

Helse- og omsorgsdepartementet

Pb 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref: 201203938-/ANK  
Vår ref: 12/1940-2/PHLE/ELFM  
Dato: 09.01.2013

## NOU 2012: 16 Samfunnsmessige analyser - kommentarer til høringsnotat

Vi har i vår høringsuttalelse begrenset oss til å kommentere kapittel 10 – Verdsetting av liv og helse.

Vi slutter oss til utvalgets hovedkonklusjoner når det gjelder helseøkonomiske analyseverktøy. Samtidig savner vi omtale av en analysetype som trolig vil få økende betydning i helsesektoren i kommende år.

Vi understreker og forsterker følgende tre av utvalgets konklusjoner.

- (1) Kroneverdien av et statistisk liv slik det er estimert i f.eks. samferdselssektoren kan i utgangspunktet brukes som et forankringspunkt for analyse også i helsesektoren, men da for forebyggende tiltak som gir 'små risikoreduksjoner for de mange og for uidentifiserbare individer'. I andre kontekster i helsevesenet kan verdien være langt høyere.
- (2) Det er etter vårt syn ikke grunnlag for å anbefale en bestemt kroneverdi for leveår eller kvalitetsjusterte leveår i helsesektoren.
- (3) Monetær nytte-kostnadsanalyse basert på individuell betalingsvillighet for risikoreduksjon er i denne sektoren som regel uhensiktsmessig.

Vi mener at det i helsesektoren i hovedsak trenges to analysetyper:

**Den ene** er kostnad-per-QALY-analyse, som utvalget omtaler. Slike analyser belyser hvor mye samlet individuell effekt og nytte man oppnår ved ulike måte å bruke helsekronene på. De kan betraktes som analyser av produktivitet eller kostnadseffektivitet.

**Den andre** analysetypen er kostnad-verdi-analyse, som utvalget ikke nevner. Den kan ha flere former. Det essensielle er at man bruker en måleenhet for verdi som reflekterer ikke bare størrelsen og den personlige nytten av ulike helseeffekter, men også hvilken vekt samfunnsmessige beslutningstakere tillegger effekter av tiltak når hensyn tas til fordelingsrettferdighet. Verdi uttrykkes da i «veiede QALYs» (equity weighted QALYs). Vektlegging av alvorlighetsgrad kommer her inn, men også ønsker om å realisere ulike pasientgruppers potensialer for helse, hva enten de kan bli helt eller bare

delvis friske/funksjonsdyktige/symptomfrie. Avtagende grenseverdi av både «utility»-gevinster og leveårsgevinster står sentralt i denne analysetypen.

Kostnad-verdi-analyse gir grunnlag for å angi ikke én, men et sett av tentative grenser for hva som bør være myndighetenes betalingsvillighet for ulike teknologier, intervensjoner og programmer (såkalt «myndighetsbestemt betalingsvillighet»). Tentative betalingsvillighetsgrenser følger direkte (aritmetisk) av de veiede QALYs og kan variere betydelig med ulike kjennetegn (f.eks. alvorlighetsgrad).

En bestemt variant av kostnad-verdi-analyse har vært beskrevet i Legemiddelverkets retningslinjer for legemiddeløkonomiske analyser siden 2002 og er også omtalt i Helsedirektoratets utkast til veileder fra 2011. Den bygger på omfattende empirisk forskning særlig i 1990-årene om preferanser for fordelingsrettferdighet – herunder alvorlighetsgrad – bl.a. ved Folkehelseinstituttet (Nord, 1999; Nord og medarbeidere, 2010).

I Nederland introduseres nå en variant av kostnad-verdi-analyse i form av at betalingsvillighet for QALYs anslås som en funksjon av alvorlighetsgrad målt som forventet QALY-tap i restlevetida (Van Wetering et. al, 2012).

I England tar Helsedepartementet sikte på å innføre «Value Based Pricing» av legemidler fra 2014, der de vurderer å innføre vekter for QALYs bl.a. etter alvorlighetsgrad (Department of Health, 2011).

I Australia har forskere reist spørsmål ved vektleggingen av kostnader i konvensjonell helseøkonomisk analyse (Richardson et. al, 2012).

Selv om utfordringer mht data fortsatt gjenstår, er det utilfredsstillende at kostnad-verdi-tilnærmingen, som altså både eksisterer i Legemiddelverkets retningslinjer og møter voksende internasjonal interesse, overhodet ikke er nevnt av utvalget og at man ikke redegjør for hva som faktisk finnes av evidens (jfr. utvalgets omfattende redegjørelser for VLS-studier). Det er positivt at utvalget understreker at prioriteringer og betalingsvillighet ikke bare kan bestemmes av QALYs og kostnadseffektivitet. Men avsnittet om «terskelverdier» side 149, og dets referanser kun til «late comers» som Weinstein og Grosse – gir et lite tilfredsstillende bilde av «status presens». Det samme gjelder referansen til Helsedirektoratets illustrasjon om alvorlighetsgrad (s152). Utvalget kunne med fordel ha orientert seg grundigere om de siste 15-20 års forskning og utvikling for å forbedre konvensjonell helseøkonomisk metode.

Vi har ellers følgende mindre kommentarer:

Kapitlet har svært mange gjentakelser, bl.a. om forholdet mellom VLS, VOLY og QALY og forholdet mellom små risikoer for mange og større risikoer for færre, identifiserbare individer. I eventuelle seinere oppfølgingsdokumenter bør dette unngås.

S141, nederst annen spalte: Definisjonen av «ex post» er uvanlig og innebærer en sammenslåing av to forhold – tid og identifiserbarhet. Dette virker ikke holdbart. Ser man f.eks. tilbake på en reduksjon i antall ulykker, vet man ikke hvem som slapp å bli rammet.

S 143, annen spalte: QALY er en måleenhet, ikke et måleinstrument. QALYs er ikke «satt sammen av en indikator som ligger mellom null og én». En full score på indikatoren er ikke «et kvalitetsjustert leveår lik 1».

S149, øverst i annen spalte: En terskel må trækkes over, ikke krypes under. Dens høyde er m.a.o. en minstegrense, ikke en maksimalgrense. Her gjør også NICE i England etter vår mening feil når de kaller maksimal betalingsvillighet for en QALY for «threshold».

Referanser:

Department of Health, UK. Value Based Pricing. Response to Consultation. 2011.

Nord E. Cost-Value Analysis. Making sense out of QALYs. Cambridge University Press 1999.

Nord E, Enge A, Gundersen V. Is the value of treatment proportional to the size of the health gain? Health Economics 2010, 19, 596-607.

Van de Wetering EJ et al. Balancing efficiency and equity. European Journal of Health Economics 2012.

Richardson J et al. Maximising health versus sharing. Social Science & Medicine 2012, p 1351-1361.

Hvis det er behov for ytterligere informasjon eller noe er uklart kan seniorforsker Erik Nord kontaktes på epost: [erik.nord@fhi.no](mailto:erik.nord@fhi.no) eller telefon 21078178.

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vennlig hilsen

Ellinor F. Major  
divisjonsdirektør

Anne Reneflot  
avdelingsdirektør