1.3 Disposisjon:**

Jeg skal drøfte skillet mellom nytte-etikk og plikt-etikk med to eksempler: Bruk av kvalitetsjusterte leveår - QALY - og maksimering av slike kvalitetsjusterte leveår er en utbredt – og omstridt – variant av nytte-etikk. Dette er en kostnad-nytte analyse med QALY heller enn kroner som enhet. Jeg vil så drøfte 'Kostnad-verdi analyse', utformet av Erik Nord

---

<sup>5</sup> For den norske debatten, se bl.a. <sup>15</sup>; <sup>16</sup> og reaksjoner, inkludert – blant mange andre - <sup>5</sup>; <sup>4</sup>.

og andre, som et interessant – og omstridt – alternativ. Jeg vil peke på noen grunner for å fortrekke et 'plik-etisk' grunnsyn, og vise hvordan de to eksemplene illustrerer dette, enten ved å bruke QALY men senke ambisjonsnivået til at QALY-analyser bare blir en del av beslutningsgrunnlaget, eller ved å utvikle en Kostnad-verdi analyse.

Mine refleksjoner vil blant annet vise tre ting:

- hvordan prioriteringer er gjennomsyret av verdivalg,
- hvordan en mer forsvarlig praksis kan begrunnes,
- hvilke viktige, men ulike, roller helseøkonomiske bidrag i form av kostnadseffektivitets analyser har innenfor begge disse etiske grunnsynene.

## **1.4 Nytte-etikk og plikt-etikk**

### **1.4.1 Nytte-etikk: Nyttmaksimering.**

Nytte-etikken, forstått som en teleologisk teori<sup>6</sup>, hevder at vi bør sikre så stor total netto nytte som mulig, summert over alle berørte individer.

En slik teori har to trinn: Først avklarer vi hva som har samfunnsverdi eller nytte – i vårt tilfelle: helsegevinst. Deretter definerer vi rettferdig samfunnspraksis som å maksimere dette samfunnsgodet. Rettferdighetsbegrepet er altså avledet av nyttebegrepet (<sup>18</sup>, 30).

### **1.4.2 Plikt-etikk**

Plikt-etikk finnes også i mange varianter. Sentralt i vår sammenheng er at et plikt-etisk perspektiv avviser ett av de to trinnene i nytte-etikken. Enten hevder man at vi ikke kan avklare hva som har samfunnsverdi uavhengig av rettferdighetsbetraktninger – for eksempel at 'helsegevinst' må reflektere rettferdighetshensyn. Eller at rettferdighet ikke bare krever at vi maksimerer dette samfunnsgodet, men at vi også plikter å ta andre hensyn.

## **1.5 QALY-basert kostnad-nytte analyse**

Innenfor helseprioriteringsdebatten er QALY-baserte kostnad-nytte analyser et godt eksempel på nytte-etisk grunnsyn hvor vi skal oppnå mest av hva det nå enn er vi mener har verdi.

---

<sup>6</sup> Jeg anvender John Rawls' definisjoner av teleologiske og deontologiske teorier for å skille mellom nytte-etiske og plikt-etiske teorier (Rawls 1971).

For å prioritere mellom svært ulike helsetiltak kan en nytte-etisk tilnærming fokusere på hvor mye helse de skaper, og prioritere de som gir oss størst mulig helsegevinst for hver krone.

Hvordan måler vi så best helseforbedring – det vil si det gode som skal maksimeres?

'Kvalitetsjusterte leveår vunnet', QALY, gir ett svar på hva som har nytte eller verdi når det gjelder helsebehandling<sup>7</sup>. En QALY er forbedringen fra sikker død til fullstendig frisk, i ett år. Men for prioriterings spørsmål må vi ha et mer finkornet mål på helsenivå. Med utgangspunkt i en skala fra 0 - død, til 1.0 - helt frisk kan vi plassere forbedringer av ulike lidelser på en desimalskala, for eksempel ut fra pasientens egen vurdering av livskvalitet med tanke på behandlingsmuligheter: "anta at du vil leve 40 år med denne lidelsen før du dør. Hvor mye kortere liv ville du være parat til å finne deg i, om du slapp denne lidelsen?" (Time Trade-off)<sup>8</sup>. Denne helseforbedringen blir så multiplisert med antall år den enkelte har bedre helse og gir et QALY mål.

QALY er altså kun et mål på helseaspektet, ikke velvære generelt. Vanligvis er det også bare pasientens egen helse, ikke pårørendes, som tas inn i QALY<sup>9</sup>. Som eksempel, anta at samme beløp kan brukes til fire hofteoperasjoner med oppfølging, eller til 6 pacemakeroperasjoner med oppfølging<sup>10</sup>.

---

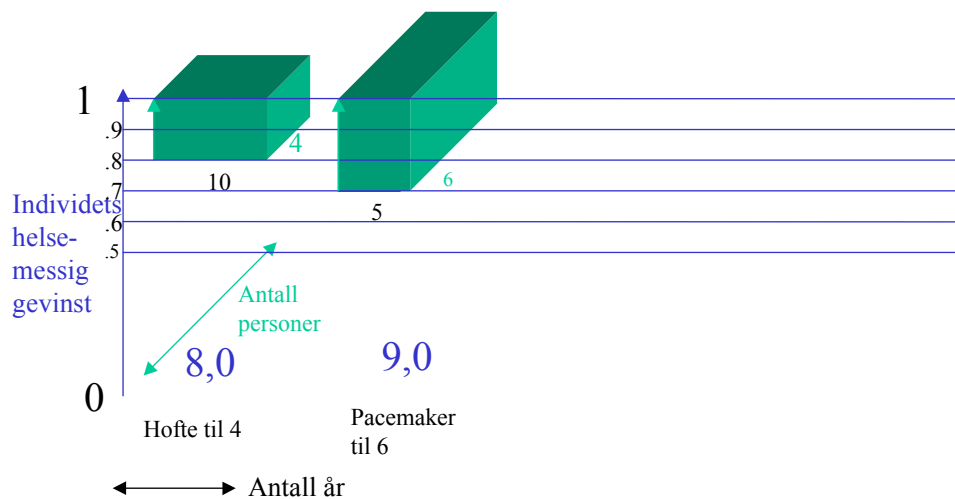
<sup>7</sup> For en oversikt se for eksempel <sup>3</sup>, særlig 139-143.

<sup>8</sup> Andre fremgangsmåter undersøker hvilken risiko for død man ville være villig til å ta (Standard Gamble), eller egenrapportering om % av livskvalitet som fullstendig frisk, visuelt fremstilt (Visual Analog Scale – gir bare ordinalmål).

<sup>9</sup> Disability Adjusted Life Years, DALY, som WHO bruker, gir tilsynelatende høyere poeng til år i produktiv alder enn for barn og eldre, muligens for å reflektere betydningen av en frisk arbeidstaker for å sikre barns og eldres helse (<sup>1</sup>, refererer til <sup>8</sup>).

<sup>10</sup> Beregnet ut fra anslått kostnader inkl. oppfølging i respektive antall år, i 1990-verdien av GBP: Hofteoperasjon 2360; Pacemaker 1700; Dialyse 13800.

# Kostnad-nytte analyse med QALY



Ny hofte øker livskvaliteten fra 0,8 til 1,00, typisk i 10 år. Ressursene gir  $2,0 \text{ QALY} * 4 = 8,0 \text{ QALY}$

Pacemaker øker livskvaliteten fra 0,7 til 1,0, typisk i 5 år. Ressursene gir  $1,5 \text{ QALY} * 6 = 9,0 \text{ QALY}$

Pacemaker-operasjonene bør derfor prioriteres, for målt i QALY er pacemakeroperasjonene mer helsefremmende enn hofteoperasjonene, til samme pris.

## 1.6 Fordeler

En nytte-etikk med QALY som uttrykk for helsegevinsten har flere fordeler.

### 1.6.1 QALY gir rangering av behandlingsformer etter hva som gir mest helse for hver krone

ved å gjøre det mulig å sammenligne kostnadene per kvalitetsjustert leveår hvert behandlingstilbud har.

### 1.6.2 Fanger opp viktige faktorer:

- Behandlingens nytteverdi i form av helseforbedring
- Antall leveår
- Antall pasienter

Merk at målene på helsemessig livskvalitet som inngår i QALY ikke er verdien av et menneskes liv, men et mål for helsetiltakets virkning. Dette blir lett misforstått: det er ikke uttrykk for verdien av et liv, men er kun ment å fange opp forbedringen som helsetiltaket oppnår. Det er ikke et spørsmål om 'livskvalitet' utover dette, men et mål på hvilke interesser man har krav på å få tillagt vekt når institusjoner skal vurderes og utformes.

Tvert imot kan man hevde at nytte-etikk basert på QALY respekterer likeverd ved at

- Alle berørte pasienter teller.
- Alles forbedring i helsemessige livskvalitet teller likt, uansett geografiske, sosiale, etniske, eller aldersmessige forskjeller. Heller ikke forsørgerbyrde eller økonomisk 'produktivitet' teller.
- personens/pasientgruppens egen vurdering av livssituasjonen er sentral.

