

Hva vil samfunnet betale for liv og helse?

– Det er mange som reagerer når man vil tallfeste verdien på liv, og vi er ikke kommet langt nok til å sette en grense for hva et spart leveår skal koste samfunnet. Vi vil skape debatt blant alle aktører som har noe å si når knappe helsekroner skal fordeles på de som trenger det mest.

Det sa direktør Bjørn-Inge Larsen i Sosial- og helsedirektoratet på konferansen Verdien av liv og helse. Hvor mye bør samfunnet være villig til å betale for helseforbedringer? i Oslo i november. Han kunne skue utover en tallrik forsamling av forskere, økonomer, helsepersonell og byråkrater. Bare de inviterte politikerne fra Stortingets sosialkomité glimret med sitt fravær, med unntak av Olav Gunnar Ballo (SV). De folkevalgte gikk således glipp av anledningen til å drøfte det politisk brennbare spørsmålet: Hva er det rimelig at samfunnet skal betale for helsetjenester i forhold til tiltakets effekt?

Ubrukelige analyser

Ulike typer kostnadsanalyser ble gjennomgått. Mange som tok ordet i debatten senere mente at instrumentene vi har, er lite brukbare for å sikre at knappe ressurser går til de alvorligst syke som har størst nytte av tiltaket, samtidig som de tar hensyn til helserelaterte mål i tillegg til sparte leveår.

Nytte-kostnad-analyser basert på helseindekser (QALY: qualityadjusted life years) som reflekterer individuelle preferanser i analysen, ble presentert av økonom Astrid Grasdahl fra Universitetet i Bergen. Hun sa at svakheten ved slike analyser er at frisk teller mer enn syk i regnskapet, og at dette kan få uheldige fordelingsmessige konsekvenser.

– Nyten av økonomiske analyser er helt avhengig av at all informasjon om tiltakene blir presentert på en synlig måte overfor beslutningstakerne. Det gjøres ikke i dag, og her er det mye å hente for analysene kan tillegges noen betydning, sa hun.

Også Ivar Sønbo Kristiansen ved Senter for medisinsk metodevurdering var kritisk til økonomiske analysers relevans. – Det er ofte helt andre faktorer som styrer prioriteringene, blant annet inkonsistente beslutningstakere, sa han.

For å tilstrebe mer konsistente beslutninger mente Sønbo Kristiansen at det kan være hensiktsmessig å definere en grense for hva samfunnet som hovedregel skal være villig til å betale for et kvalitetsjustert leveår. Han foreslo at en veiledende grense kan være 350 000 kroner per vunnet leveår, noe som tilsvarer bruttonasjonalprodukt per innbygger per år. Det er Verdensbanken som har foreslått dette målet.

Folkeviljen rår

– Skjulte prioriteringer er et stort problem, sa Reidun Førde i Nasjonalt råd for prioritering av helsetjenester. Hun hevdet at politiske beslutninger i stor grad påvirkes av skjul-



Store beløp pøses ut på behandling som er lite dokumentert. Hvilken nytte har vi av det? Illustrasjonsfoto

te aktører og styres av skjulte verdier. Hun mente at legenes lojalitet til enkeltpasienter og manglende kunnskap om kostnader og effekt styrer de medisinske beslutningene og fører til skjevfordeling av midler.

Blant skjulte aktører som arbeider aktivt mot de folkevalgte og andre beslutningstakere trakk hun frem legemiddelindustrien, pasientorganisasjonene og sterke fagmiljøer. Hun etterlyste politikernes ansvarlighet i slike saker og oppfordret dem til å holde distanse til informasjonen som blir servert.

Olav Gunnar Ballo (SV) argumenterte for at helsepolitiske beslutninger ikke kan styres av økonomiske analyser alene. Han mente det er legitimt at det av og til er folkeviljen som styrer Stortingets beslutninger. Han brukte saken om Fosamax, som åpnet for at beinskjøre kvinner kunne få Fosamax på blåresept, som eksempel.

– Folkets sterke reaksjon i denne saken gjorde at politikerne var nødt til å lytte til folkeviljen. Det hadde jeg forståelse for. Nytte og kostnader kan ikke alltid holdes opp som det eneste riktige, sa Ballo. Han etterlyste måter å måle verdier på i vid forstand som også fanger opp slike aspekter.

Preget av holdninger

I innlegget sitt om hva samfunnet i praksis er villig til å betale for helseforbedringer, sa

1 helsemilliard kan dekke:

- 20 leveår ved å fjerne asbest i bilbremsebånd eller
- 5 000 leveår med raskere ambulanser eller
- 10 000 leveår ved å gi kolesterolsenkende legemidler til pasienter som har hatt hjerteinfarkt eller
- 50 000 kvinner i risikogruppen kan få et ekstra leveår uten lårhalsbrudd eller
- 100 000 leveår med vaksining av spedbarn eller
- klimareise for 40 000 revmatikere til Syden

Kilde: Ivar Sønbo Kristiansen

Ivar Sønbo Kristiansen at folks betalingsvilje er påvirket av holdningene deres. Han viste at det ikke er mange tusenlappene folk flest vil bruke på behandling av rusmisbrukere, selv om det kan være snakk om mange sparte leveår. I kontrast til dette viste han at det er stor villighet til å satse 17 millioner kroner i året til en bløder som trenger svært kostbar medikamentell behandling, selv om behandlingen ikke vil forlenge livet hans.

Han hadde også eksempler på tiltak der kostnader i forhold til nytte, er svært lave og eksempler på det motsatte. Han etterlyste en systematisk debatt og spurte om ikke enkelte helsetilbud koster mer enn de smaker. – Lar vi en slik debatt ligge, går mye helse tapt fordi vi ikke prioriterer tiltak der gevinsten er størst i forhold til nytten, sa han.

Konferansen var et samarbeid mellom Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo (HERO), Sosial- og helsedirektoratet og Senter for medisinsk metodevurdering.

– Nina Husom, Tidsskriftet
nina.husom@legeforeningen.no


Fragmin[®]
dalteparin sodium
PHARMACIA