

Foreslått utvidet program for testing for
genmutasjon og forebyggende fjerning av bryst og
eggstokker: Kostnad-nytte-betraktninger

Erik Nord

Seniorforsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt
Professor i helseøkonomi, Universitetet i Oslo

Kilder

- Rapport fra en arbeidsgruppe avgitt til Helsedirektoratet 130608.
- Norum J et al. Kostnad-effekt-analyse i European Journal of Cancer 2008.

Grupper med ulike virkninger

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| a. Kreft, nei til test. | Rett valg? |
| b. Kreft, positiv test, ikke inngrep. | Informere?
Angst? |
| c. Kreft, positiv test, inngrep. | Tap av livskvalitet? |
| d. Frisk, nei til test. | Angst? Rett? Informere? |
| e. Frisk, positiv test, ikke inngrep. | Angst? Rett? Informere? |
| f. Frisk, positiv test, inngrep. | Tap av livskvalitet? |

Hovedtall i det foreslåtte programmet

Ca 3200 testes årlig.

Ca 60 + 120 tester positivt.

PMB/PBSO reduserer dødelighet fra ca 70-90 % til <10 %.

I gj.snitt vinner opererte mutasjonsbærere ca 20 leveår hver.

Helsevesenets kostn. inkl testing hvis 100 friske opereres:

Utlegg 15-20 mill kr per år.

Nettokostnad (gitt seinere besparelser): 10-15 mill kr per år.

Utlegg per person (nå): ca 170.000 kr

Nettokostnad per person (over tid): ca 120.000 kr

Nettokostnad per leveår: 6.000 kr

Nettokostnad per diskontert leveår: 20.000 kr

Framtidige produksjonsgevinster:

Per person, diskontert: 500.000 kr.

For samfunnet: 50 mill kr per år

- Hovedkonklusjon: Leveårsgevinsten er høy i forhold til kostnad.
- Men flere metodelærdommer å trekke og spørsmål å stille.

Metodeproblem 1: Produksjonsgevinster ved unngått sykdom: Hva med forbruksvirkninger?

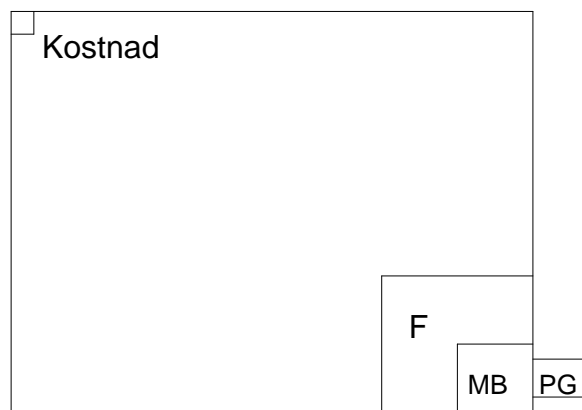
Samfunnskaka

MB (Mutasjonsbæreres del)

Forebyggende program koster, men gir
produksjonsgevinst (PG) ...



.. men målgruppen øker sitt forbruk (F).



Lærdom:

Når vi måler nytte for en pasientgruppe i form av vunne leveår, mener vi nødvendigvis leveår med all tilhørende aktivitet og forbruk.

Det vunne forbruket dekkes bare delvis av gruppens egen merproduksjon. Resten tas fra det øvrige samfunnskollektivet. Det utgjør en kostnad for dette kollektivet i tillegg til den direkte behandlingens kostnaden.

Hvilken vekt dette skal tillegges, kan diskuteres. Men vi må ikke inkludere produksjonsgevinster og se bort fra forbrukseffekter.

Korrigert regnestykke for skattebetalerne for finansiering av programmet i ett år (testing og inngrep)

- Framtidig merforbruk i målgruppen (diskontert):
 - Per behandlet: ca 1,5 mill kr
 - For 100 personer: 150 mill kr
- Årlig produksjonsgevinst (diskontert): 50 mill kr
- Årlig nettokostnad til programmet: 12 mill kr
- Nettoøkning av 'kaka': 38 mill kr
- Merforbruk i målgruppen: 150 mill kr
- Reduksjon i skattebetalerne del av kaka: 112 mill kr.