### 1.7 Ulemper

Denne måten å måle 'helsegevinst' på har en rekke konsekvenser som mange kvier seg ved.<sup>11</sup>

Flere pasientgrupper prioriteres bort, inkludert

- livsnødvendig, dyr behandling
- de som ikke kan bli helt friske
- de svakest stilte

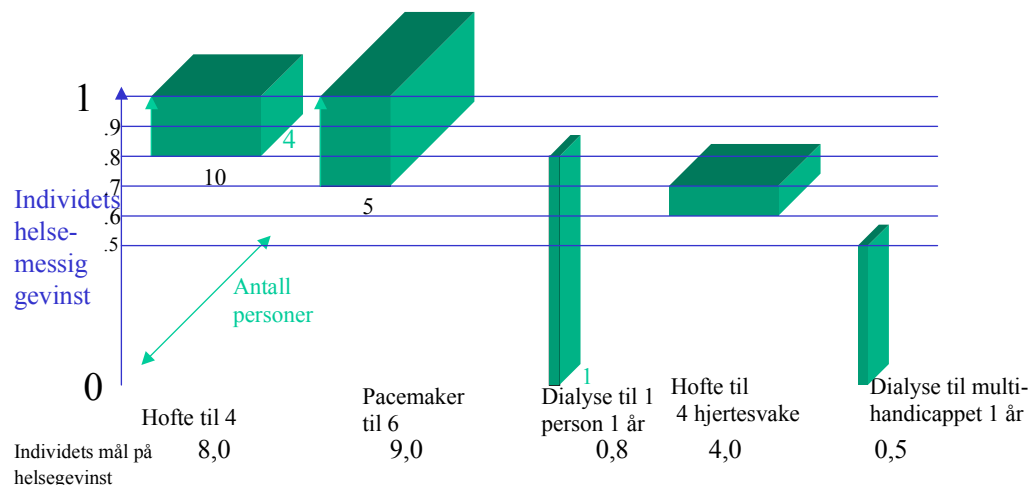
Vi kan illustrere det på samme skala som før:

---

<sup>11</sup> Blant de mange innvendinger jeg ikke tar opp, kan nevnes vansker knyttet til

- avveining mellom antall liv;
- tallfestingen av omsorg – for eksempel å ha en hånd å holde i mens man dør;
- måleproblemer ved egenvurdering av helsetilstandens verdi - For eksempel kan kronisk syke overvurdere verdien av *status presens* p.g.a. tilpasning (<sup>1</sup>; som refererer til <sup>9</sup>).

## Kostnad-nytte analyse med QALY



Livsnødvendig, men dyr behandling kan prioriteres for langt ned. Dialyse illustrerer dette: For samme beløp som kan brukes til 4 hofteoperasjoner eller 6 pacemakere kan én dødssyk pasient motta dialyse i ett år. Livskvaliteten blir ikke topp – 0,8 – men altså adskillig bedre enn alternativet: umiddelbar død. Denne behandlingen gir en QALY på bare 0,8, og kommer langt ned på prioriteringslisten.

De som har mindre helbredelsespotensiale prioriteres også ned. Dersom hjertesyke med hoftebesvær skal få nye hofter vil det koste like mye som til andre. Men antar vi at helsegevinsten for dem er mindre på grunn av dårligere allmentilstand – bare 0,1 – blir den totale QALY-forbedringen bare 4,0. I valget mellom friske og hjertesyke bør derfor friske prioriteres med nye hofter.

Kronisk syke prioriteres ned til og med for behandling av livstruende sykdom. Om vi ser på dialyse til multihandicappede vil forbedringen bare bli opp til 0,5, på grunn av funksjonshemmingene. Derfor blir QALY bare 0,5 istedenfor 0,8 – og den multihandicappede havner nederst i prioriteringen.



## 1.8 Tre forsvar for kostnadsanalyser

La meg kort skissere tre strategier på vegne av helseøkonomien.

**1** Opplevelser av urett i slike situasjoner kan avvises som irrasjonell, fordi det rettfærdige opplagt er å maksimere helsegevinst per krone. Men dette standpunktet krever belegg for at ingen alternativer finnes. Vi kan ikke anta at alle andre tilnæringsmåter til prioriteringsproblemet er håpløst synsete og umulige å operasjonalisere.

Selv om summering av individers helsenytte med QALY er en ryddig måte å vurdere samfunnsprioriteringer, kan det altså finnes andre ryddige måter som ikke har slike konsekvenser.

**2** Senk ambisjonsnivået for kostnad-nytte analyser med QALY, slik at de ikke er siste ord, men ett viktig moment. Kostnad-nytte analysen kan reduseres til å bare være ett moment i beslutningen, supplert av rettfærdighetshensyn så som

- prioritet til akutt livstruende behandling
- prioritet til særlig svakstilte
- alvorlighetsgrad

**3** Ta inn fordelingsprinsipper i analysens nytteenhet

Vi kan legge inn oppfatninger om rettfærdig fordeling i helsegodet som skal maksimeres, og dermed gjøre resultatet mer i samsvar med våre oppfatninger. Et eksempel er det som kalles "Kostnad-verdi analyse" (Cost-value analysis, <sup>13</sup>).

Kostnad-verdi analysen bygger på en annen enhet og formel for å måle helsegevinst enn QALY. 'Samfunnsverdien' eller den 'sosiale' verdien av helsegevinsten er ikke bare summen av vurderinger av egen helsetilstand før og etter helsetjenestetilbudet, men gjenspeiler også folks vurderinger om en rettfærdig fordeling mellom personer (Person-trade-off). For eksempel rapporterer Nord og andre forskere – og noen filosofer forsvaret dette (<sup>10, 11, 12, 14, 6</sup>):

- Mange mener vi har en plikt til livreddende behandling utover det QALY skulle tilsi
- Mange mener at forbedringspotensialet ikke bør være utslagsgivende for prioriteringer om livredding.

- Mange legger vekt på alvorlighetsgrad før behandling: vi har en særlig plikt til å forbedre situasjonen for de sykeste.

Vi kan for eksempel spørre: I vurderingen av program A som redder 10 liv, opp mot program B som helbreder kroniske lidelse x, hvor mange personer må program B helbrede for at det programmet er like verdifullt?

Dette er altså ikke spørsmålet om verdien av livskvalitet for person i A og/eller B, eller hva slags trade-off med hensyn til egen fremtidig livslengde de vil gjøre for å slippe sin egen helselidelse.

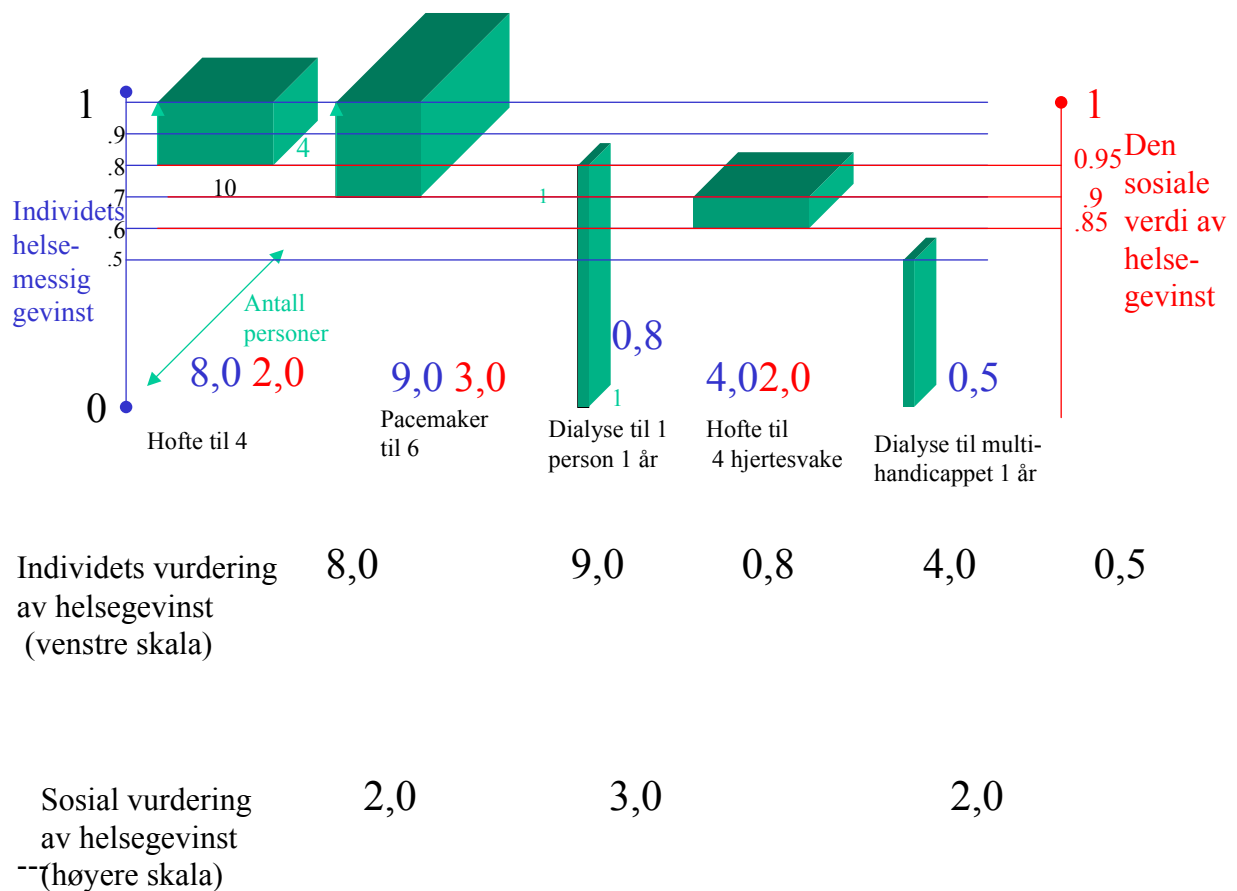
Nord og andre har utviklet en indeks for for samfunnsverdien av helsegevinst som fanger opp slike vurderinger. Skalaen gjenspeiler vår vekting av alvorlighetsgrad og realisering av mulighetsrom. Det vil si at vi gir minkende marginal sosialverdi for individers helseforbedring jo friskere pasienten er i utgangspunktet; og ved å la økt antall leveår telle likt uansett individets helsenivå (innen noen grenser).<sup>12</sup> Skalaen lar med andre ord forbedringer i individets helsegevinst telle mye mindre jo friskere personen er i utgangspunktet, slik at forbedringer for de med dårlig helse gir større utslag på skalaen. Forbedringer i allerede god helsemessig livskvalitet får altså mye mindre sosial verdi enn forbedringer for de som har dårlig helse i utgangspunktet - selv om individene anser forbedringene som like store helsegevinster.

