

Helsedirektoratet

Dato: 01.10.2021
Deres ref.: 21/20230-1
Vår ref.: 2021/8651 HILDHENR

Innspill til høring om Veileder til utredningsinstruksen på folkehelseområdet

Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo takker for muligheten til å gi innspill til veileder for utredningsinstruksen på folkehelseområdet. Vi oversender med dette innspill fra Avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

Ved spørsmål rundt innspillet kan Eline Aas ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi kontaktes på eline.aas@medisin.uio.no, tlf 228 45 036.

Med hilsen

Ivar Prydz Gladhaug
dekan

Hans Mossin
konstituert fakultetsdirektør

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UiO og er derfor ikke signert.

Vedlegg: Høringsinnspill

Saksbehandler:
Hilde Henriksen
+4722845072, hilde.henriksen@medisin.uio.no



Det medisinske fakultet

Postadr.: Postboks 1078 Blindern, 0316 Oslo
Kontoradr.: Sogn Arena, Klaus Torgårds vei 3,
2. et., 0372 Oslo

Telefon: 22 84 53 00
Telefaks: 22 84 53 01
postmottak@medisin.uio.no
www.med.uio.no
Org.nr.: 971 035 854

Høringsinnspill

Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser:
Sektorveileder til instruks om utredning av statlige tiltak

På side 2 i veilederen er formålet med veilederen formulert: «Formålet med veilederen er å få statlige aktører som er forpliktet til å følge utredningsinstruksen i større grad til å vurdere og verdsette virkninger for befolkningens helse og livskvalitet i utredninger og iverksettelse av statlige tiltak».

Veilederen har et spesielt fokus på at konsekvenser i statlige sektorer (ikke helse), kan ha konsekvenser på andres sektorer som helse og at dette er konsekvenser som bør inkluderes i en samfunnsøkonomisk analyse.

I veilederen legges det dermed til grunn at analyser skal ha et samfunnsperspektiv, i motsetning til tiltak i helsesektoren som har et helsetjenesteperspektiv. Et samfunnsperspektiv er selve utgangspunktet for veilederen, og det kan kanskje være relevant å vurdere om veiledere for helsetjenesten også burde ha en samfunnsperspektiv.

Noen innspill til veilederen som kan være til nytte i det videre arbeidet.

1. **Bruk av begrepet folkehelse:** Veilederen er rettet mot folkehelse, men vi mener dette ikke er en nødvendig avgrensning. Ut fra veilederen (s.2), er formålet med veilederen at tiltak i sektorer utenfor helsetjenesten kan ha effekt på helse, og at helse da skal inkluderes i analysene, for eksempel at miljøtiltak (redusert utslipp) kan medføre positive konsekvenser på helse i form av unngått sykdom og behandling.
2. **Eksplisitt på valg av metode:** videre tror vi det ville vært en fordel om veilederen være litt mer eksplisitt på valg og metode. Slik veilederen er nå, er den generell, for eksempel med valg av helseutfall som kan estimeres både med QALYs eller DALYs, og ved bruk av ulike måleinstrument for å måle helse relatert livskvalitet (nødvendig for å beregne QALYs). En generell veileder, gir rom for subjektive vurderinger av hva som skal inkluderes i en analyse. En konsekvens kan bli at ulike aktører (kommuner) velger å inkludere forskjellige komponenter i den samfunnsøkonomiske analysen, som igjen vil medføre at ulike aktører kan få ulike resultater av samme tiltak. Klarere anbefalinger vil gjøre det enklere å sammenlikne analyser på tvers. Nedenfor er det noen eksempler på formuleringer som gir rom for skjønn:

Eksempler:

- Det er uklart om veilederen kun gjelder for andre sektorer enn helse. På side 2 står det beskrevet «særlig annen sektor». Hva menes med «særlig», kan denne veilederen omfatte helsetjenesten?
- Veilederen har inkludert en lang liste med ulike utfallsmål (Livskvalitet, leveår, helse relatert-livskvalitet, statistisk liv, mestring, sosial ulikhet og sykdomsbyrde)
- Valg av mål på HRQoL, skal det være EQ-5D-3L eller EQ-5D-5L? Hvilken tarriff skal benyttes for å beregne preferanser?
- På side 22 diskuteres hvorvidt helsekonsekvenser skal inkluderes, og det er beskrevet at vesentlige helseeffekter skal inkluderes. Hva er en vesentlig helseeffekt? Vi vet fra forebygging, at på gruppenivå, vil gjennomsnittlige helseeffekter ofte være små, mens

effekten for de som unngår sykdom kan være «stor». En skjønnsmessig vurdering av betydelig kan medføre ulik praksis og at konsekvenser ikke inkluderes da de vurderes som ubetydelige.

