



Til
Helsedirektoratet

Deres ref.:

Vår ref.: 18/3709

Dato: 18.09.2018

Høringsuttalelse – Veileder for helseeffekter i samfunnsøkonomisk analyse

Vi takker for invitasjonen til å gi innspill til Helsedirektoratets veileder *Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser – Veileder*. Rapporten har vært på intern høring i Legeforeningens organisasjon. Foreliggende høringssvar bygger på disse innspillene.

Innledningsvis vil Legeforeningen understreke at vi anerkjenner at offentlige ressurser er knappe og at det er mange gode formål som skal tilgodeses. Vi anser også samfunnsøkonomiske analyser som et nyttig hjelpemiddel til å foreta nødvendige prioriteringer mellom ulike formål. En viktig konsekvens av Folkehelseovens krav om «Helse i alt vi gjør» er at helsekonsekvensutredninger tas inn også i andre sektorer. Derfor imøtekommer Legeforeningen arbeidet med en veileder som kan fremme gode utredninger av helsekonsekvenser, også utenfor helsesektoren.

Legeforeningens innspill kan oppsummeres som følger:

- Legeforeningen støtter målsetningen om enhetlig metodikk på tvers av samfunnssektorene for å sikre at ulike tiltak gis riktig prioritet. Vi anser at en tallfesting av QALY basert på verdien av et statistisk liv gir en slik konsistens, men at det likevel bør velges en annen tilnærming til dette.
- QALY er beheftet med betydelig usikkerhet og skjuler noen viktige etiske veivalg som gjør det til et utilstrekkelig verktøy i beslutningsprosesser. Det er blitt påpekt metodologiske svakheter ved vektingen av QALY. Legeforeningen mener dette gir en uakseptabel usikkerhetsmargin all den tid et tiltak får konsekvenser for menneskers liv og helse.
- Legeforeningen ser også kritisk på bruken av QALY med tanke på de etiske dilemmaene den innebærer. Vi savner en redegjørelse for fordelings effekter mellom menneskegrupper og på tvers av generasjoner. Dessuten medfører beregningen av QALY en urettferdig prioritering mellom individer av ulik alder og helsetilstand, slik at livsforlengende tiltak rettet mot en "helt frisk" person foretrekkes fremfor mot en person med f.eks. funksjonshemming.
- En rekke tiltak i helsesektoren finner sin begrunnelse i verdighetshensyn. Derfor fremholder Legeforeningen at en eventuell samfunnsøkonomisk utredning ikke kan gå på akkord med en klinisk skjønnsvurdering basert på de aktuelle forhold, men isteden må komplementere denne.
- Legeforeningen mener nytte-kostnadsanalyser kan brukes også innenfor helsesektoren, og deler ikke veilederens syn på at det er viktige prinsipielle forskjeller mellom sektorene som begrunner annerledes analytisk behandling.
- Legeforeningen mener sammenligningen av de faktiske helsetapsklassene viser at liv og helse verdsettes lavere i helsesektoren enn i andre sektorer, noe som vil føre til feilprioritering.
- For å gjøre veilederen enklere tilgjengelig for brede faggrupper bør både innhold og språk tilpasses til målgrupper uten helseøkonomisk bakgrunn. Legeforeningen vil oppfordre Helsedirektoratet til å legge opp veilederen som en trinnvis bruksanvisning med enda større vekt på det pedagogiske aspektet.

Støtter verdsetting av QALY ved hjelp av statistiske liv

Etter legeforeningens syn bør goder, som positive helseeffekter eller risikoreduksjon, i hovedsak verdsettes likt i samfunnsøkonomiske analyser i ulike sektorer, med mindre det foreligger særskilt begrunnelse for å avvike fra en like-vurdering, som hensynet til verdighet. Dette ønsket bør ligge til grunn i prioriteringsavveininger, jamfør følgende sitat fra Norheim-utvalgets rapport: "*Det er*

samfunnskontrakten: Goder og byrder fordeles rettferdig (...) forutberegnelighet og likebehandling er sentrale prinsipper for en diskusjon av samfunnskontrakten i et rettferdighetsperspektiv."¹

Det virker fornuftig å benytte et beregningsinstrument der livskvalitet er eksplisitt regnet inn. Som det presiseres i NOU 2012:16 er det viktig at man bruker konsistente verdsettingsfaktorer for samme type virkninger på tvers av sektorer. Legeforeningen anser at tallfesting av verdien av QALY basert på FINs verdi på et statistisk liv (VSL) kan bidra til dette. Vi mener dessuten at betraktningene som er gjort med hensyn til diskontering og verdsetting er rimelige slik at beløpet også er rimelig korrekt; det samsvarer godt med tidligere anslag og anslag gjort med utgangspunkt i BNP per capita.

