

## Kronikk

# Prioritering og helse – bør det innføres makspris på leveår?

Samfunnet og helsetjenesten har begrensede ressurser, og noen helsetiltak må derfor nedprioriteres. En veiledende grense for hvor mye samfunnet skal være villig til å betale for et leveår, vil kunne bidra til å mer helse fra knappe budsjetter. Forfatterne argumenterer i denne kronikken for at det bør settes en eksplisitt grense for hva samfunnet skal være villig til å betale for helsegevinster.

*Oppgitte interessekonflikter:*  
Se til slutt i artikkelen

### Ivar Sønbo Kristiansen

*ivarsk@c2i.net*  
Institutt for helseledelse og helseøkonomi  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1089 Blindern  
0317 Oslo  
og  
Forskningsenheden for almen praksis  
Syddansk Universitet  
Odense

### Dorte Gyrd-Hansen

Centre for Health Management, Copenhagen  
Business School  
og  
DSI Institut for Sundhedsvæsen

De siste ti år har helsetjenesten i Norge hatt en sterkere økning i ressurstilgangen enn helsetjenesten i de øvrige nordiske land, men svakere enn i USA (fig 1) (1). Likevel er mange oppgaver uløste i norsk helsevesen, og nye, kostnadskrevenne behandlinger vil bli tilgjengelige i årene fremover. Det vil være nødvendig å prioritere selv om den sterke veksten i ressurstilgang skulle fortsette. Den store utfordringen ligger i å velge prinsipp for å prioritere bort helse-tiltak. Ulike prinsipper gir nemlig ulik prioritering. I praksis har det danske kaller «skraldespandmetoden» vært mye brukt: De som roper høyest, får sine tiltak prioritert.

Lønning-utvalgene slo fast at prioritering bl.a. bør skje etter alvorlighetsgrad (2). I praksis er alvorlighetsgrad imidlertid et problematisk kriterium, delvis fordi det er vanskelig å måle, og delvis fordi noen tiltak blant de alvorligst syke har liten eller ingen effekt. Lønning-II-utvalget konkluderte også med at behandlingens effekt og kostnader er etiske relevante argumenter ved prioritering (2), noe som nå er nedfelt i pasientrettighetsloven § 2-1 der det heter at «retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt». Loven fastslår altså at forholdet mellom kostnad og effekt skal være et av kriteriene i prioriteringen. En slik bestemmelse vil neppe få noen praktisk betydning, med mindre man konkretiserer hva som menes med «effekt» og «rimelig forhold». Nettopp dette har vært et sentralt tema innen helseøkonomi, der man de siste 30 år har utviklet metoder for å måle og verdsette forbedring i livslengde eller livskvalitet (3, 4).

I det følgende vil vi kort skissere hvordan økonomisk evaluering kan bidra til å belyse pasientrettighetslovens formulering om et «rimelig forhold» mellom kostnad og effekt. Vi vil deretter drøfte hvordan man kan benytte økonomisk evaluering for å prioritere ned tiltak ved å sette en øvre grense for hvor mye samfunnet skal være villig til å betale for helsegevinster.

### Effektivitetsbegrepet i økonomisk teori

I økonomisk evaluering beregner man kostnaden av et helsetiltak i forhold til dets effekt. Ofte uttrykker man resultatet av analysen som kostnad per vunnet leveår. Følgende eksempel kan illustrere hvordan slike kostnad-effekt-forhold kan brukes i prioritering. Anta at et helseforetak har fått forslag om å iverksette seks ulike helsetiltak, og at kostnad per vunnet leveår er beregnet for hver av dem (tab 1). Dersom helseforetaket har et disponibelt budsjett på 50 millioner kroner for nye tiltak, ville man vinne 302 leveår ved å velge tiltak A, B, C, E og F, mens man ville vinne 1 280 leveår ved å velge C, D, E og F. Dette enkle eksemplet viser for det første at det ikke nødvendigvis lønner seg å prioritere tiltak med lave total-kostnader dersom man søker å maksimere nytten av ressursinnsatsen. Tiltak B koster for eksempel bare 5 millioner, mens kostna-

