



Rapport

Perspektiv og prioriteringer

Rapport fra ekspertgruppen perspektiv i prioritering
nedsatt av Helse- og omsorgdepartementet

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Ekspertgruppen Perspektiv i prioritering ble oppnevnt 7. juli 2023 for å foreta en vurdering av om dagens utvidede helsetjenesteperspektiv fortsatt bør legges til grunn for prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene, eller om et bredt samfunnsperspektiv – eller elementer av dette – bør benyttes. Ekspertgruppen ble videre bedt om å synliggjøre prinsipielle, organisatoriske, etiske og ressursmessige konsekvenser av å inkludere elementer av et samfunnsperspektiv, både for helse- og omsorgstjenesten og for samfunnet for øvrig.

Ekspertgruppen legger med dette fram sin rapport.

Oslo, 15. februar 2024

Hans Olav Melberg (ekspertgruppeleder)

Eline Aas

Gudrun Maria Waaler Bjørnelv

Gunn Strand Hutchinson

Hallstein Husbyn

Ingrid Hjort

Lars Vorland

Maren Kristine Raknes Sogstad

Mathias Barra

Åsmund Flobak

Camilla Hjelm (sekretariatsleder)

Anette Kristiansen

Guro Lindland Nordeng

Lars Hansson

Monica Skjøld Johansen

Aase Seeberg

Innhold

Til Helse- og omsorgsdepartementet	3
Sammendrag	6
Ordliste	7
1 Ekspertgruppens mandat, sammensetning og arbeid	8
1.1 Ekspertgruppens mandat	8
1.2 Ekspertgruppens tolkning av mandatet	9
1.3 Ekspertgruppens sammensetning	12
1.4 Ekspertgruppens arbeid	13
1.5 Rapportens oppbygging	13
2 Bakgrunn: dagens kriterier og analysemetode	15
2.1 Kriteriene	15
2.2 Kostnadseffektivitetsanalysen	16
3 Perspektiv	21
3.1 Innledning	21
3.2 Helsetjenesteperspektivet	26
3.3 Samfunnsperspektivet	31
3.4 Det utvidede helsetjenesteperspektivet	38
3.5 Praktiske hensyn	38
4 Dagens praktisering av prioriteringskriteriene og perspektiv i prioriteringer	46
4.1 Nivåer og praktisering	46
4.2 Forskjeller mellom analyser i helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer	69
5 Verdigrunnlag og etikk	73
5.1 Sammenhengen mellom verdier, prinsipper og verdigrunnlag	73
5.2 Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten	75
5.3 Relevans av beslutningsnivå	81
5.4 Relevans av befolkningens preferanser	82
5.5 Etisk refleksjon og eksempler	83
5.6 Prinsipper for å veie velferdsgevinster mot likebehandling	84

6	Konsekvenser av ulike perspektiv	88
6.1	Konsekvenser for ressursbruk og pris på legemidler	88
6.2	Vridningseffekter og alternativkostnad	92
6.3	Konsekvenser for noen ulike grupper	93
6.4	Konsekvenser for bemanning	95
6.5	Konsekvenser for utredningsressurser	99
6.6	Tidligere erfaringer med et samfunnsperspektiv i Norge	100
7	Ulikheter i systemene for prioritering innenfor folketrygdområdet og i spesialisthelsetjenesten	102
7.1	Fullmaktsgrensen	102
7.2	Ulikheter i prissetting.....	103
7.3	Mulige løsninger	106
8	Ekspertgruppens vurderinger og anbefalinger	108
8.1	Overordnede anbefalinger om perspektiv	108
8.2	Vurdering om verdier, avveining, nivå og perspektiv	113
8.3	Vurderinger om praktisk bruk av perspektivet.....	114
8.4	Andre vurderinger	117
9	Økonomiske og administrative konsekvenser	119
	Referanseliste	121
	Vedlegg 1: Oversikt over aktører som har gitt innspill til ekspertgruppen	128
	Vedlegg 2: Tidligere vurderinger knyttet til perspektiv i prioriteringer	129
	Vedlegg 3: Bruk av perspektiv i andre land	135

Sammendrag

Denne rapporten presenterer ekspertgruppens vurderinger av om man bør bruke et helsetjenesteperspektiv eller et samfunnsperspektiv ved prioriteringer mellom tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Ekspertgruppens hovedkonklusjon er at dagens system, der man bruker et utvidet helsetjenesteperspektiv, bør endres til et system med en primæranalyse med et rent helsetjenesteperspektiv, og en sekundæranalyse med et samfunnsperspektiv der det er relevant. Et slikt rammeverk vil være fleksibelt nok til å håndtere vurderinger av et variert sett med tiltak der man noen ganger mener at kunnskap om konsekvenser fra samfunnsperspektivet er viktig for å fatte gode beslutninger. Samtidig skal ikke det nevnte rammeverket åpne for å inkludere store og usikre kategorier som gjør at vurderingene kan påvirkes, og at resultatene fra analysene blir lite sammenlignbare.