Metodeproblem 2: Er det riktig å diskontere framtidige helsegevinster?

'Discount' = regne som mindre, slå av på.

Begrunnelse: Det fjerne opptar oss mindre.

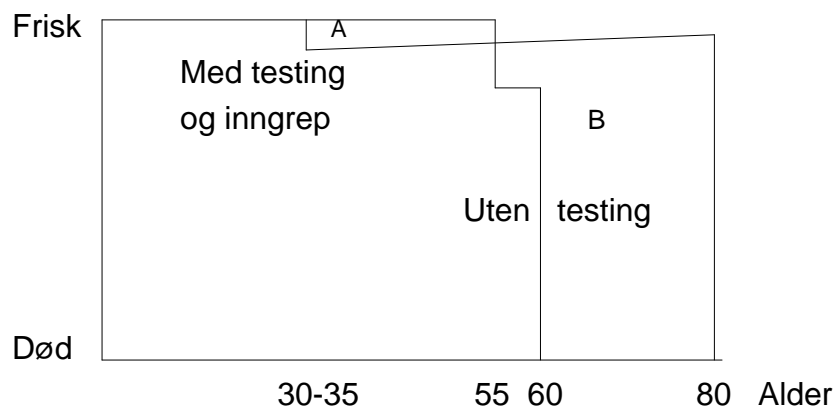
Eks: Bygge gang- og sykkelveier **nå** vs
reduere eksponering for kreftfremkallende stoff.

Men hvor 'fjernt' er helseproblemet til friske personer som får påvist 70-90 % sannsynlighet for å få bryst- eller eggstokk-kreft?

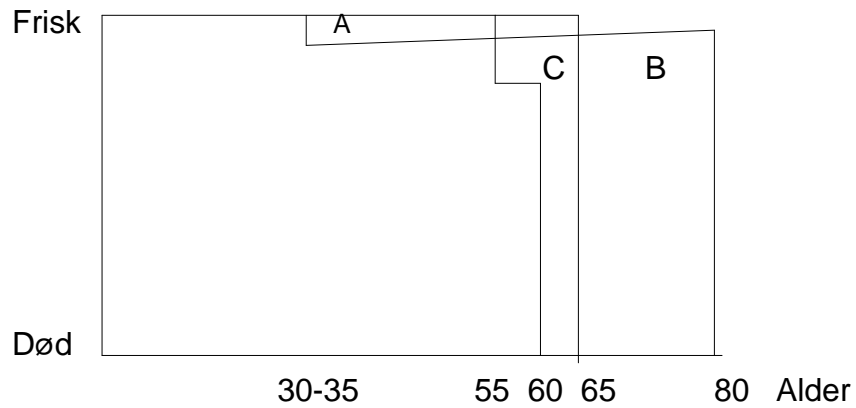
Er tiltak for disse mindre viktig enn tiltak for en 50-åring som får påvist svulst i brystet?

Metodeproblem 3: En analyse av 'kostnadseffektivitet' må omfatte virkninger av testing og inngrep på livskvalitet.

Eksempel: Gruppe F: Frisk, positiv test, inngrep.



Hvor mye er livskvalitet verd i forhold til leveår?
20 vunne år (B) oppveier A. Men er 5 vunne år (C) verd A?



Konklusjon

- Kostnadseffektivt i snever forstand (sparte liv/vunne leveår).
- Men kostnadseffektivitet bør ikke regnes så snevert.
- Det trengs bedre data om andre virkninger:
 - Hvor mange kommer i de ulike gruppene A-F?
 - Hvor store er deres respektive problemer?
- Helseøkonomiske analyser er 'in' og ønskelige, men byr på utfordringer.
- Flerfaglighet nødvendig i videre utredning av saken.

erik.nord@fhi.no