den per vunnet leveår er høy fordi effekten ved dette tiltaket er liten. For det andre viser det at kostnadene av et tiltak kan uttrykkes så vel i kroner som i helsetap. Tiltak 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 tiltak mener vi nyttetapet i den beste alternative anvendelse av de aktuelle ressurser. I dette perspektivet «koster» tiltak A og tiltak B til sammen 1 000 leveår fordi de fortrenger tiltak D dersom de 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 det gitte budsjett. Man rangerer programmene etter økende kostnad per vunnet leveår, som i vårt eksempel gir rekkefølgen D, E, C, F, A og B (tab 1), og gjennomfører programmer inntil total-kostnaden er lik disponibelt budsjett, som i vårt eksempel betyr program D, E, C og F. Enhver annen programkombinasjon ville gi en lavere samlet leveårsgevinst. Ved å prioritere på grunnlag av kostnad-effekt-forholdet sikrer man at ressursinnsatsen gir maksimal nytte, som vi i dette eksemplet har definert som vunne leveår. Helseforetakets maksimale betalingsvilje for vunne leveår er 125 000 kroner.

Det er lett å se begrensninger i dette enkle eksemplet. For det første er økonomiske analyser beheftet med usikkerhet. For det andre vil antall aktuelle tiltak være langt større enn seks, og man vil bare unntaksvis ha data for kostnader og nytte. For det tredje omfatter nytte mer enn vunne leveår. Nyttemålet kvalitetsjusterte leveår kan i prinsippet fange opp helsegevinster knyttet til så vel livskvalitet som leveår, men metoden innebærer betydelige verdsettingsproblemer (5). Dessuten egner metoden seg dårlig til evaluering av pleie og omsorg. For det fjerde kan det hevdes at helsevesenets prioriteringer bør skje på grunnlag av pliktetik og ikke nytteetik. Til tross for alle begrensninger kommer man likevel ikke utenom 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) tiltak eller pasienter som blir nedprioritert. Fordi alle helsetiltak har en alternativkostnad, kan den tradisjonelle



Illustrasjon Kari Stai, Patron

medisinske etikk (pliktetikken) ikke stå alene, men må suppleres med en nytteetisk tilnærming.

Økonomisk evaluering har fått større og større plass i norsk helsepolitikk. Myndighetene har med virkning fra 2002 stilt krav om at legemiddelfirmaer som vil ha offentlig refusjon for nye medikamenter, må fremlegge dokumentasjon for deres kostnadseffektivitet. Allmennleger hevder at behandling av risikotilstander som hypertensjon bør baseres bl.a. på vurderinger av kostnadseffektivitet (6).

Økonomiske analyser av kostnader og effekter gir i seg selv ikke bedre prioritering. Hvis økonomisk evaluering skal medvirke til større helsegevinster, må samfunnet si nei til noen tiltak for å sikre ressurser til de mest kostnadseffektive tiltakene. Det betyr at samfunnet må sette en grense for hvor mye det skal være villig til å betale for helsegevinster.

#### Faktorer som påvirker betalingsviljen

Det er mange faktorer som både kan og bør påvirke samfunnets vilje til å betale for

helsegevinster. 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. Når liv står i akutt fare, spør man oftest først etterpå hva tiltakene kostet og hvilken nytte de kunne forventes å gi. Hvis man handler etter det som på engelsk kalles «rule of rescue» vil samfunnets betalingsvilje som regel være høy. Det stiller seg gjerne annerledes med «statistiske liv». Forebygging av hjerte- og karsykdom reduserer dødeligheten, men vi vet ikke hvem som har nytte av tiltakene eller hvor store effektene er for enkeltindividet. I slike tilfeller er betalingsviljen som regel mindre.

Når det gjelder tiltak som ikke er livredende, 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. Det finnes foreløpig ingen behandling som helbreder sykdommen, men behandling som forsinker sykdomsprosessen blir prioritert selv om