Rapporten beskriver et bredt sett med konsekvenser som er relevante fra et samfunnsperspektiv. Ekspertgruppen legger vekt på at samfunnsperspektivet ikke bare handler om hvilke konsekvenser helsetiltak har for arbeidsdeltagelsen blant dem med lønnet arbeid. Samfunnsperspektivet handler også om konsekvenser for pårørende, ulønnet produksjon, samfunnsdeltagelse, andre sektorer (miljø, justis) og mye annet.

Når man vektlegger samfunnskonskvenser, oppstår det noen ganger både praktiske og etiske dilemma. Rapporten beskriver disse og sammenholder dem med verdigrunnlaget i helsetjenesten, inkludert prinsippet om likebehandling. Ekspertgruppen konkluderer med at beslutningstageren må veie ulike hensyn mot hverandre og ofte må bruke skjønn, men at dette skjønnnet blir best når man har oversikt over de ulike konsekvensene både fra helsetjenesteperspektivet og fra samfunnsperspektivet. Ekspertgruppen presenterer detaljerte vurderinger av hvordan man bør tolke og vektlegge ulike komponenter i analysene, inkludert begrunnede dissenser der meningene er delte.

Rapporten presenterer også en oversikt over hvordan man prioriterer i dagens system i ulike sektorer (spesialisthelsetjenesten, folketrygden, den kommunale helse- og omsorgstjenesten), og den presenterer vurderinger av mulige forbedringspunkter. Forslagene til forbedring går blant annet ut på å gi kommunene bedre støtte i prioriteringsarbeidet og å i større grad systematisk vurdere konsekvensene av å innføre rettigheter og veiledere som ofte får stor betydning for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten.

Ordliste

ADL	Aktiviteter i dagliglivet
APT	Absolutt prognosetap
ATC	Anatomisk, terapeutisk, kjemisk (internasjonalt klassifiseringssystem for legemidler)
CGRP	Kalsitonin-gen-relatert protein
DDD	Daglige døgndoser
DMP	Direktoratet for medisinske produkter (tidligere Statens legemiddelverk (SLV))
FHI	Folkehelseinstituttet
Helfo	Helseøkonomiforvaltningen
HRQoL	Helserelatert livskvalitet (fra engelsk <i>health-related quality of life</i>)
IADL	Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet
IKER	Inkrementell kostnadseffektivitetsratio
KOSTRA	Kommune-stat-rapportering (dataregister)
LEON	Lavest effektivt omsorgsnivå
MS	Multipel sklerose
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (UK)
SLV	Statens legemiddelverk (nå DMP)
SSB	Statistisk sentralbyrå
QALY	Kvalitetsjustert leveår (fra engelsk <i>quality-adjusted life year</i>), også kalt gode leveår

1 Ekspertgruppens mandat, sammensetning og arbeid

Regjeringen skal legge frem en ny prioriteringsmelding som blant annet skal vurdere persontilpasset medisin og sikre åpenhet og etterprøvbarhet rundt prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten, jf. Hurdalsplattformen.

For å sikre et godt kunnskapsgrunnlag i arbeidet med en ny melding om prioritering nedsatte helse- og omsorgsministeren i juli 2023 tre ekspertgrupper. Denne ekspertgruppen er en av disse gruppene og har fått i oppdrag å vurdere prinsipielle og praktiske aspekter ved bruk av et helsetjenesteperspektiv sammenlignet med et samfunnsperspektiv ved prioriteringsvurderinger i helse- og omsorgstjenesten.