Livreddende innsats teller nesten like mye uansett endelig helsetilstand.

---

<sup>12</sup> Disse tallene for sosial verdi forenkler resonneret og modellen i <sup>14</sup>.

# Kostnad-verdi analyse med Sosialverdi-indeks



Vi ser her at de hjertesvake stilles likt med ellers friske når det gjelder fordeling av hofteoperasjoner – selv om helsegevinsten for den enkelte er mindre.

Denne kostnad-verdi tilnærmingen er relativt ny, og jeg har bare gitt en kort skisse som ikke lar teorien – og dens problemer - komme til sin rett. Men den er et eksempel på en strategi som gjør bruk av helseøkonomiske beregninger uten å bygge direkte på QALY. Like fullt klarer den å operasjonalisere noen av verdiene i prioriteringsdilemmaene.

Hva skal vi så synes om nytteetikken dersom ambisjonsnivået senkes, eller dersom vi går til en kostnad-verdi analyse?

Jeg vil hevde at begge disse tilnærmingene innebærer en farvel til nytte-etikken, og kan forstås som ulike plikt-etikker.

### **1.9 Farvel til nytte-etikken...**

Husk at nytte-etikk ble definert ved to hovedtrekk:

**1** Avklar hva som har samfunnsverdi – i vårt tilfelle helsegevinst

**2** Rettferdig samfunnspraksis er å maksimere denne verdien

La oss nå se på de to forsvarene for helseøkonomiske kostnadsanalyser:

Senkes ambisjonsnivået er det ikke lenger nytte-etikk, fordi rettferdig praksis defineres som noe mer enn å maksimere samlet helsegode. Andre verdier tas inn i tillegg til helsegevinstmaksimering. Dette strider med punkt 2.

Viktige spørsmål melder seg, selvfølgelig: hvilke verdier skal tas hensyn til, og hvordan skal man løse konflikter mellom dem?

Ved kostnad-verdi analyse tas fordelingshensyn inn i definisjonen av helsegodet. Rettferdig fordeling defineres som maksimeringen av et helsegode som delvis defineres av rettferdighetshensyn. Da er det ikke lenger nytte-etikk men en sirkeldefinisjon av rettferdighet, i strid med punkt 1.

Igjen: viktige spørsmål forblir ubesvart: hvilke verdier skal tas inn i den sosiale verdien av helsegevinst? Og, det gjenstår å se om måten å løse prioriteringskonfliktene på er å bruke en felles indeks, eller om andre prioriteringsregler er like egnet.

## **1.10 Utfordringer og konklusjoner:**

### **1.10.1- Kostnadsanalyser er gjennomsyret av verdivalg som må drøftes i utformingen av kostnadsanalysene**

Argumenter om fordelingsrettferdighet har aldri forlatt feltet, men til tider bare blitt mindre synlige.

- Det er mulig å reflektere og argumentere systematisk om verdier og verdikonflikter og prioriteringskonflikter.

### **1.10.2- Problemene med QALY-basert nytte-etikk kan unngås uten å avvise verdien av helseøkonomiske analyser**

### **1.10.3- Noen mer tilfredsstillende kostnadsanalyser er varianter av plikt-etikk heller enn nytte-etikk**

### **1.10.4 Viktige spørsmål gjenstår: Hvilke preferanser om fordeling bør telle i prioriteringss spørsmål, hvem sine, og hvordan?**

### **1.10.5 Det er uenighet om prioriteringskriterier, parti-ideologiske og andre skiller**

Det er ikke slik at alle er enige om hvordan livstruende sykdom bør prioriteres. Man finner variasjon i vurderinger mht nytte-etisk og ulike plikt-etiske vurderinger, dels i forhold til politisk tilhørighet (<sup>10</sup>, se <sup>17</sup>?) .

### **1.10.6 Viktig å stille riktig spørsmål:**

### **1.10.7- Om felles ressursprioritering, ikke livskvalitet**

I stedet for å spørre spørsmålene typisk for QALY bør man kanskje heller spørre befolkningen slike spørsmål:

”Du sitter i styret for en helseforsikringsordning der du selv er medlem, og må velge mellom å utvide tilbudet med livforbedrende x eller livreddende y. Du er like utsatt som gjennomsnittsledermedlemmet for å utvikle hver lidelse. Gitt egen interesse, og kollektivt for medlemsskapet, hvor mange må nyte godt av x for at du heller vil velge x enn y?” – men formuleringene er omstridt, se for eksempel modeller diskutert i <sup>19</sup>.

### **1.10.8- Fare for 'framing'**

Uten trening i å analysere slike valg blir vi lett ofre for ureflekterte standpunkter. For eksempel viser psykologisk forskning at vi verdsetter tiltak ulikt avhengig av om man blir fortalt at utfallet er at 60 % av pasientene overlever, eller at 40% av pasientene dør <sup>(20)</sup> .

### **1.10.9Hvem bør reflektere? Prosessen bør være åpen**

Noen vil hevde at slike refleksjoner er det som Verdikommisjonen burde ha drevet med; andre vil være glad over at Verdikommisjonen ikke gikk inn i disse kompliserte spørsmålene. Jeg vil forslå at drøftingene – om ikke beslutningene - bør trekke inn

- helseøkonomisk analyse
- intervjuer og deltakelse av faktiske pasienter

Det er viktig å trekke faktiske pasienter inn, for å forhindre at verdien av levd liv med dårlig helse settes for lavt. Dette er også viktig for å sikre ulike former for legitimitet i befolkningen generelt og blant pasientgrupper spesielt.

- Intervjuer og deltakelse av friske borgere

Pasienters preferanser og vurdering av livskvalitet er viktig, men er ikke siste ord. Den sosiale verdien av helsesatsingen kan selvfølgelig trekke inn berørte pasienters nyttevurdering, og forholdet mellom samfunnsnytteverdi og individuell helsenytt blir sentralt. Men den relative verdi av ulike helsetiltak er viktig, og der kan både ulike pasientgrupper og dagens friske ha bias. I vurderingene av den sosiale verdien kan dagens friske også ha viktige bidrag, ikke minst fordi de kan gi noen argumenter for prioriteringsvalg bak et delvis 'slør av uvitenhet' om hvilke behandlingstilbud de selv vil ha behov for i fremtiden<sup>13</sup>.

- ekspertise som kan hindre at man overser alternativer, verdier, og konsekvenser.
- Slik ekspertise må selvfølgelig omfatte helsepersonell.

Det er et skrikende behov for klare svar i helsevesenets prioriteringsspmå. Mangelen på en metode for å finne gode svar er påtrengende. Men det bør ikke få oss til å omfavne en metode, så som en ensidig QALY-basert nytte-etikk, som gir svar. Det er ikke opplagt at denne tilnærmingen gir riktige svar, og heller ikke at det er den eneste metoden. Husk mannen som hadde mistet husnøkkelen i buskene, men gikk og lette under gatelyset fordi der var det så

godt lys. For oss er oppgaven å finne en forsvarlig fordelingsnøkkel for knappe helseressurser. Spørsmålet er om det ikke finnes andre gatelykter enn QALY, og andre nøkler enn rene kostnad-nytte analyser som kun baserer seg på QALY, for å gi oss det vi vil: velbegrunnede prinsipper for fordeling av helsevesenets ressurser, som vi kan forsvare overfor alle berørte parter.

Denne oppgaven er for viktig til å overlates politikerne, helseprofesjonene, helseøkonomene, pasientene, eller filosofene – alene. Men den er også for vanskelig til at vi kan klare oss uten disse og andre grupper.

## Referanser

1. Brock DW. Ethical issues in the use of cost effectiveness analysis for the prioritization of health care resources. 2000.
2. Daniels N, Sabin J. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs*. 1997;26:303-350.
3. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW; *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press; 1997.
4. Hansson LFeal. Prioriteringer i helsevesenet i Oregon - hva kan vi lære? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 1991;111:3416-3419.
5. Iversen et al. Der prioriteringsutvalget stanset. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 1988;108:2175-2178.
6. Kamm FM; *Morality, Mortality: Death and Who to Save From It*. Oxford: Oxford University Press; 1993;1.
7. Menzel P. How should what economists call 'social values' be measured? *Journal of Ethics*. 1999;3.
8. Murray CJM; Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. Murray CJM, Lopez AD. *Global Comparative Assessments in the Health Sector: Disease Burden, Expenditures and Intervention Packages*. Geneva: World Health Organization; 1994.

---

<sup>13</sup> Se <sup>7</sup>, <sup>2</sup>, <sup>1</sup> for noen muligheter.