QALY ikke tilstrekkelig verktøy i beslutningsprosesser

Måleproblemer gir usikkerhet. Selv om man har funnet en rimelig verdi på QALY med utgangspunkt i VSL, fins det betydelige metodiske og prinsipielle problemer som gjør QALY uegnet som prioriteringsverktøy. Bruken av QALY er omstridt internasjonalt og frarådes i en EU-rapport fra 2013 (ECHOOUTCOME²). Gjennom store spørreundersøkelser til friske mennesker om hvordan de vektlegger ulike typer helsetap og helsegevinster, lages det tabeller som rangerer ulike helsetiltak. Dette gir tilsynelatende en objektiv måleenhet – et tall – som kan brukes til prioritering. Et av de mange ankepunktene mot QALY er at tallet som kommer ut av denne vektingen avhenger av blant annet spørsmålsstillingen og populasjonen som spørres. Disse måleproblemene vil slå ut i tilsvarende usikkerhet i kvantitative analyser. Er det da rimelig å treffe avgjørelser om tiltak for pasientgrupper basert på anslag av livskvalitet, som nødvendigvis vil være beheftet med betydelig usikkerhet? Det bør legges strengere krav til dokumentasjon og presisjon til grunn der man skal veie negative helseeffekter av et tiltak opp mot positive økonomiske effekter på andre variabler.

Fordelingseffekter blir ikke drøftet. Utover det metodiske vil vi også reise noen prinsipielle innvendinger mot QALY. Vi savner en redegjørelse for hvordan tiltak som rangeres høyest i en nyttekostnadsanalyse kan ha uønskede og utilsiktede fordelingseffekter. Disse bør synliggjøres i viktige indikatorer for sosial ulikhet i helse, som for eksempel inntekt og utdanning. Langsiktige effekter på liv, helse og livsvilkår for kommende generasjoner bør også synliggjøres, all den tid disse ikke fanges opp i QALY-målet. Eksempelvis vil et infrastrukturprosjekt kunne ha helseeffekter, positive så vel som negative, lenge utover livstiden til dagens befolkning.

Urettferdig rangering av menneskegrupper. En prioritering av tiltak basert på nytten målt i QALY er urettferdig som prinsipp. Er det for eksempel rimelig å forlenge et enkelt menneskes liv, men unnlate å hjelpe en annen, fordi denne siste i utgangspunktet har lavere livskvalitet? Og er det rimelig å avgrense livsforlengende innsats til tiltak med lavere kostnad enn 750 kroner per kvalitetsjusterte dag (275 000 kr/365 dager), for pasienter flest? For pasientgrupper med 10 prosents livskvalitet blir terskelverdien så lav som 75 kroner. Med utgangspunktet at høyeste livskvalitet er fravær av sykdom, helseplager og funksjonshemminger, blir store grupper av mennesker rangert til å ha redusert livskvalitet i utgangspunktet, pga. for eksempel funksjonshemming. Å sitte i rullestol innebærer i QALY-systemet at du er mindre verdt. Tilsvarende blir tiltak overfor eldre mennesker systematisk vektet lavere enn andre, siden eldre har kortere forventet gjenværende levetid per individ. Måten QALY beregnes fører til at tallverdien har innbakt holdninger til livskvalitet der menneskeverdet relativiseres ut ifra hvilke sykdommer og plager ulike pasientgrupper har. Det blir dermed et verdiladet tall som skjuler verdivalg som burde være synlige og åpne for debatt.

Manglende verdighetsbetraktninger. Legeforeningen vil også bemerke at QALY gir et volumetrisk verdi-anslag, men ingen verdifastsettelse av menneskeverdet, jf. verdighetsbetraktningene knyttet til omsorgstiltak som omtalt av Magnussen-gruppen.³ En rekke tiltak finner begrunnelse i verdighetsbetraktninger, men hvordan skal verdighet verdsettes eller avgrenses? Uten elementer av

skjønn i den helseøkonomiske vurderingen vil slike etiske dilemmaer forbli ubesvart. Vi savner derfor en vektlegging av betydningen til klinisk/fagmessig skjønn ved siden av den rene samfunnsøkonomiske analysen.