1.1 Ekspertgruppens mandat

Ekspertgruppens mandat lyder som følger:

Ekspertgruppen skal gi en vurdering av om dagens helsetjenesteperspektiv fortsatt bør legges til grunn for prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene, eller om et bredt samfunnsperspektiv – eller elementer av dette – bør legges til grunn, inkl. bl.a. effekter på mottak av stønader/velferdsytelser og produksjonstap. Ekspertgruppen må synliggjøre prinsipielle, organisatoriske, etiske og ressursmessige konsekvenser av å inkludere elementer av et samfunnsperspektiv, både for helse- og omsorgstjenesten og for samfunnet for øvrig. Dette omfatter mulige vridningseffekter og konsekvenser for andre tjenestetilbud/ pasientgrupper i et livsløpsperspektiv.

Følgende problemstillinger vil være relevante, men ikke uttømmende, for arbeidet:

- Eksempler på hvor og hvordan et utvidet helsetjenesteperspektiv kommer til anvendelse i ulike prioriteringsbeslutninger og for ulike typer metoder, og vurdering av hvilke ytterligere samfunnsvirkninger som ville inngått ved inkludering av et samfunnsperspektiv. Vurderingen bør suppleres med prinsipielle og etiske konsekvenser, fordelingsvirkninger (for eksempel virkninger for ulike pasient- og brukergrupper) og måloppnåelse og/eller målkonflikter der det er relevant. Håndtering av usikkerhet knyttet til beslutningsgrunnlaget bør belyses.
- Hvordan dagens føringer vedr. helsetjenesteperspektivet operasjonaliseres og praktiseres i hhv. de kommunale helse- og omsorgstjenestene, innen folketrygd-området og i spesialisthelsetjenesten, inkl. hvordan bruk av personell og øvrige ressurser på tvers av tjenestenivåer ivaretas i metodevurderingene for ulike typer metoder.

- Problemstillinger som følge av ulikheter i systemene for prioritering og beslutning på gruppenivå innen folketrygdområdet og i spesialisthelsetjenesten, samt konsekvenser for tilgangen til legemidler. Ekspertgruppen bør vurdere om det er behov for endringer som kan bidra til harmonisering av systemene for prioritering.

St. meld. 15 (2022–2023) Folkehelsemeldingen, varslet en offentlig utredning om prioritering av folkehelseiltak i et samfunnsperspektiv, med oppstart senhøst 2023. Ekspertgruppens arbeid avgrenses mot tverrsektorielle folkehelseiltak og tiltak utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Ekspertgruppene skal legge til grunn at foreslåtte endringer skal kunne gjennomføres innenfor eksisterende ressurser og rammer for spesialisthelsetjenesten, folketrygden og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Utredningen skal følge kravene i utredningsinstruksen med de føringer som ligger i mandatet, herunder estimerer for forventet helsegevinst/tap og kostnader (ressurser og helsepersonell) for gruppene som omfattes av tiltaket/tiltakene og av virkninger for samfunnet for øvrig, samt evt. fordelingsmessige konsekvenser av tiltak eller endringer for andre pasientgrupper og/eller deler av helse- og omsorgstjenesten eller samfunnet for øvrig.

Ekspertgruppen forutsettes å benytte seg av tilgjengelig kunnskap som er relevant for utvalgets arbeid. Relevante aktører skal involveres i arbeidet.

1.2 Ekspertgruppens tolkning av mandatet

I mandatet fra Helse- og omsorgsdepartementet er ekspertgruppen blitt bedt om å vurdere hvilket perspektiv som skal ligge til grunn for prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene. Mer spesifikt er ekspertgruppen blitt bedt om å synliggjøre konsekvenser av ulike perspektiv (prinsipielle, organisatoriske, etiske og ressursmessige konsekvenser), med særlig vekt på noen konkrete problemstillinger. I tillegg er gruppen blitt bedt om å belyse problemstillinger og forskjeller i prioritering av offentlig finansiering og anskaffelse av legemidler innenfor folketrygdområdet og spesialisthelsetjenesten, og vurdere om det er behov for endringer for å harmonisere prioriteringssystemene.

Slik ekspertgruppen tolker oppdraget, er det ikke bare et spørsmål om hvorvidt man skal ha et helsetjenesteperspektiv eller et samfunnsperspektiv. En del av oppdraget er å gi en spesifikk vurdering av hvilke konsekvenser en perspektivendring vil få for helse- og omsorgstjenesten og samfunnet for øvrig. Ekspertgruppen vil derfor dele opp virkningene i ulike kategorier og gi en vurdering av disse.