9. Murray CJM; Rethinking DALYs. *The Global Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization; 1996.
10. Nord E. Helsepolitikere ønsker ikke mest mulig helse per krone. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 1993;113:1171-73.
11. Nord E. The relevance of health state after treatment in prioritising between different patients. *Journal of Medical Ethics*. 1993;19:37-42.
12. Nord E. Health status index models for use in resource allocation decisions. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1996;12:31-44.
13. Nord E; *Cost-Value Analysis in Health Care: Making Sense Out of QALYs*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
14. Nord E, Pinto JL, Richardson J, Menzel P, Ubel P. Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programs. *Health Economics*. 1999;8:25-39.
15. NOU 1987: 23 *Retningslinjer for Prioriteringer Innen Norsk Helsetjeneste - "Lønningutvalget"*. Oslo: Universitetsforlaget; 1987.
16. NOU 1997: 18. *Prioritering På Ny: Gjennomgang Av Retningslinjer for Prioriteringer Innen Norsk Helsetjeneste - "Lønningutvalget II"*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1997.
17. Powers M, Faden RR. Inequalities in health, inequalities in health care: Four generations of discussion about justic and cost-effectiveness analysis. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2000;10.
18. Rawls J; *A Theory of Justice*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1971.
19. Richardson J, Nord E. The importance of perspective in the measurement of quality-adjusted life years. *Medical Decision Making*. 1997;17:33-41.
20. Tversky A, Kahneman D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*. 1981;211:453-458.



## Hvor mye bør samfunnet være villige til å betale for helseforbedringer? \*

**Ivar Sønbo Kristiansen,**

Senter for medisinsk metodevurdering

### Sammendrag

Behovet for og ønsket om tilgang til helsetjenester overstiger langt tilgjengelige ressurser. Derfor vil, uavhengig av samfunnets øvrige mål, økonomisk effektivitet definert som mest mulig helse for pengene være et mål i seg selv. Økonomisk evaluering hvor kostnadene knyttet til et tiltak sees i forhold til dets effekt eller nytte vil være et viktig hjelpemiddel for å styre prioriteringer i retning av en effektiv utnyttelse av ressurser. Dersom økonomisk evaluering skal få noen praktiske konsekvenser, krever det at beslutningstager nedprioriterer tiltak fordi kostnadene er for høye i forhold til effekten. Slik nedprioritering betyr at det finnes en grense for kostnadseffektivitet. Dette kan gjøre det aktuelt å fastsette en pragmatisk grense for hva samfunnet skal være villig til å betale for en bestemt helseforbedring. Fordelen med å sette en grense for hva samfunnet skal være villig til å betale for til eksempel et (godt) leveår er at det kan medvirke til at man nedprioriterer tiltak med små gevinster der alternativkostnaden er høy. Et åpenbart problem er imidlertid at det ikke kan settes en normativ grense med god teoretisk eller empirisk begrunnelse. I mangel av en trygt forankret grense, vil noen argumentere for at man ikke bør sette noen grense. En veiledende grense kan imidlertid motvirke grove feilprioriteringer. Spørsmålet er hvordan grensen skal fastsettes. Flere ulike prinsipper kan legges til grunn. Verdensbanken har foreslått en begrensning basert på BNP per innbygger, og dette har flere tiltalende trekk. For det første vil det gi en grense tilpasset det enkelte land økonomi, og for det andre grensen kunne endres i takt med den økonomiske utvikling.

\* Ivar Sønbo Kristiansen har mottatt konsulentonorar fra produsentene av alendronat, calcium/D-vitamin og betainterferon.

For Norge er BNP per innbygger per år ca 320.000 kroner. Dersom man antar en viss økning i BNP og dessuten noe inflasjon, kunne 350.000 kroner være en rimelig grense for hva samfunnet som utgangspunkt bør villig til å betale et leveår i god helse. Dette vil passe rimelig godt med \$50.000 som ofte nevnes som en grense i USA og £30.000 som har vært nevnt i England. Når samfunnet vurderer om tiltak skal finansieres over offentlige budsjetter, må imidlertid hensynet til effektivitet sees i forhold hvilke andre mål samfunnet har for helsetjenesten. I praktisk prioritering må man dessuten vurdere sykdommens alvorlighetsgrad, alternative behandlingsmuligheter og andre relevante faktorer. Den foreslåtte grensen er derfor å oppfatte som en veiledning, ikke en rigid barriere mellom liv og død.

## INTRODUKSJON

En viktig del av helsepolitikken gjelder prioritering og bruk av knappe ressurser. Et tiltaks prioritet i det offentlige helsevesen bør bestemmes ut fra forholdet mellom dets verdi og dets kostnader. Det betyr at samfunnets betalingsvilje for et tiltak bør være noenlunde proporsjonal med dets verdi. De to Lønningutvalgene (1987 og 1997) slo fast at verdien av et helsetiltak i første rekke bestemmes av helseproblemets alvorlighetsgrad og den forventede effekten (nyttien) av tiltaket. Det er et bytteforhold mellom disse to faktorene. Et tiltak med moderat effekt rettet mot en alvorlig tilstand kan for eksempel bli like høyt verdsatt som et tiltak med stor effekt rettet mot en mindre alvorlig tilstand.

Høyest verdi har tiltak som med sikkerhet forhindrer menneskers død og i stedet gir dem fortsatt liv i normal helse. Da er både alvorlighetsgraden og effekten maksimal. For denne type tiltak vil samfunnets betalingsvilje være størst. Slike tiltak omtales ofte som livreddende, men strengt er de bare livsforlengende. Tiltakene kan variere meget etter hvor mye de i gjennomsnitt forlenger pasientenes liv (1), og hvordan forlengelsen er fordelt blant pasienter som behandles. En undersøkelse av ambulanshelikopter viste f.eks. at den gjennomsnittlige leveårsgevinst var 0,79 per pasient, men 89% av pasientene ikke oppnådde noen livsforlengelse (2).

Vurderinger av kostnader og nytte har fått økende plass i norsk helsepolitikk. Myndighetene har med virkning fra 1. januar 2002 stillet krav om at legemiddelfirmaer som vil ha offentlig refusjon for nye medikamenter, må fremlegge dokumentasjon for deres kostnadseffektivitet. Da det nasjonale prioriteringsrådet vurderte mammografiscreening, konkluderte det at screening for brystkreft ikke bør ha høy prioritet i offentlige budsjetter, og at dagens ordning med lav egenandel bør derfor erstattes med vesentlig høyere egenandel eller full egenbetaling. Almenleger hevder at behandling av risikotilstander som hypertensjon bør baseres bl.a. på vurderinger av kostnadseffektivitet (3). Det ser altså ut til at argumenter knyttet til kostnader og nytte tillegges betydning ved prioriteringer i helsevesenet.

I det følgende drøftes ønskeligheten av og muligheten for å ha en øvre grense ("benchmark" eller terskelverdi) for betalingsviljen for helsetiltak. Først gis en forenklet fremstilling av økonomisk evaluering og det økonomiske effektivitetskriterium. Dernest gis en del eksempler på faktisk betalingsvilje og mulige forklaringer på at betalingsviljen varierer. Til

slutt drøftes mulige kriterier for fastsettelse av en maksimal offentlig betalingsvilje i Norge. Artikkelen begrenser seg til offentlig finansierte tiltak og tar ikke opp problem knyttet til privatfinansierte helsetjenester. Medisinsk behandling kan i prinsippet påvirke pasientenes livslengde og livskvalitet. Da det er knyttet betydelige teori- og metodeproblemer til måling av livskvalitet, vil hovedfokus være rettet mot livsforlengende tiltak. Dessuten vil prinsippet ha vært det samme om vi hadde trukket inn livskvalitet.

### **ØKONOMISK EVALUERING OG DET ØKONOMISKE EFFEKTIVITETSBEGREP**

For hvert mål samfunnet har satt seg vil økonomisk effektivitet være et mål i seg selv i den forstand at måloppnåelsen blir størst mulig gitt ressursinnsatsen. Økonomisk evaluering er ment som et hjelpemiddel for at hensynet til økonomisk effektivitet ivaretas når prioriteringer gjøres. I økonomisk evaluering søker man å beregne kostnaden av et helsetiltak i forhold til dets effekt (helseforbedring), eller rettere, hvor mye ekstra et tiltak koster i forhold til et annet for å oppnå et vunnet leveår. Ved å prioritere tiltak som koster minst per vunnet leveår først deretter de nest mest lønnsomme osv inntil et gitt budsjett er oppbrukt, oppnås en effektiv utnyttelse av ressurser.

Betydningen av å legge økonomisk evaluering og økonomiske effektivitetshensyn til grunn for prioriteringer belyses med noen eksempler i det følgende. Anta at et helseforetak har fått forslag om å iverksette 6 ulike helsetiltak eller ”programmer”. Eksempler på slike programmer kunne være screening-mammografi, etablering av en legehelikopterbase, en ny depresjonsmedisin som forebygger selvmord, kolesterolsenkende diett mv. For enkelhets skyld antar vi at programmene ikke kan deles, f.eks at helseforetaket ikke kan vedta etablering av en halv poliklinikk. Programmene har følgende kostnader og leveårsgevinster:

Tabell 1. Kostnad og nytte ved 6 ulike helsetiltak (programmer)

<b>Program</b>	<b>Kostnad (millioner kroner)</b>	<b>Nytte: vunne leveår</b>	<b>Kostnad per vunnet leveår (kostnad-effektforhold)</b>
A	20	20	1.000.000
B	5	2	2.500.000
C	10	100	100.000
D	25	1000	25.000

E	5	100	50.000
F	10	80	125.000

Dersom helseforetaket har et disponibelt budsjett på 50 millioner kroner for nye tiltak, ville man vinne 302 leveår ved å velge programmene A, B, C, E og F, mens man ville vinne 1280 leveår ved å velge C, D, E og F. Dette enkle eksempelet viser for det første at det ikke nødvendigvis lønner seg å prioritere programmer med lave totalkostnader dersom man søker å maksimere nytten av ressursinnsatsen. F.eks. koster program B bare 5 millioner mens kostnaden per vunnet leveår er høy fordi nytten er såpass beskjeden. For det andre viser det at kostnadene av et program kan uttrykkes så vel i kroner som i nyttetap. Program B koster 5 millioner kroner, men kostnaden kan også uttrykkes som 100 tapte leveår fordi man vil tape 100 leveår ved å prioritere B fremfor E. Med alternativkostnaden av et program mener vi nyttetapet i den beste alternative anvendelse av de aktuelle ressurser. I dette perspektivet koster program A og B samlet 1000 leveår fordi det går til fortrenghet for program D dersom det blir gjennomført.