Manglende helhetstenkning på tvers av sektorer. En separat problemstilling er faktum at samfunnssektorene ikke opererer i uavhengighet, men påvirker hverandre innbyrdes med hensyn til langsiktige omstillings- og investeringsbehov. Slik kan et stortilt tiltak i én sektor utløse et (des)investeringsbehov i en annen sektor, og dette må tas høyde for i en helhetlig samfunnsøkonomisk nyttevurdering av et gitt tiltak. For eksempel kan krisen i fastlegeordningen delvis forstås som en konsekvens av manglende helhetsforståelse i planleggingen av tiltak "rettet mot ellers friske befolkningsgrupper": Det økte administrative merarbeidet som påfaller fastlegene kan blant annet tilskrives regelendringer og tiltak som er gjennomført utenfor helsesektoren. Det er altså ikke tilstrekkelig å ta hensyn til QALY for å fange opp de samlede, langsiktige helseeffektene av et tiltak; en slik ansats forutsetter nemlig at helsesektoren har ledig kapasitet til å håndtere det utløste merbehovet for tjenester som følger av eventuelt helsetap i befolkningen. All empiri tilsier at helsetjenesten allerede driver effektivt og at slik ledig kapasitet derfor er mangelvare. En veileder for helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser bør derfor problematisere slike aspekter og ha helhetstenkning som rettesnor.

Nytte-kostnadsanalyser kan anvendes i helsesektoren

I veilederen skisseres et tydelig skille mellom helsesektoren – hvor det ifølge veilederen fortrinnsvis skal gjøres kostnads- og virkningsanalyser – og øvrige sektorer, hvor analysene oftere vil være nytte-kostnadsanalyser. Legeforeningen anser dette skillet som dårlig begrunnet, og har heller ikke funnet gode begrunnelser for å etablere et slikt skille i underliggende veiledere og dokumentasjon som veilederen viser til.^{4 5} Anførlene fra Norheim-utvalget, som senere ble videreført i Stortingsmelding 34 (2015-2016), om at behandlingstiltak og andre tiltak rettet mot pasientgrupper skal analyseres i et "utvidet helseperspektiv" og ikke i et samfunnsperspektiv, er begrunnet i at beregning av produksjonseffekter vil ha uheldige fordelingseffekter *innad i helsesektoren*, og ikke mellom sektorene.

Etter Legeforeningens syn er det ikke vesentlige prinsipielle forskjeller på tiltak rettet mot risikoreduksjon i en frisk befolkning, som samferdselssektoren, og en rekke tiltak i helsesektoren. Blant eksemplene som er direkte sammenliknbare kan nevnes screeningprogram og andre behandlingstiltak som medikamentell behandling av hypertensjon, hvor et stort antall symptomfrie undersøkes eller behandles for å forebygge sykdomsutvikling hos et mindretall. Mange tiltak i helsesektoren vil være rettet mot sykere pasienter, og vil være mindre direkte sammenliknbare med tiltak i andre sektorer, men tiltakene i helsesektoren utgjør et kontinuum fra de som er direkte sammenliknbart til de mindre sammenliknbare, og det er vanskelig å begrunne at det bør etableres en grense eller et skille.

Samfunnsøkonomiske lønnsomhetsanalyser anvendes i økende grad ved offentlige tiltak, og det bør etter Legeforeningens syn utvikles tverrsektorielle metoder og konsistent rammeverk for å muliggjøre sammenligning og unngå at enkeltsektorer gis feil prioritet vurdert etter samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Derfor mener vi at det er malplassert å fraråde anvendelse av nytte-kostnadsanalyser i helsesektoren.

Verdsetting av helse og liv ikke konsistent på tvers av sektorer

I utkastet til veileder er det inntatt et kapittel hvor verdsetting av liv og helse i ulike sektorer gjennomgås. Etter Legeforeningens syn har dette kapittelet begrenset relevans i en veileder, og tilnærmingene og vurderingene som gjøres er svakt fundert, og delvis feilaktige. Vi støtter ikke vurderingen av at det er konsistens i verdsettingen av helse og liv mellom helsesektoren og øvrige sektorer.

For lav alternativkostnad i helsesektoren. Det er betydelig usikkerhet knyttet til reell alternativkostnad i norsk helsetjeneste. Anslagene som er presentert i veilederen er basert på én enkeltstudie, som har blitt møtt med betydelig kritikk både for metodikk og presisjonsnivå. Anslaget avviker også i vesentlig grad fra anslag i andre publikasjoner, og anslag tidligere publisert av Helsedirektoratet, for eksempel forrige versjon av veilederen. Både Norheim-utvalget og Magnussen-gruppen understreket at det snarest bør etableres anslag for alternativkostnad i Norge basert på egne analyser. Legeforeningen støtter deres vurdering og mener dette bør vurderes nærmere. Uansett bør usikkerheten ved dagens estimat kommuniseres tydelig.

