

Verdien av et liv

Økonomisk verdsetting kan ikke gi svar på hvor langt samfunnet bør strekke seg for å redde liv.

Bør det etableres en maksimalverdi for hvor store kostnader helsevesenet kan påta seg for å redde – eller snarere forlenge – liv? Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten, som skal gi myndighetene råd i denne typen spørsmål, har nylig tatt saken opp til diskusjon.

Temaet har også vært debattert i Aftenpostens spalter i høst. Spørsmålet er viktig, men vanskelig: Samfunnet kan åpenbart ikke bruke ubegrensede ressurser på marginal livforlengelse. Men å fastsette en bestemt grense, slik at pasienter som kunne vært reddet til bare litt høyere kostnad blir latt i stikken, virker nær sagt umulig.

Stilt overfor vanskelige spørsmål er det fristende å lete etter enkle svar. Ville det for eksempel være mulig å etablere en grense på rent faglig grunnlag, uten å måtte blande inn subjektivt skjønn? Det ville i hvert fall være – ja, nettopp – enklere.

Økonomer har utviklet metoder for verdsetting av det meste, og også for å veie verdiene mot hverandre. Enkelte ser derfor ut til å håpe at en ved hjelp av slike metoder rett og slett kan regne ut hvilken grenseverdi som er best for samfunnet.

Jeg var nylig medlem av det såkalte Nytte-kostnadsutvalget, som leverte sin innstilling i oktober (NOU 2012:16). Utvalgets rapport inneholder en omfattende drøfting av verdsetting av liv og helse, og hvordan slike verdier kan brukes i praksis – men slår også kaldt vann i blodet på dem som måtte håpe at økonomisk verdsetting lett kan løse problemet. Nasjonalt råd for prioritering reiser. Kort sagt finner utvalget at økonomisk verdsetting svarer på noe annet; i tillegg er økonomiske verdier på dette området svært vanskelige å beregne.

I 2007 publiserte Helsedirektoratet en rapport som, basert på samfunnsøkonomiske verdsettingsmetoder, foreslo at verdien av et «statistisk leveår med full helse» burde settes til 500 000 kr. Tallet er så vidt jeg vet ikke godkjent som noen slags offisiell verdi, og rapporten presiserte også at det ikke var ment som en absolutt grenseverdi. Likevel synes et tall på 500 000 per sparte leveår å ha spredt seg i visse forvaltnings- og analysemiljøer som en uoffisiell, men allment akseptert målestokk på hvilke kostnader som kan godtas før et livreddende tiltak betegnes som «ikke kostnadseffektivt».

Det kan stilles faglige spørsmålstegn ved Helsedirektoratets verdiberegninger, med det er ikke mitt anliggende her. Saken er snarere, som påpekt i Nytte-kostnadsutvalgets rapport, at samfunnsøkonomiske

verdiberegninger av den typen Helsedirektoratet baserer seg på svarer på et annet, om enn beslektet, spørsmål enn det Nasjonalt råd for prioritering nå diskuterer. Det er to grunner til dette: For det første beregnes samfunnsøkonomiske verdier ut fra folks betalingsvillighet, ikke deres politiske eller etiske vurderinger. For det andre er «statistiske leveår» eller «statistiske liv», den størrelsen som vanligvis brukes i økonomisk verdsetting av livreddende tiltak, noe annet enn faktiske «leveår» eller «liv».

Det første først: Forestill deg at forskere har beregnet hvor mye befolkningen til sammen er villig til å betale for ett spart liv. Forestill deg videre at vi bruker dette tallet som grenseverdi for kostnader per liv reddet i offentlig helsetjeneste. Dette ville i praksis innebære et standpunkt om at offentlige helseprioriteringer først og fremst skal styres av befolkningens betalingsvillighet – noe som ikke er i tråd med gjeldende prinsipper i norsk helsevesen. Betalingsvillighet er åpenbart *relevant* for å fastsette grenseverdier: En pengebruk langt over det befolkningen er villig til å betale over skatteseddelen, vil neppe være holdbar i det lange løp. Men det er ikke dermed klart at enkel summering av folks betalingsvillighet gir noen resept på god, helhetlig eller allment akseptabel politikk.

For det andre: Verdien av et statistisk liv (VSL) er noe helt annet enn verdien av et faktisk liv (eller leveår). VSL beregnes på følgende måte: Spør vanlige folk, de fleste friske og raske, hvor mye de er villige til å betale for en bitte liten reduksjon i sin egen risiko for prematur død (for eksempel ved en trafikkulykke). For den enkelte vil reduksjonen antakelig ha lite å si, siden det er snakk om litt redusert sannsynlighet for en allerede usannsynlig hendelse. Men anta at antall dødsfall for befolkningen som helhet likevel må forventes å gå ned med nøyaktig ett. VSL er lik summen av alles betalingsvillighet for denne lille risikoreduksjonen, som altså statistisk sett vil spare ett liv. VSL er dermed basert på preferanser for små risikoreduksjoner, ikke preferanser for livredding. Det er på ingen måte opplagt at forskjellen er triviell.

En eventuell kostnadsgrense for livreddende tiltak i helsesektoren bør være basert på en overordnet etisk og politisk vurdering, men med utgangspunkt i relevante fakta. Hvor mye befolkningen er villig til å betale for risikoreduksjoner, kan være ett slikt relevant faktaspørsmål. Men det finnes mange andre relevante opplysninger også – som hvor mye samfunnet alt betaler per reddet liv i oljevirksomhet eller ferjetrafikk, hvor store kostnader det er politisk flertall for i befolkningen (eller på Stortinget), eller hva familien til en kreftsyk er villig til å betale for å redde henne.

Alt dette er relevante, men ulike spørsmål. De har relevante, men ulike svar. Det finnes ikke noe enkelt tall som kan oppsummere alle relevante aspekter ved hvor mye et liv er verdt for samfunnet.

Økonomifaget kan bidra til å klargjøre hvilke avveininger som må gjøres, og til å gi svar på noen relevante faktaspørsmål. Det er derimot ingen grunn til å tro at økonomisk verdsetting i seg selv kan besvare selve hovedspørsmålet Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten står overfor: Hvor langt *bør* vi, som samfunn, strekke oss for å redde liv? Å tro at det finnes et så enkelt svar på et så komplisert spørsmål, er rett og slett litt for naivt.