Når man har beregnet kostnad per vunnet leveår, er det i prinsippet enkelt å prioritere programmer slik at man får flest mulig vunne leveår innenfor et gitt budsjett. Man rangerer programmene etter økende kostnad per vunnet leveår (D, E, C, F, A og B) i Tab 1) og gjennomfører programmer inntil totalkostnaden er lik disponibelt budsjett (D, E, C og F) som koster til sammen 50 millioner. Det kan vises at en hver annen kombinasjon ville gi en lavere leveårsgevinst. Ved å prioritere på grunnlag av kostnad-effekt-forholdet, sikrer man altså at ressursinnsatsen gir maksimal nytte (dvs effektiv utnyttelse av ressurser) som vi i dette enkle eksempelet har definert som vunne leveår. I dette eksempelet vil helseforetakets maksimale betalingvilje for vunne leveår være 125.000 kroner. Dersom helseforetaket aksepterer å gjennomføre program som har høyere kostnad per vunnet leveår, vil konsekvensen være at leveår tapes - fordi man betaler mer per leveår og oppnår dermed færre vunne leveår totalt sett med 50 millioner kroner.

Det er lett se begrensninger i dette enkle eksempelet. For det første vil økonomiske analyser være beheftet med usikkerhet. For det andre vil antall aktuelle programmer være langt større enn 6, og man vil bare unntaksvis ha norske data for kostnader og nytte. For det tredje kan programmer være delelige, hvilket krever mer kompliserte økonomiske analyser. For det fjerde omfatter nytte mer enn vunne leveår. Nyttet målet kvalitetsjusterte leveår kan i prinsippet

fange opp helsegevinster knyttet til såvel livskvalitet som leveår, men metoden reiser betydelige verdsettingsproblemer (4). For det femte kan det hevdes at helsevesenets prioriteringer bør skje på grunnlag av pliktetik (størst mulig effekt for den enkelte pasient) og ikke nytteetik (størst mulig samlet effekt med gitte ressurser). Det henvises i så måte til Andreas Føllesdals bidrag annetsteds i denne rapporten. Tross alle begrensninger viser likevel eksempelet i tabell 1 at prioritering av ett tiltak nødvendigvis vil bety helsetap (nyttetap) for andre pasienter eller pasientgrupper. Når det i praksis ikke alltid oppleves slik, er det fordi vi oftest ikke vet konkret hvilke(t) program som blir nedprioritert.

I erkjennelse av at alle tiltak har en alternativkostnad, kan det være hensiktsmessig at offentlige beslutningstagere har kriterier for hva som ansees kostnadseffektivt, eller med andre ord hvor mye det er rimelig at samfunnet bør betale for leveår eller mer generelt for helseforbedringer. I neste avsnitt presenterer vi eksempler på faktisk betalingsvilje i det norske helsevesen.

## **HVA ER NORSK HELSEVESEN VILLIG TIL Å BETALE FOR HELSEFORBEDRINGER?**

### **Høy betalingsvilje for liv og helse**

I det følgende gies noen eksempler på høy faktisk betalingsvilje for helsetiltak. Eksemplene er innhentet ved henvendelse til ulike institusjoner og personer som vi antok kunne gi verdifull informasjon. Hensikten med eksemplene er ikke å gi en systematisk oversikt over betalingsvilje for relativt små pasientgrupper, men snarere å vise at betalingsviljen kan gå langt høyere enn hva ulike pragmatiske grenser skulle tilsi.

Innenfor omsorgen for psykiatriske og psykisk utviklingshemmede pasienter finnes en del pasienter med særlig store omsorgsbehov. Forfatteren kjenner fra tidligere praksis en pasient som fikk meget stor hjerneskade ved fødselen og har bodd i sykehus og andre institusjoner pga epilepsi og respirasjonsproblemer. Hun har personlig vakt (hjelpepleier) for hele døgnet av denne grunn. Den kommunale omsorgsenheten har et årlig budsjett på ca 2,8 millioner kroner for denne ene pasienten. Kostnaden per vunnet leveår ville være 2,8 millioner kroner dersom behandlingen med sikkerhet er livreddende.

Terminal nyresvikt medfører døden i løpet av få uker. Tilstanden behandles med hemodialyse 2-3 ganger per uke og er sikkert livreddende. Det foregår ingen ”rasjonering” av hemodialyse, og det har ikke vært diskusjon om prioritering av denne behandlingen de senere år. Iflg opplysninger fra Rikshospitalet, koster behandlingen i Norge ca 750.000 kroner per år. Kostnaden per vunnet leveår er altså ca 750.000 kroner.

I Norge er det ca 8.000 pasienter med multippel sklerose. Beta-interferon kan bremse sykdomsutviklingen i utvalgte pasientgrupper, og utsetter pasientenes rullestolavhengighet i gjennomsnitt med 9 måneder (5). Behandlingen koster i størrelsesorden 100.000 kroner per år. Kostnaden per vunnet kvalitetsjustert leveår er beregnet til henholdsvis £51.582 (6), SEK 542.000 (7), £1.024.667 (8) og SEK 257.000 (9). I Norge dekker Folketrygden kostnadene ved bruk av beta-interferon for enkelte pasientgrupper med multippel sklerose.

Immunate er et medikament for blødere som ikke kan bruke andre koagulasjonsfaktorer. Behandlingen har en antatt kostnad på 17 millioner kroner per år. Behandlingen er ikke nødvendigvis livreddende, og kostnaden per vunnet leveår er således minst 17 millioner kroner. Behandlingen dekkes av Rikstrygdeverket.

Pasienter med mangel på enzymet *glucocerebrosidase* utvikler Gaucher’s sykdom med affeksjon av lever, milt og andre organer samt platemangel og blødningstendens (10). Behandlingen bedrer pasientens livskvalitet, men er ikke nødvendigvis livsforlengende. Behandlingen koster ca 3 millioner kroner per år og dekkes av folketrygden (11).

Implanterbar kardiodefibrillator kan kupere livstruende anfall av ventrikkelflimmer. Det tekniske utstyret sammen med implanteringen koster i størrelsesorden 250.000 kroner. Utenlandske analyser av teknologien tyder på at kostnaden per vunnet leveår er i området 100.000-1.000.000 kroner per vunnet leveår (12;13). Det gjøres i overkant av 100 implanteringer per år i Norge, og kostnadene dekkes over sykehusenes budsjetter.

Statiner har veldokumentert effekt på forekomst av hjerteinfarkt og hjerneslag, også hos individer med relativt lave lipidverdier (14). Livsforlengelsen kan variere fra få måneder til flere år avhengig av pasientens risikonivå og behandlingens varighet (15). Kostnaden per vunnet leveår kan variere fra null til flere millioner kroner avhengig av hvilke pasienter man behandler (16).

## **Lav betalingsvilje for helseforbedringer**

Årlig dør 2-300 personer i Norge av overdoser av narkotika. De fleste er unge og middelaldrende mennesker som kunne fått mange leveår om overdoseforgiftningen hadde blitt behandlet adekvat. Mens helsevesenet har engasjert seg meget for å hindre dødsfall i krybbedød eller mengokokksepsis, synes innsatsen mindre for overdosedødsfall på tross av at deres antall er høyere.

Allerede i 1985 ble det publisert en analyse som viste at innsetting av totalprotese ved hoftelddsartrose er meget kostnadseffektivt (17), men i 2002 er fortsatt kø av pasienter som venter på innsetting av hofteprotese.

Helsedepartementet har i flere tilfeller avslått å sette medikamenter mot osteoporose på blå resept selv om kostnaden per kvalitetsjustert leveår må antas være moderat i enkelte pasientgrupper (18). Det gjelder f.eks. såvel bisfosfonater (som senere har fått refusjon) og kalsium/D-vitamin mot osteoporose.

Ernæringsrådet utarbeidet en rapport som viste at grupperettede tiltak mot høyt saltinntak i befolkningen kan være meget kostnadseffektive (19), men rapporten har ikke fått praktiske konsekvenser.

## **BETALINGSVILJE FOR LIVREDDENDE TILTAK PÅ ANDRE SAMFUNNSSEKTORER**

Transportøkonomisk Institutt (TØI) bruker verdien av tapte menneskeliv i sine beregninger av samfunnsøkonomisk lønnsomhet ved ulike trafikksikringstiltak. TØI har vurdert at verdien av et tapt menneskeliv er 10 millioner kroner (20). Dette estimatet er basert på flere utenlandske studier der verdsettingen av et statistisk liv er gjort ved å måle betalingsviljen for små reduksjoner i dødsrisiko ved bilkjøring. Til dette beløpet la TØI til verdien av produksjonstap som ikke fanges opp med den aktuelle verdsettingsmetoden, samt noen andre mindre komponenter, og kom til at verdien av et tapt menneskeliv er 14,2 millioner 1993-kroner (20) eller 18,6 millioner 1999-kroner (21). I beregningene er det antatt at det i gjennomsnitt tapes 37,2 leveår per dødsulykke.



Dersom man tar utgangspunkt i tallene fra TØI, men begrenser seg til verdien av et statistisk liv uten å trekke inn produksjonstap, er altså verdien 10 millioner 1993-kroner. I 2002-kroner tilsvarer dette ca. 12,2 millioner. Verdien av et leveår blir etter dette ca 328.000 kroner (1,2 millioner/37,2). Dersom fremtidige leveår neddiskonteres med 5% blir verdien ca 730.000 eller 930.000 dersom man neddiskonterer med 7%. Disse tall stemmer vel overens med svenske erfaringer som tyder på at samfunnet er villig til å betale ca 600.000 svenske kroner per vunnet leveår gjennom trafikkikkerhetstiltak (22).