3. **Beslutningsregel:** Formålet med veilederen er at bedre samfunnsøkonomisk analyser av tiltak, ved å inkludere konsekvenser på helse, skal bidra til bedre beslutninger med hensyn til allokering av knappe ressurser. Det ville vært en fordel om veilederen inkluderte mer eksplisitt beslutningsregler for de ulike analysene, dette er særlig relevant for kostnadseffektivitetsanalyser. Hvordan skal resultatet av analysene tolkes og implementeres i en beslutning?
4. **Helseeffekter utover sektoren tiltaket settes i gang i:** Det er uklart fra veilederen om helse kun skal være en konsekvens av et tiltak utover effekter i sektoren som tiltaket settes i gang i. Dette bør klargjøres. Hvis bedre helse er hovedformålet med en studie, vil det kunne bli problemer med konsistens mellom ulike sektorer og veiledere. Her er et eksempel: Tilrettelegging av spesialopplegg innen pedagogikk for elever i skolen, kan ha effekt på både skolehverdag og prestasjoner, men kan også ha på psykisk helse og livskvalitet. Her er hovedeffekten innen sektoren, mens en annen konsekvens er på helse. Et annet eksempel er skolemat. Er formålet redusere overvekt, i så fall er det et helseutfall, mens andre effekter er virkninger (som konsentrasjon og/eller prestasjoner). I det siste tilfellet, vil et tiltak med hovedhensikt å bedre helse, bli vurdert annerledes enn helsetiltak i helsesektoren? Den nye Stortingsmeldingen for kommunene, opprettholder et helsetjenesteperspektiv for tiltak i helsetjenesten i kommunen. Hvordan skal kommunene kunne forholde seg til to ulike veiledere i noe som er så overlappende? Dette bør klargjøres.
5. **Dagens situasjon (o-alternativet):** Det er viktig betydningen av å beskrive o-alternativet, eller dagens praksis, i en analyse kommer tidlig i veilederen, da alle diskusjoner om konsekvenser må gjøres ut fra o-alternativet. Slik veilederen er nå, kommer ikke dette tydelig nok frem.
6. **Kunnskapsgrunnlag:** Veilederen inkluderer ikke krav til hvilket kunnskapsgrunnlag som skal legges til grunn for denne typen analyser. Skal det kreves en systematisk innhenting av dokumentasjon for effekt av et tiltak? Skal vi i denne typen studier kreve at det skal være randomiserte studier eller kan andre studiedesign være en like tilnærming? Hvordan skal kvaliteten på dokumentasjonen vurderes? I helsetjenesten brukes GRADE som et verktøy for å vurdere dokumentasjonsgrunnlaget.
7. **Ressursbruk innen helsesektoren:** Veilederen inkluderer kun konsekvenser på helse, og ikke konsekvenser for ressursbruken i helsetjenesten. Det er ikke klart hvorfor det er gjort en slik avgrensning.
8. **Konsistent på tvers av veileder – verdien av QALY:** I veilederen er håndtering/tiltak innen pandemien brukt som et eksempel. Dette er et problematisk eksempel på flere måter. For det første er det uklart om det er tiltak utenfor helsetjenesten. Her må det være mange tiltak både innenfor og utenfor helsetjenesten. Det betyr at tiltak for håndtering av pandemien kan følge ulike veiledere (helsetjenesten eller veilederen vi her vurderer). Det får to alvorlige konsekvenser:

1. Analysene skal gjennomføres med ulike perspektiv (helsetjeneste og samfunnsperspektiv)
2. Ulike grenseverdier for en vunnet QALY. Alt annet likt, vil det bety at vi vil prioritere tiltak utenfor tjenesten høyere enn innen tjenesten, som nye legemidler for covid-pasienter innlagt på intensiv. Dette fremstår som uheldig. Verdien av QALYs 1.4 mill, fra tabell v4.1, og er basert på produksjonsverdi. En høyere verdi av helsegevinster utenfor helsetjenesten enn innen tjenesten vil ikke medføre konsistente beslutninger, og en konsekvens kan være at det vil bli generert mindre helse.

I punkt 8 poengterer vi konsistens på tvers av veiledere med hensyn til verdien av en QALY, men det er viktig at dette følges opp på alle områder, også perspektiv.

Ta gjerne kontakt med Eline Aas hvis dere ønsker å diskutere noen av punktene i mer detalj.

Med hilsen

Gudrun MW Bjørnelv
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, UiO
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Emily Burger
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, UiO
Harvard T.H. Chan School of Public Health

Eline Aas
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, UiO
eline.aas@medisin.uio.no