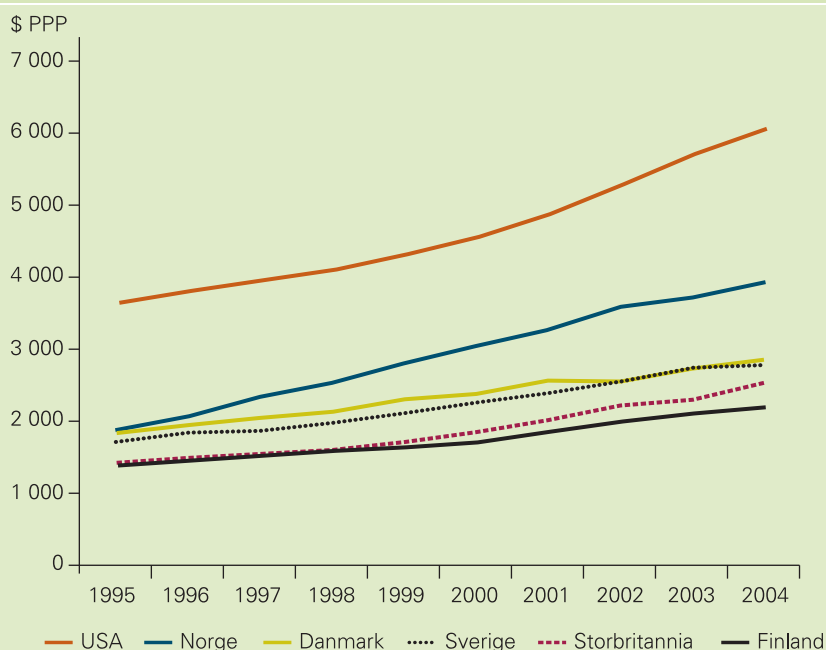
kostnaden per kvalitetsjustert leveår er høy (7).

Flere av eksemplene på høy faktisk betalingsvilje gjelder pasienter med sjeldne tilstander, f.eks. Gauchers 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 forutsigelige.

Dersom det er godt dokumentert at en behandling har den tilskattede effekt, vil dette kunne øke samfunnets vilje til å finansiere tiltaket. Mens det i begynnelsen av 1990-årene var heftig diskusjon om bruken av kolesterolsenkende medikamenter, bidro flere overbevisende kliniske studier til at statiner både fikk offentlig refusjon og bred anvendelse. Når derimot medikamenter mot fedme ikke har fått offentlig finansiering, kan årsaken blant annet være mindre overbevisende effekt.

Også andre faktorer kan påvirke samfunnets betalingsvilje for helsegevinster. Noen av disse er etablert som rimelige kriterier. Det synes å være bred politisk enighet om

**Figur 1**



Totalt helsetjenesteforbruk per innbygger per år målt i kjøpekraftjusterte amerikanske dollar (\$ purchasing power parity (PPP)) etter land og år. Basert på tall fra OECD Health Data 2006 (1)

at folk skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted. Det betyr i praksis at det er større betalingsvilje for helsegevinster i utkantstrøk der det koster mer å produsere helsetjenester. Andre faktorer kan være viktige, men ikke nødvendigvis legitime (8).

**Grenser for samfunnets betalingsvilje**

Dersom man legger til grunn prinsippet om mest mulig helse ved prioriteringer, vil man rangere helsetiltak etter stigende kostnad i forhold til effekt. Tiltakene gjennomføres etter stigende forholdstall, og samfunnets maksimale betalingsvilje blir forholdstallet for det siste tiltaket som gjennomføres. I tabell 1 er betalingsviljen 125 000 kroner per vunnet leveår når budsjettet er 50 millioner. Det er flere grunner til at et slikt mekanistisk prinsipp ikke kan brukes i praktisk prioritering. For det første har en rekke tiltak effekt på livskvalitet og ikke på livslengde, men dette problemet kan løses

ved å fastsette en grense for betalingsviljen for kvalitetsjusterte leveår. For det andre mangler vi analyser av svært mange aktuelle helsetiltak. For det tredje påvirkes samfunnets prioriteringer av en rekke faktorer utover kostnad-effekt-forholdet, slik vi alt har pekt på. 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.

**Prinsipper for grensesetting**

Det er i prinsippet tre tilnærminger hvis man skal sette en øvre grense for hvor mye samfunnet skal være villig til å betale for helsegevinster. Man kan ta utgangspunkt i tidligere prioritering, verdsette statistiske liv, eller sette en pragmatisk grense.

**Konsistens og tidligere prioritering**

Man kan se historisk på politiske beslutninger og vurdere om det finnes en implisitt grense i den politiske beslutningsprosessen.