Transportøkonomisk Institutt bruker den angitte verdsetting av liv for å vurdere kostnadseffektiviteten av en rekke trafikkikkerhetstiltak (21). Rapporten konkluderer at 39 tiltak er samfunnsøkonomisk lønnsomme basert på kostnad-nytte-analyser. Det er imidlertid usikkert hvor mye denne type analyser påvirker valg av veiprojekter på administrativt nivå (23) og på politisk nivå (24). Det er likevel interessant å observere at nedsetting av fartsgrensen fra 80 til 70 km/t på motorvei type B fremstår som det mest kostnadseffektive tiltak av alle som ble vurdert. Én av årsakene til at dette tiltaket fikk topp prioritet, er at verdien av menneskeliv settes såpass høyt som 18 millioner 1999-kroner.

I luftfarten gjennomføres en rekke tiltak for å øke sikkerhet, unngå ulykker og hindre dødsfall. Luftfartsverket har ikke gjort beregninger av kostnaden per unngått ulykke eller dødsfall, visstnok fordi det ansees politisk kontroversielt (personlig meddelelse). Et problem ved slike beregninger er at tiltak som statistisk sett forebygger ulykker, også øker regularitet og hurtighet i avviklingen av lufttrafikken. Det kan derfor være vanskelig å beregne nettokostnaden per unngått dødsfall.

Etter Tsjernobyl-ulykken ble myndighetene, i særlig grad det daværende Helsedirektoratet, kritisert fordi man mente at det ble iverksatt for få tiltak for å forebygge stråleskader på den norske befolkning. Basert på to offentlige utredninger om dette spørsmålet, beregnet to økonomistudenter i Tromsø at kostnaden per forebygget kreftdødsfall i Norge var ca 40 millioner kroner med de tiltak som faktisk ble iverksatt (upublisert grunnfagsoppgave).

## **FAKTORER SOM PÅVIRKER SAMFUNNETS BETALINGSVILJE**

Det er mange faktorer som i praksis både kan og bør påvirke viljen til å betale for helseforbedringer. Den sterkeste faktor er kanskje viljen til å satse maksimalt for å redde livet

til en identifisert person som er i livsfare her og nå. Mange er faktisk villige til å sette sitt eget liv på spill for å redde andres. Denne innsatsviljen gjelder også bruk av ressurser i såvel redningstjenesten som helsetjenesten. Når liv står i akutt fare spør man oftest først etterpå hva tiltakene kostet og hvilken nytte de kunne forventes å gi. "Rule of rescue" er en betegnelse på imperativet til å redde liv i akutt fare. Når rule of rescue kommer til anvendelse, vil samfunnets betalingsvilje være høy. Rule of rescue kan også omfatte dyr, og i USA har man brukt millionbeløp for å redde strandede hvaler.

Mens viljen til å redde liv er stor for personer i akutt livsfare, er betalingsviljen mindre når det gjelder å redde statistiske liv. Overdosedødsfall kan tjene som eksempel her. At denne type dødsfall ofte er selvforskyldt og rammer personer med lav anseelse i samfunnet, bidrar formodentlig til å ytterligere redusere samfunnets innsatsvilje. I den forbindelse er det interessant at samfunnet benytter ressurser på å finne personer som er omkommet ved drukning eller andre ulykker. Geir Sverre Braut nevner i sitt bidrag til denne rapporten at det offentlige i gjennomsnitt anvender 184.000 per søk etter omkomne.

Når det gjelder tiltak som ikke er livreddende, vil tilstandens alvorlighetsgrad være en faktor som betyr mye for viljen til å bruke ressurser. Multippel sklerose kan være et eksempel på en tilstand der betalingsviljen blir påvirket av sykdommens alvorlige konsekvenser.

Pasientgruppen har forøvrig ikke særlig effektive behandlingstilbud, og dette kan også tenkes å øke betalingsviljen.

Flere av eksemplene på høy faktisk betalingsvilje gjelder pasienter med sjeldne tilstander, f.eks. Gaucher's sykdom eller blødersykdom. Det er rimelig å tenke seg at offentlige myndigheter lettere bevilger penger til tiltak der pasientgruppen er liten og veldefinert, og der de totale kostnader for samfunnet er lett forutsigelige. Når Helsedepartementet i sin tid av slo å gi offentlig refusjon for osteoporosemidler, kan forklaringen delvis ha vært frykt for uforutsigelig store utgifter fordi pasientgruppen er dårlig definert og potensielt meget stor.

Dersom det er godt dokumentert at en behandling har den tilsiktede effekt, vil dette kunne øke samfunnets vilje til å finansiere tiltaket. Mens det i begynnelsen av 1990-årene var heftig diskusjon om effekten og kostnadseffektiviteten av kolesterolsenkende medikamenter, bidro flere store kliniske studier med overbevisende effekt til at statiner både fikk offentlig refusjon

og bred anvendelse. Medikamenter mot fedme har derimot hverken fått offentlig finansiering eller stor utbredelse fordi effekten ikke er like overbevisende.

Utover de faktorer som er nevnt, kan en rekke andre forhold påvirke samfunnets betalingsvilje for helseforbedringer. Noen av disse er aksepterte og etablerte som rimelige kriterier. Det er f.eks eksplisitt uttalt at folk skal ha tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted. Det vil uvergerlig bety at betalingsviljen for helseforbedringer er størst i utkantstrøk der det oftest koster mer å produsere tjenester enn i sentrale strøk. Andre faktorer kan være viktige men ikke nødvendigvis legitime. Et eksempel på dette er at sykdommers prestisje synes å påvirke hvor høyt behandlingen av dem blir prioritert (25).

## **GRENSER FOR SAMFUNNETS BETALINGSVILJE**

Dersom man legger et snevert prinsipp om leveårsmaksimering til grunn ved prioriteringer, vil man rangere helsetiltak etter stigende kostnad per vunnet leveår og prioritere tiltak med lavest kostnad-effekt-forhold først. Tiltakene gjennomføres etter stigende forhold, og samfunnets maksimale betalingsvilje for leveår blir det siste tiltaket som gjennomføres før budsjettet er oppbrukt. Det er flere grunner til at et slikt mekanistisk prinsipp ikke kan brukes i praktisk prioritering. For det første har en rekke tiltak sin effekt på livskvalitet og ikke på livslengde. For det andre mangler vi analyser av svært mange aktuelle helsetiltak. For det tredje påvirkes samfunnets prioriteringer av en rekke legitime faktorer utover kostnadseffektforholdet. Likevel kan samfunnet ha behov for å ha en rådgivende grense å styre etter i prioriteringer. I det følgende drøftes mulige prinsipper for fastsetting av en grense.

I amerikansk litteratur har det i adskillige år vært vanlig å sette en grense på 50.000 dollar for hva som kan ansees å være kostnadseffektivt. Det er uklart hva som er gunnlaget for dette tallet. En mulig forklaring er at amerikanske føderale myndigheter i 1980-årene fastslo at dialysebehandling skulle være et garantert tilbud for Medicare-pasienter med terminal nyresvikt. Det ble på den tiden antatt at kostnaden for dialyse var ca \$50,000 per år, og dette kunne således betraktes som en naturlig grense for samfunnets betalingsvilje. De senere år har også grensen 60.000 dollar vært nevnt (18).

World Bank har foreslått 1 % av BNP per innbygger som grense for betalingvilje for vunne leveår (26). I Norge ville dette tilsvare ca 335.000 kroner for 2001.

I Norge har ingen definert en maksimal betalingvilje for vunne leveår. Statens legemiddelverk som nå krever økonomisk evaluering av legemidler som søkes innlemmet i offentlige refusjonsordninger, har ikke eksplisitte grenser. Mens USA i mange år har hatt en uoffisiell grense på \$50.000, har man nok i Norge ment at grensen bør være lavere. I en norsk artikkel fra 1990 er f.eks. 100.000 kroner per vunnet leveår foreslått som en grense (27). I lys av faktiske beslutninger på helsesektoren og samferdselssektoren ser det ut til at en grense på 100.000 kroner per vunnet leveår er for lav for det norske samfunn i dag.

Spørsmålet er hva slags betraktninger som skal velges for en eventuell høyere grense. Den rasjonelle, økonomiske modell der man rangerer tiltak etter stigende kostnad-effektforhold, er i praksis ikke brukbar fordi fyldestgjørende økonomisk evaluering bare kan gjøres av et fåtall tiltak. Betalingsvilje for reduksjon av dødsrisiko kan teoretisk sett være en god metode, men i praksis kan det være vanskelig å få valide tall. Basert på tall fra samferdselssektoren kan det dessuten se ut til at metoden ville gi grønt lys for så mange helsetiltak at de i praksis ikke kunne finansieres. Verdensbankens forslag om å sette grensen utfra bruttonasjonalproduktet (BNP) virker derimot rimelig. I Norge var BNP per innbygger per år ca 330 000 i 2001. Dersom man tar høyde for noe inflasjon og økende rikdom i årene fremover, kunne 350 000 kroner per vunnet leveår være en rimelig grense. Argumentet for å basere grensen på BNP er ikke at mennesket er verdt hva det produserer (dvs. hva økonomene kaller en humankapital-tilnærming). Argumentet er simpelthen pragmatisk og basert på at resultatet virker rimelig og at metoden gir en grense som varierer etter landenes økonomi. Uansett hvilket land man befinner seg i måtte hvert enkelt tiltak vurderes ikke bare i forhold til kostnad per vunnet leveår, men også på grunnlag av andre faktorer slik som drøftet foran.

