

Finansdepartementet

Postboks 8008 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 12/3938
Vår ref.: 12/9078-2
Saksbehandler: Fredrik Arneberg
Dato: 11.12.2012

Høringssvar på NOU 2012: 16 om samfunnsøkonomiske analyser

Vi viser til høringen på NOU 2012: 16 om samfunnsøkonomiske analyser, med tilhørende høringsbrev.

Helsedirektoratets kommentarer er nærmere beskrevet i vedlagte notat.

Vennlig hilsen

Fredrik A.S.R. Hanssen e.f.
seniorrådgiver

Fredrik Arneberg
rådgiver

Vedlegg: 1

Kopi:
Helse- og omsorgsdepartementet

Til: Finansdepartementet
Kopi: Helse- og omsorgsdepartementet

Dato: 11.12.2012
Saksnr.: 12/9078-2

Notat

Fra: Avdeling finansiering og DRG
Saksbehandler: Fredrik Arneberg
Ansvarlig: Leena Kiviluoto

Høringsvar på NOU 2012: 16 om samfunnsøkonomiske analyser

Helsedirektoratets kommentarer fokuserer i all hovedsak på vurderingene og konklusjonene i kapittel 10 i utvalgets innstilling, som hovedsakelig omhandler verdsetting av liv og helse.

NOU 2012: 16 viderefører etter vårt syn i all hovedsak tidligere anbefalinger og vurderinger om verdsetting av liv og helse som er angitt i NOU 1997: 27¹, og representerer i stor grad kun en innstilling om at dagens praksis bør videreføres. Den primære analysemetoden i andre sektorer er nytte-kostnadsanalyser hvor virkningene verdsettes økonomisk. De primære analysemetodene i helsesektoren er kostnad-per-QALY eller kostnad-effektanalyser. I helsesektoren inngår dermed som oftest ikke helsegevinstene i analysen med en økonomisk verdi, men anslås i stedet i form av en kostnadseffektivitetsbrøk med kvalitetsjusterte leveår (QALYs) eller naturlige enheter (f.eks. leveår) som måleenhet i nevneren.

I helsesektoren utføres økonomiske evalueringer særlig for behandlingstiltak eller legemidler. På folkehelseområdet har imidlertid tverrsektorielle tiltak hatt hovedfokus, og tilknytningen til de mer tradisjonelle samfunnsøkonomiske metodene, så som nytte-kostnadsanalyse der også helsegevinster gis en økonomisk verdi, er større. Begge disse perspektivene er forsøkt ivaretatt i Helsedirektoratets nye veileder for økonomisk evaluering (se omtale senere i teksten).

Begrepsbruk og verdigrunnlag

Helsedirektoratet mener at NOU 2012: 16 forklarer sentrale begreper og analysemetoder som anvendes i helsesektoren på en god måte, og synes det er positivt at metodikken settes det i sammenheng med samfunnsøkonomiske analyser generelt.

¹ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/nouer/1997/nou-1997-27.html?id=116359>

I helsesektoren omtales analyser av kostnadseffektivitet som en «økonomisk evaluering» og den utføres i et ex-ante perspektiv, før et nytt tiltak eventuelt iverksettes, ikke i etterkant slik det i noen tilfeller kan forstås. Betegnelsen «økonomisk evaluering» er brukt fordi det er det begrepet som anvendes i helsesektoren om slike analyser. Høringsutgaven av Helsedirektoratets veileder ble omtalt som veileder i samfunnsøkonomisk analyse av helsetiltak.

Det er også positivt at utvalget omtaler verdigrunnlaget for prioritering i helsesektoren, og hvilken betydning det kan ha for betalingsvilligheten for helsegevinster (jf. diskusjonen om terskelverdi). Utvalgets omtale av verdigrunnlaget for prioritering i helsesektoren bidrar til å plassere den økonomiske evalueringen i en større kontekst, hvor også andre hensyn enn (kostnads)effektivitet er viktige. Dette er det også lagt vekt på å belyse i helsesektorens veileder (både høringsutgave og endelig utgave). Offentlige myndigheters betalingsvillighet for helsegevinster er for tiden til diskusjon i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering og saken skal belyses ytterligere i løpet av 2013.

Helsesektorens veileder for økonomisk evaluering av helsetiltak

Helsedirektoratet publiserte den 22.11.2012 en veileder i økonomisk evaluering av helsetiltak². Generelt er det godt samsvar mellom gjeldende veileder for samfunnsøkonomiske analyser fra Finansdepartementet, utvalgets vurderinger, tidligere utvalgs vurderinger og anbefalingene i helsesektorens veileder. Helsedirektoratets veileder omhandler både forebyggings- og behandlingstiltak, og analysene anbefales brukt i beslutninger på overordnet nivå (ikke på enkeltpasientnivå). De primære analysemetodene er kostnad-per-QALY analyser, alternativt kostnad-effektanalyser dersom QALYs ikke lar seg beregne. I tillegg kommer en anbefaling om at nytte-kostnadsanalyser kan utføres for sektorovergripende forebyggingstiltak. Med denne analysemetoden er det behov for et anslag på den økonomiske verdien av et leveår med full livskvalitet, alternativt 1 QALY.