Helseeffekter verdsettes lavere i helsesektoren. Det konkluderes med at verdsettingen i helsesektoren er sammenlignbar med verdsettingen i øvrige sektorer. Dette er basert på to avgjørende forutsetninger: At Magnussen-gruppens trappeinndeling skal videreføres til høyere kostnadsgrense ved høyere alvorlighet (forlenges lineært), og at prinsippene for ulik tiltaksgrense ved ulik grad av alvorlighet også skal omfatte tiltak i andre sektorer enn helsesektoren. Forutsetningen har ikke annen støtte enn at veilederen velger å legge disse til grunn. Verken Norheim-utvalgets eller Magnussen-gruppens rapport og forslag til inndeling, gir støtte for en tolkning av høyere grense ved høyere alvorlighet. Hvis en legger til grunn de faktiske helsetapsklassene sine grenseverdier, viser sammenligningen at helsesektoren i realiteten opererer med lavere grense for nye tiltak enn grenser basert på VSL som anvendes i andre sektorer, og bekrefter at helsesektoren vedsetter helseeffekter lavere enn andre sektorer.

Veilederen er vanskelig tilgjengelig og har forbedringspotensial med hensyn til oppbygging

Veilederen bør ligne mer på en bruksanvisning. På første side i veilederen angis det at "det viktigste formålet med den foreliggende veilederen er å bidra til flere analyser med tilstrekkelig kvalitet, konsistens og relevans slik at disse kan inngå som del av beslutningsgrunnlag ved prioritering av tiltak som har helsekonsekvenser." Men for den målgruppen vi uttaler oss på vegne av, "ledere og medarbeidere i departementer, statlige og kommunale virksomheter og helseforetak", etterlyser vi en utdyping av spørsmålet om når veilederen skal komme til anvendelse. Hvordan er den tenkt brukt? Med en veileder forstår vi en trinn for trinn-angivelse av hvordan man skal gå frem. Det i veilederen som minner mest om en bruksanvisning til samfunnsøkonomiske analyser av helseeffekter er de første sidene, hvor det angis hvilke trinn man bør gå gjennom for å vurdere *hvorvidt* det skal gjennomføres en analyse av helseeffekter. Vi etterlyser en pedagogisk tilnærming i innledningen, der man gjør rede for hvordan veilederen er tenkt brukt i de ulike målgruppene.

Språkbruken bør ta hensyn til ulike forkunnskaper. Språkbruken i veilederen synes å ha som utgangspunkt at målgruppen består av helseøkonomer, og virker fremmedgjørende på en som ikke selv har helseøkonomisk bakgrunn. Den er teoretisk anlagt, og det virker som man tar for gitt at alle som leser veilederen skal ha kjennskap til og forstå økonomisk terminologi. For eksempel tas det for gitt at alle vet hva QALY er, og er kjent med debatten rundt størrelsen. Hvis ikke de praktiske sidene ved en samfunnsøkonomisk analyse ikke synliggjøres, er det vanskelig for en gjennomsnittlig leser å overskue alle konsekvensene av forslagene i veilederen. Her kan konkrete eksempler på bruk av samfunnsøkonomiske analyser med helseeffekter trekkes inn, muligens som en utdyping av kapittel 3. Legeforeningen imøteser derfor en bestrebelse på å fremstille sakskomplekset i denne veilederen til ikke-økonomer, i en språkdrakt som er mer i tråd med Helsedirektoratets veileder fra 2007 med samme navn. Her vil vi også nevne Erik Nords innføring i nytte-kostnadsanalyser som er en pedagogisk innføring i noen sentrale helseøkonomiske begreper rettet mot ikke-økonomer.⁶

Legeforeningen ser frem til konstruktiv dialog og videre samarbeid med Helsedirektoratet for å bidra til å at veilederen tjener sitt formål – å legge til rette for gode samfunnsøkonomiske analyser med helseeffekter – på en slik måte at prioriteringen innad i og mellom sektorer blir best mulig.

Med hilsen
Den norske legeforening



Geir Riise
Generalsekretær



Jorunn Fryjordet
Avdelingsdirektør

Saksbehandler
Vemund Vikjord

¹ NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, side 25-26.

² Final Activity Report. European Consortium in Healthcare Outcomes and Cost-Benefit Research 2013, side 9.

³ På ramme alvor, Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet oktober 2015, side 50.

⁴ NOU 2012:16 Samfunnsøkonomiske analyser.

⁵ Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. Direktoratet for økonomistyring 2014.

⁶ Helseøkonomi – kort innføring i nytte-kostnads-analyser. Tidsskriftet for den norske legeforening, 2002.