En grense basert på BNP kan lett kritiseres både utfra et empirisk og et teoretisk ståsted. Argumentene mot en konkret grense må likevel veies i forhold til ulempene ved ikke å ha en grense. Dersom man velger å la være å definere en grense, vil det ha en kostnad – i form av tapte leveår.

## Litteratur-referanser

1. Wright JC, Weinstein MC. Gains in life expectancy from medical interventions--standardizing data on outcomes [see comments]. *N Engl J Med* 1998; 339: 380-6.
2. Hotvedt R, Kristiansen IS, Førde OH, Thoner J, Almdahl SM, Bjørsvik G et al. Which groups of patients benefit from helicopter evacuation? *Lancet* 1996; 347: 1362-66.
3. Meland E, Ellekjaer H, Gjelsvik B, Kimsas A, Holmen J, Hetlevik I. Farmakologisk forebyggelse av kardiovaskulære sykdommer i allmenn praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2643-7.
4. Nord E. Kvalitetsjusterte leveår - muligheter, begrensninger, alternativer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 2668-70.
5. Placebo-controlled multicentre randomised trial of interferon beta-1b in treatment of secondary progressive multiple sclerosis. European Study Group on interferon beta-1b in secondary progressive MS. *Lancet* 1998; 352: 1491-7.
6. Nuijten MJ, Hutton J. Cost-effectiveness analysis of interferon beta in multiple sclerosis: a Markov process analysis. *Value Health* 2002; 5: 44-54.
7. Kobelt G, Jonsson L, Henriksson F, Fredrikson S, Jonsson B. Cost-utility analysis of interferon beta-1b in secondary progressive multiple sclerosis. *Int J Technol Assess Health Care* 2000; 16: 768-80.
8. Forbes RB, Lees A, Waugh N, Swingler RJ. Population based cost utility study of interferon beta-1b in secondary progressive multiple sclerosis. *BMJ* 1999; 319: 1529-33.
9. Kobelt G, Jonsson L, Miltenburger C, Jonsson B. Cost-utility analysis of interferon beta-1B in secondary progressive multiple sclerosis using natural history disease data. *Int J Technol Assess Health Care* 2002; 18: 127-38.
10. Wisloff F, Brinch L, Hammerstrom J. Gauchers sykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 157-9.
11. Wisloff F. Finansiering av enzymbehandling ved Gauchers sykdom. *Tidsskr. Nor Lægeforen*. 2003; 123: 364.
12. Mushlin AI, Hall WJ, Zwanziger J, Gajary E, Andrews M, Marron R et al. The cost-effectiveness of automatic implantable cardiac defibrillators: results from MADIT. Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial. *Circulation* 1998; 97: 2129-35.
13. O'Brien BJ, Connolly SJ, Goeree R, Blackhouse G, Willan A, Yee R et al. Cost-effectiveness of the implantable cardioverter-defibrillator: results from the Canadian Implantable Defibrillator Study (CIDS). *Circulation* 2001; 103: 1416-21.

14. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002;360(9326):7-22.
15. van Hout BA, Simoons ML. Cost-effectiveness of HMG coenzyme reductase inhibitors; whom to treat? *Eur Heart J* 2001;22: 751-61.
16. Prosser LA, Stinnett AA, Goldman PA, Williams LW, Hunink MG, Goldman L et al. Cost-effectiveness of cholesterol-lowering therapies according to selected patient characteristics. *Ann Intern.Med* 2000; 132: 769-79.
17. Williams A. Economics of coronary artery bypass grafting. *BMJ* 1985; 291: 326-9.
18. Kanis JA, Johnell O, Oden A, De Laet C, Oglesby A, Jonsson B. Intervention thresholds for osteoporosis. *Bone* 2002; 31: 26-31.
19. Selmer RM, Kristiansen IS, Haglerod A, Graff-Iversen S, Larsen HK, Meyer HE et al. Cost and health consequences of reducing the population intake of salt. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 697-702.
20. Elvik R. Hvor mye er unngåtte trafikkkulykker verd for samfunnet? Oslo: Transportøkonomisk Institutt; 1993.
21. Elvik R. Bedre trafiksikkerhet i Norge. TØI rapport 446/1999. Oslo: Transportøkonomisk Institutt, 1999.
22. Johannesson M, Meltzer D, O'Connor RM. Incorporating future costs in medical cost-effectiveness analysis: implications for the cost-effectiveness of the treatment of hypertension. *Med Decis Making* 1997; 17: 382-9.
23. Fridstrom L, Elvik R. The barely revealed preference behind road investment priorities. *Public Choice*. 1997; 19: 145-68.
24. Nyborg K. Some Norwegian politicians' use of cost-benefit analysis. *Public Choice*. 1998; 95: 381-401.
25. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskr.Nor Lægeforen* 1991; 111: 2127-33.
26. <http://www.who.int/bulletin/news/2000/vol.78no.2/cost-effectivevaccines.htm>. 2003.
27. Kristiansen IS. Økonomiske analyser av helsetiltak: Om kostnad-nytte- og kostnad-effekt-analyser som hjelpemiddel for bedre ressursbruk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 2377-81.

# Litt teknikk, god tenking og mykje vilje – om økonomiske evalueringar ved prioritering av helsetenestetiltak

**Geir Sverre Braut**

Statens helsetilsyn

## **Føremål**

Føremålet med denne teksten er å gje tilkjenne nokre tankar om korleis helseøkonomi som fagfelt og helseøkonomiske metodar kan ha sin plass ved prioritering av helsetenester i Noreg. Spesielt vil spørsmåla om det finst ei grense for betalingsvilje og om det er meir bruk for økonomiske teori og empiri i prioritering bli drøfta.

## **Betalingsvilje**

Spørsmålet om betalingsvilje er ikkje særleg relevant i forhold til livreddande tiltak. Livreddande tiltak er her slike tiltak som ein ut frå ei umiddelbar klinisk vurdering av eit sjukt menneske oppfattar som å kunne auke sjansen til å overleve på kort sikt. Det vil då vere mange og komplekse forhold av emosjonell og relasjonell art som forkludrar den økonomiske rasjonaliteten. Sjølv i eit tenkt tenestesystem der pasienten sjølv må stå for alle kostnadene, vil truleg opplevinga av at noko kan vere livreddande tendere til å overgå alle andre mogelege alternative gode som helsetenestetiltaket kan tenkjast å konkurrere med.

Men når det er sagt kan økonomisk teori og empiri vere til hjelp når vi skal vurdere om ulike tenester og tiltak er verdt sin pris. Økonomiske metodar kan hjelpe oss med å synleggjere direkte og indirekte kostnader, og også til ein viss grad gjere synlege kostnader og gevinstar som ikkje utan vidare kan uttrykkjast i pengemål, slikt som økonomane ofte kallar intangibles.

Når ein då får synleggjort kostnadene, har vi eit godt grunnlag for å danna oss *oppfatningar om ei teneste eller eit tiltak er billeg eller dyrt* i form av låge eller høge utgifter eller indirekte relaterte kostnader. Berre den oppfatninga har i seg sjølv verdi som kunnskap til grunn for prioriteringar, sjølv om den i seg sjølv ikkje gjev grunnlag for å seie noko om

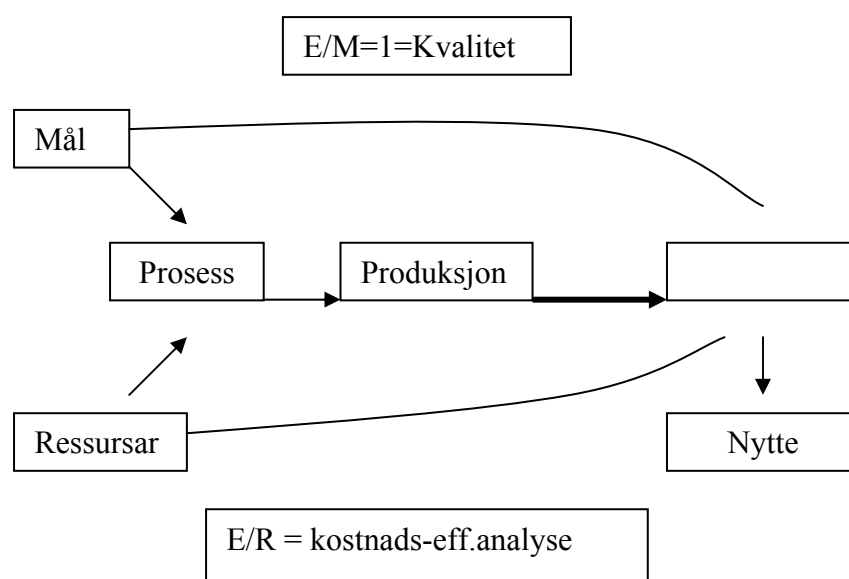
kostnadseffektiviteten til bruk i komparative analysar. Det er slik i dag at vi ofte ikkje veit om noko skal sjåast på som billeg eller dyrt. Dette er truleg vel så viktig som å fastsetje ei grense for offentlig betalingsvilje.

Spennande er det her å merke seg at samfunnet faktisk viser ei ikkje ubetydeleg betalingsvilje også når det gjeld å "verdsetje" døde menneske. Med utgangspunkt i NOU 1999: 16 er det etablert ei ordning med offentlig dekning av kostnader i samband med søk etter omkomne etter ulykker m.v. Denne ordninga blir administrert av Rogaland og Salten politidistrikt for kvar sin del av landet; skiljet går ved 65 °N. For åra 2001 og 2002 var rekneskapsført gjennomsnittskostnad per søk i Sør-Noreg kr. 184.000,- (Opplysning frå politioverbetjent Ragnvald Erga, Rogaland 20.1.2003.) Her må det seiast at nokre få søk handlar om fleire personar, t.d. etter forlis på sjøen. Men det er også verdt å merke seg at ei rekkje indirekte kostnader som fell på politiet og andre offentlege etatar ikkje er medrekna.