Eksempler på faktiske prioriteringer i norsk helsetjeneste tyder på at det er lite konsistens i beslutningene og følgelig vanskelig å trekke konklusjoner om betalingsvilje (9). I en australsk undersøkelse fant man at «blåreseptkomiteen» generelt ikke anbefalte refusjon for nye medisiner når kostnaden per vunnet leveår oversteg ca. 280 000 kroner, mens engelske helsemyndigheter syntes å ha en grense i størrelsesorden 360 000 kroner (10).

**Verdsetting av statistiske liv**

En annen tilnærming er direkte avdekning av befolkningens betalingsvilje for å redde et statistisk liv. Transportøkonomisk institutt har brukt denne metoden og beregnet at verdien av et tapt menneskeliv er 18,6 millioner 1999-kroner (11). I beregningene er det antatt at det i gjennomsnitt tapes 37,2 leveår per dødsulykke. Verdien av et vunnet leveår er etter dette 730 000 2002-kroner ved 5 % diskontering eller 930 000 ved 7 %.

Hvis man antar at verdien av helsegevinster er uavhengig av om de fremkommer ved trafikktiltak eller ved helsetiltak, kunne man anvende transportøkonomens verdsetting også for norsk helsetjeneste. Det skal dog påpekes at transportøkonomenes metode er temmelig usikker. Med utgangspunkt i faktisk eller hypotetisk betalingsvilje for å redde et statistisk liv kan verdien av et kvalitetsjustert leveår anslås til et sted mellom 650 000 kroner og 3 millioner kroner (12). Skulle så høye grenser for samfunnets betalingsvilje praktiseres konsekvent i Norge, ville det trolig medføre at helsebudsjettet måtte økes betraktelig. Det er imidlertid holddepunkter for at betalingsviljen for forbedring av livskvalitet tilsier atskillig lavere verdier enn dette (13).

**Pragmatiske grenser**

En tredje og mer pragmatisk tilnærming er å sette en grense som passer til det fastsatte budsjett og som kan fungere som en tomfingeregulering eller handlingsregel. En slik grense vil ikke ha noe teoretisk fundament, men vil i stedet være en praktisk hjelp i hverdagens prioriteringsdiskusjoner.

I amerikansk litteratur har det fra begynnelsen av 1980-årene vært vanlig å sette en grense på 350 000 kroner (50 000 dollar) for hva som kan anses å være kostnadseffektivt. 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 er antatt at kostnaden for dialyse på den tiden var ca. 350 000 kroner per år, og at dette kunne betraktes som en naturlig grense for samfunnets betalingsvilje (14). Til tross for inflasjon og generell vekst i økonomien er grensen blitt stående, men noen har foreslått

**Tabell 1** Kostnad og nytte ved seks ulike helsetiltak (programmer)

Program	Kostnad (i millioner kroner)	Nytte (antall leveår vunnet)	Kostnad per vunnet leveår (kostnad-effekt-forhold)
A	20	20	1 000 000
B	5	2	2 500 000
C	10	100	100 000
D	25	1 000	25 000
E	5	100	50 000
F	10	80	125 000



den økt til 420 000 kroner, og det finnes mange eksempler på at grensen i praksis er høyere i USA (14). I Storbritannia har 200 000 kroner per kvalitetsjustert leveår vært foreslått (15), men i praksis benyttes nok et høyere tall.

Verdensbanken har foreslått bruttonasjonalprodukt per innbygger per år som en pragmatisk grense for verdien av vunne leveår (9). En slik grense vil både ta hensyn til det enkelte lands økonomi og endringer over tid i økonomien. I Norge var BNP per innbygger ca. 335 000 kroner i 2001 eller 412 000 i 2005. I tråd med dette har 350 000 kroner vært foreslått som samfunnets maksimale betalingsvilje for gode leveår (9).

Finansdepartementet har i publikasjonen *Veileder for samfunnsøkonomiske analyser* (16) drøftet verdien av statistiske liv. Det heter her at «der gamle og syke dør noen måneder eller opptil noen få år tidligere enn de ellers ville ha gjort, bør en, som en følsomhetsanalyse, bruke verdien av et tapt statistisk leveår ... lik 425 000 2005-kr». Når man tar i betraktning at «gamle og syke» oftest har redusert livskvalitet, er det rimelig å tolke dette dit hen at Finansdepartementet anbefaler en grense på minst 425 000 kroner.