Det er noen mindre avvik i forhold til gjeldende anbefalinger i Finansdepartementets veileder for samfunnsøkonomiske analyser. Avvikene har sammenheng med egenskaper ved helsesektorens primære analysemetoder og etablert praksis i helsesektoren. Det åpnes for eksempel for separat beregning av produksjonsvirkninger, og skattekostnad er foreløpig ikke med i helsesektorens analyser. Dette er to områder det må jobbes videre med i en revisjon av helsesektorens veileder.

Kostnad-per-QALY analyser i helsesektoren

Helsedirektoratet merker seg at utvalget konkluderer med at kostnad-per-QALY-analyse (CUA), eventuelt kostnad-effekt analyser bør være de primære analysemetodene av helsetiltak (både behandling og forebygging). Dette gir godt samsvar med etablert praksis i helsesektoren.

² <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/veileder-i-okonomisk-evaluering-av-helsetiltak.aspx>

Behov for en standard for verdsetting av liv og helse i analyser av sektorovergripende folkehelseiltak, med nytte-kostnadsanalyse som analysemetode

Helsedirektoratets anbefaling om nytte-kostnadsanalyser med en økonomisk verdi på leveår og QALYs avgrenses i denne omgang til sektorovergripende folkehelseiltak etter tidligere anbefalinger (Helsedirektoratet 2007). Helsedirektoratet har imidlertid merket seg at utvalget er kritiske både til det teoretiske og empiriske grunnlaget for «en myndighetsbestemt referanseverdi på en QALY». En slik verdi ble anbefalt i rapporten fra Helsedirektoratet om helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser i 2007. I Helsedirektoratets rapport nevnes muligheten for konsistens mellom verdien av statistiske liv og verdien på leveår og QALYs. Utvalget illustrer på en god måte hvilke forutsetninger/antakelser som må være tilstede for at en slik konsistens skal være gyldig.

Helsedirektoratet har i den nye veilederen for økonomisk evaluering i helsesektoren, opprettholdt den midlertidige anbefalingen om en felles referanseverdi, fordi verdien av statistiske liv (VSL) har begrenset anvendelsesområde i analyser av sektorovergripende folkehelseiltak, med nytte-kostnadsanalyse som analysemetode. Det ligger her en avveining mellom et ønske om høy detaljgrad i den økonomiske verdsettingen av et sentralt effektmål (helsekonsekvenser) mot en mulig økt usikkerhet knyttet til validiteten av anslaget for betalingsvillighet for leveår og QALYs. Dette er noe det må jobbes videre med i en senere revisjon av helsesektoren veileder og generelt.

Utvalget påpeker selv denne avveiningen i kapittel 10.7.2 «bør økonomiske verdier som eventuelt benytte svære like for alle sektorer»):

Når det er uklart om økonomiske verdier inkludert i en nytte-kostnadsanalyse faktisk reflekterer befolkningens betalingsvillighet, blir analyseresultatene vanskelige å tolke, og det blir dermed også uklart hvordan analysen kan bidra til bedre beslutninger. Utvalget ser imidlertid at verdsetting av liv og helse, både i form av VSL, VOLY og verdsetting av QALY, i praksis inngår i samfunnsøkonomiske analyser på ulik måte i ulike sektorer. Dette er i utgangspunktet uheldig.

Dersom en til tross for de praktiske og prinsipielle vanskene med å fastslå betalingsvillighet for statistiske leveår og QALY likevel ønsker å bruke økonomiske verdier for disse, og ønsker at verdiene skal være noenlunde konsistente med anslaget en benytter for VSL, kommer en i praksis kanskje ikke utenom en form for kalibrering der VOLY og verdien av en QALY utledes på grunnlag av VSL (jf. boks 10.1), til tross for at en slik kalibrering hviler på en del kritiske antagelser

Anvendelsen av referanseverdien, som det vises til i Helsedirektoratets veileder, er begrenset til primærforebyggende tiltak/folkehelseiltak og et tverrsektorielt perspektiv. Da kan det argumenteres for at sentrale forutsetninger knyttet til verdsetting av liv og helse i kroner og øre (ikke-identifiserbarhet, små risikoreduksjoner, ex-ante perspektiv), i større grad er oppfylt enn dersom anvendelsen av tiltenkt for behandlingstiltak.