Vidare kan økonomiske metodar vere til hjelp med å samle og strukturere kunnskapar om ulike nyttige sider av ei teneste eller eit tiltak. Ved til dømes å lage samla framstillingar av ulike resultat av eit tilbod, kan ein få eit betre grunnlag for *samanlikning av verknader*. Økonomiske metodar kan gje oss ein struktur som gjer økonomisk nytte synleg i forhold til det som måtte vere klinisk ønskte resultat og politiske preferansar.

### Effektmåling

Her er vi ved eit sentralt poeng ved økonomisk metode, nemleg målet om å sjå ulike former for ressursbruk og ulike former for resultat i forhold til kvarandre. I dette arbeidet kan vi til dømes gjere oss nytte av denne modellen for vurdering av ressursbruk og resultatoppnåing:





Den store utfordringa i det daglege kliniske arbeidet så vel som i prioriteringsarbeid er å kome over frå å måle produksjon (dagsverksproduksjon, konsultasjonstal, liggedøgn osv.) til effekt (resultat målt i ”naturlege” einingar som t.d. ”friske pasientar”, vunne leveår osv.). Det spennande med dette arbeidet er at her kan klinikaren, økonomen, forvaltaren og politikaren møtast. Klinikaren treng effektkunnskapen for å avgjere om metodane ein nyttar verkar. Økonomen treng effektkunnskapen som grunnlag for vidare nyttevurderingar i økonomisk perspektiv og forvaltaren og politikaren treng kunnskapen for å vurdere om det ein oppnår er verdt innsatsen, samanlikna med andre viktige innsatsområde.

Om vi legg den ovanståande figuren til grunn, er det kostnads-effektivitetsanalysane (samanlikninga mellom effekt og ressursbruk) som er dei mest interessante i prioriteringsarbeidet, for dei gir oss grunnlag for å samanlikne alternativ ressursbruk med same føremål. Det er truleg dette som er det dei folkevalde vil etterspørje. Vedtak om fordeling av ressursar mellom ulike gode føremål (altså ulike effektar) blir tilsynelatande gjort på anna enn eit økonomisk grunnlag, kall det gjerne ut frå politiske preferansar.

Det er også spennande å notere seg at dei effektdata ein treng i ei slik analyse i det vesentlege vil vere samanfallande med dei effektdata ein treng for å vurdere resultatet av kvalitetsarbeid, for kvalitet er ofte definert som noko i retning av at ein har nådd dei resultata som blei planlagt.

Den store utfordringa der samtlege aktørar bør kunne møtast, og der økonomien som fagfelt kan gje vesentlege premissar, er å *utvikle dagens produksjonsorienterte rapportering til meir effektorientert rapportering.*

Kort sagt, vi må *standardisere effektmålingane* for å kunne samanlikne og vi må fokusere på effektar (eller mangel på slike) for å *gjere verknader synlege.*

## **Prioritering etter ”Lønning II”**

Det er allment kjent i dei norske tenesteytelsystema at alvorsgrad, nytte og kostnadseffektivitet skal vere dei vesentlege prioriteringskriteria i helsetenesta. Alvorsgrad er eit klinisk emne.

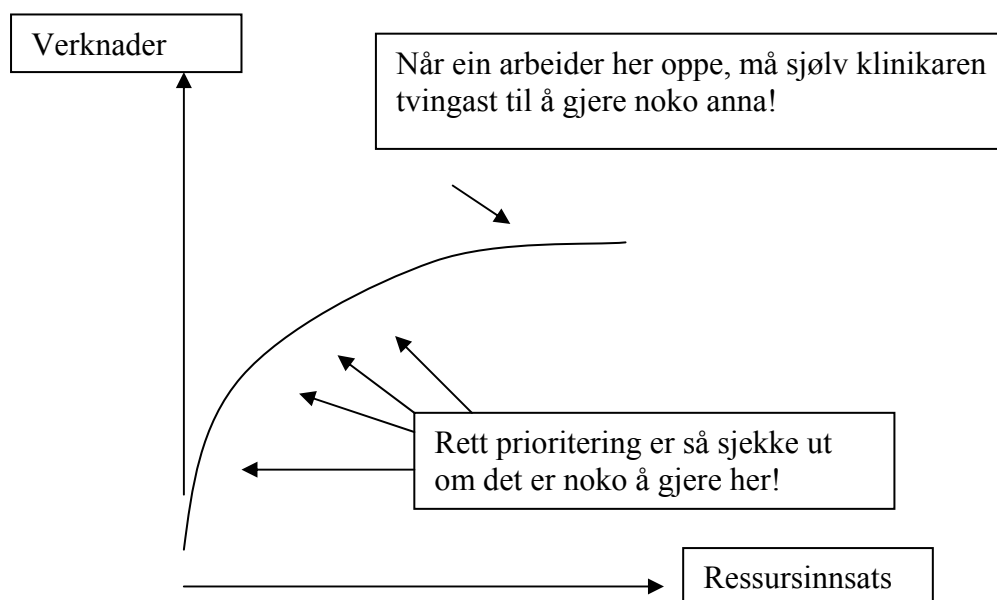
Truleg må også nytte i denne samanhengen seiast å vere det. I og med at nytte innanfor økonomifaget ofte er knytt til verknader som kan målast i monetære einingar, kan det i prioriteringssamheng vere lurt å sjå på det lønningsske nytteomgrepet som noko meir i retning av klinisk verknad, altså effekt slik det er omtala ovanfor.

Omgrepa alvorsgrad og verknad/klinisk nytte/effekt utgjer utfordringar i prioriteringsarbeidet ikkje minst ved at vi treng mykje meir presise og finslippte omtalar av kva som ligg til grunn for ulike gradar og former av alvor og effektar.

Så står vi att med omgrepet *kostnadseffektivitet* som eit mogeleg helseøkonomisk vurderingstema. Det er det så absolutt. *Det handlar om alternativkostnaden*: Kva går vi glipp av ved å gjere eit visst val?

Dette spørsmålet føreset at ein ser på ressursar som eit knapt gode. Synet på at alle ressursar alltid er knappe på eit eller anna nivå er det eigentlege grunnlaget for all økonomisk tenking. Utan knappe ressursar mistar økonomifaget mykje av sin rett. Og det er ingen tvil om at helsetenesta alltid vil måtte konkurrere om knappe ressursar, både innanfor eigne budsjett og i forhold til kva samfunnet og einskildmennesket vel å nytte ressursane sine til.

Alternativkostnadsomgrepet gjer at ansvarleg styring alltid må byggje på ei oppfatning om kor ein får mest att for dei ressursane ein ønskjer å nytte. For å illustrere dette kan ein nytte ei biletlegging av ”loven om den avtakande grensenytten”:



Prioritering i det daglege handlar om at ein kvar ansvarleg leiar og klinikar må kunne gjere greie for om ein held seg unna det flate nivået, der meir ressursbruk ikkje gir særleg mykje att av ønskte verknader. I den situasjonen ville ”verdiskapinga” vere betre ved å flytte ressursar til andre innsatsområde, der tenesta låg lengre til venstre på kurva.

Ikkje minst vil denne type tenking vere vesentleg når ein skal fordele knappe felles ressursar i ei tid som forgudar valfridom. Der vi kan velje, utan sjølv å betale, vil truleg kvar einskild av oss tendere til å velje det beste for oss, uansett om det kan tenkjast å gå ut over andre. Å gjere seg opp ei meining om kor ulike typar tenester og tiltak ligg på kurva ovanfor kan vere

nødvendig for å sikre at valfridom mellom tiltak høgt oppe på kurva (somatiske spesialisttenester) ikkje kverker tiltak lenger nede som ikkje er underlagt valfridom (t.d. barnepsykiatri).

## **Konklusjon**

Økonomifaget kan vere oss til hjelp i prioriteringsarbeidet med å:

- Synleggjere at ressursar alltid er knappe, og at ansvarleg styring alltid må streve etter å optimalisere ressursbruken. Altså kjenne alternativkostnadene!
- Synleggjere ulike former for kostnader/ressursbruk og gevinstar/verkander, og gje metodar for samanlikning av slike, både ved hjelp av monetære og naturlege einingar. Dermed kan vi få ei oppfatning om noko relativt sett er dyrt eller billeg (og den kunnskapen manglar vi jamt over i dag!)
- Samanlikne samanliknbare alternativ. (Og så må politikken ta seg av å samanlikne og velje mellom det som ikkje er mogeleg å samanlikne!)
- Alt dette er truleg viktigare enn å be helseøkonomane finne ei grense for offentleg betalingsvilje, noko som både kan vere økonomisk fagleg tvilsamt og politisk uakseptabelt.

## **Samandrag**

Helseøkonomi har ein plass i prioriteringsarbeidet i helsetenesta. Økonomiske metodar kan seie oss noko om kva samfunnet vil påta seg av kostnader for å drive helsetenester og for å oppnå betre helse og andre verknader av helsetenester. Økonomifaget gjev oss terminologi og metodar for å studere, strukturere og samanlikne effektar. Økonomifaget forvaltar også teoriar og metodar som set oss i stand til å samanlikne effektar av ulike tiltak. Dette er viktig kunnskap å byggje på når ein skal fordele knappe felles ressursar på ein rettviss måte i eit demokratisk samfunn. Artikkelen presenterer nokre av dei økonomiske innfallsvinklane som er aktuelle i arbeidet med prioritering av helsetenester.

(Skriftleg manus i det vesentlege bygd på munnleg framføring 12. november 2002; justert siste gong 20. januar 2003.)