En del helsepolitikere har avvist tanken om å ha en veiledende grense for hvor mye samfunnet skal være villig til å betale for helseforbedringer. De samme politikerne vedtar imidlertid lover og forskrifter som implisitt forutsetter at det settes en «makspris» på helseforbedringer.

## Konklusjon

Vi mener det er på tide at samfunnet setter en tentativ grense for dets betalingsvilje for

helseforbedringer. Vårt hovedpoeng er ikke om denne grensen skal være 350 000 kroner, 425 000 kroner eller et annet beløp, men at bestemmelsen om en «rimelig kostnad i forhold til effekten» får et konkret innhold. Uansett hvilken grense man måtte velge, kan den lett kritiseres både ut fra et empirisk, teoretisk eller moralsk ståsted. Noen vil endog hevde at prioritering på basis av slike grenser er uttrykk for en stalinistisk tenkemåte som ikke hører hjemme i et demokrati. Man kunne imidlertid velge å la en tentativ grense stå sin prøve. Formålet med den vil være å identifisere og nærmere diskutere fornuften i å innføre tiltak med en høy alternativkostnad. Hvis det kan fremføres gode argumenter for å oppprioritere noen pasientgrupper på bekostning av andre, så vil det være mulig å overskride grensen. Hovedformålet er å videreføre prioriteringsdiskusjonen – og å gjøre den eksplisitt. Dersom man velger å la være å definere en grense, vil det ha en kostnad – i form av tapte leveår og tapt helse.

**Oppgitte interessekonflikter:** *Ivar Sønbo Kristiansen har mottatt honorar fra produsenter av medikamenter mot fedme. Han har også mottatt honorar fra offentlige myndigheter for å vurdere medikamenter mot fedme og mot hyperlipidemi. Dorte Gyrd-Hansen har ingen oppgitte interessekonflikter.*

*Forfatterne takker Rune Elvik som har bidratt med informasjon om betalingsvilje for trafikk-sikkerhetstiltak.*

## Litteratur

1. OECD health data 2006. Paris: OECD Publishing, 2006.
2. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. NOU 1997: 18. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1997.

3. Kristiansen IS, Stavem K, Linnestad K et al. Evaluering av medisinske metoder – kan vi stole på de økonomiske metoder? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 657–60.
4. Drummond MF, Sculpher M, Torrance GW et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3 utg. Oxford: Oxford University Press, 2005.
5. Nord E. Kvalitetsjusterte leveår – muligheter, begrensninger, alternativer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 2668–70.
6. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B et al. Medikamentell forebygging av hjertekarsykdommer i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2643–7.
7. Chilcott J, McCabe C, Tappenden P et al. Modelling the cost effectiveness of interferon beta and glatiramer acetate in the management of multiple sclerosis. *BMJ* 2003; 326: 522.
8. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 2127–33.
9. Kristiansen IS. Hvor mye bør samfunnet være villig til å betale for helseforbedringer? I: Bringedal B, Iversen T, Kristiansen IS, red. *Verdien av liv og helse*. HERO Skriftserie 2003: 6. Oslo: Universitetet i Oslo, 2003.
10. Raftery J. NICE: faster access to modern treatments? Analysis of guidance on health technologies. *BMJ* 2001; 323: 1300–3.
11. Elvik R. Hvor mye er unngåtte trafikkulykker verd for samfunnet? Oslo: Transportøkonomisk Institutt, 1993.
12. Hirth RA, Chernew ME, Miller E et al. Willingness to pay for a quality-adjusted life year: in search of a standard. *Med Decis Making* 2000; 20: 332–42.
13. Gyrd-Hansen D. Willingness to pay for a QALY. *Health Econ* 2003; 12: 1049–60.
14. Ubel PA, Hirth RA, Chernew ME et al. What is the price of life and why doesn't it increase at the rate of inflation? *Arch Intern Med* 2003; 163: 1637–41.
15. Woolf SH, Henshall C. Health technology assessment in the United Kingdom. *Int J Technol Assess Health Care* 2000; 16: 591–625.
16. *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Oslo: Finansdepartementet, 2005. (odin.dep.no/filarkiv/266324/Veileder i samfunnsok analyse (4.10.2006).)

*Manuskriptet ble mottatt 10.8. 2006 og ble godkjent 10.10. 2006. Medisinsk redaktør Jan C. Frich.*