Prinsipielle og etiske konsekvenser handler etter ekspertgruppens tolkning om verdimesse avveininger og konflikter som kan oppstå ved ulike perspektiv. Et

sentralt etisk problem blir da avveiningen mellom de felles verdiene som ligger til grunn for den norske velferdspolitikken, og effektivitetshensyn.

Ekspertgruppen tolker ressursmessige konsekvenser i bred forstand. Det inkluderer ikke bare konsekvenser i kroner og øre, men også konsekvenser for bemanning, arbeidsdeltagelse og velferd. Mandatet nevner spesielt mulige vridningseffekter. Ekspertgruppen tolker dette slik at det inkluderer, men ikke er begrenset til en vurdering av mulige effekter på prisene på legemidler eller utgiftene til legemidler dersom man bruker et bredere samfunnsperspektiv.

Usikkerhet er nevnt som et eksempel på en konkret problemstilling ekspertgruppen skal vurdere. Ekspertgruppen tolker oppdraget dit hen at man ønsker en vurdering av hvordan man bør håndtere usikkerhet i beslutningsprosessen, med vektlegging av de problemene som oppstår hvis man bruker et samfunnsperspektiv.

I mandatet vises det spesielt til ulikheter mellom folketrygdområdet og spesialisthelsetjenesten og konsekvenser for tilgangen på legemidler. Med dagens metode vurderes alle legemidler etter de samme kriteriene, men beslutningsprosessen er annerledes: Legemidler som er funnet kostnadseffektive, men overstiger fullmaktsgrensen, må i tillegg gjennom en politisk prioritering før de kan tas i bruk på blå resept. Slik ekspertgruppen tolker mandatet, ønsker man en vurdering av om de organisatoriske og praktiske forskjellene skaper en uønsket forskjell i tilgang og prioritering, og man ønsker forslag til mulige endringer.

Mandatet er avgrenset ved at «foreslåtte endringer skal kunne gjennomføres innenfor eksisterende ressurser og rammer». Ekspertgruppen tolker dette punktet som at det ligger innenfor mandatet å foreslå endringer i perspektiv og systemer, men utenfor mandatet å komme med direkte og konkrete forslag til økte bevilgninger.

Mandatet er også begrenset ved at man ikke skal vurdere «tverrsektorielle folkehelseiltak og tiltak utenfor helse- og omsorgstjenesten». Ekspertgruppen er kjent med at det skal settes ned et utvalg som skal utrede og gi råd om prioritering av og mellom folkehelseiltak (Meld. St. 15 (2022–2023) Folkehelsemeldinga). Mer konkret forstår ekspertgruppen det som at utredningen skal begrenses til tiltak som iverksettes innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd), spesialisthelsetjenestens ansvarsområder samt folketrygden (jf. folketrygdloven § 5-14).

Offentlig finansierte tannhelsetjenester, det vil si den offentlige tannhelsetjenesten og tannhelsetjenester som finansieres av folketrygden (jf. folketrygdloven § 5-6 og § 5-6 a), er ikke en del av utredningen.

Ekspertgruppen skal følge kravene i utredningsinstruksen. Gruppen vektlegger ut fra dette at alle forslag må inkludere en bred vurdering av konsekvensene og en avveining av ulike konsekvenser for ulike grupper.

1.2.1 Ytterligere avgrensning av mandatet

Dagens prioriteringer i helsetjenesten baserer seg på at beslutninger skal fattes som om budsjettammen er fast, at helsegevinsten skal måles i gode leveår (QALY-er), at terskelverdien for et vunnet godt leveår representerer alternativkostnaden for behandlingstiltak i helsetjenesten, og at terskelverdien øker med graden av alvorlighet.

I diskusjon om perspektiv vil gruppen kun diskutere hvilke virkninger (konsekvenser) som inngår i et samfunnsperspektiv. Ekspertgruppen diskuterer ikke muligheten til å gå over til en «fullstendig samfunnsøkonomisk analyse», hvor idealet er at alle virkninger verdsettes i kroner ut fra et hovedprinsipp om at en virknings verdi er gitt ved befolkningens samlede betalingsvillighet. En slik tilnærming vil føre til mer omfattende vurderinger og endringer i hvordan dagens analyser utføres i helsetjenesten. For eksempel vil det innebære diskusjoner om hvorvidt man bør bruke QALY-modellen som måleenhet for helsegevinst, om man skal bruke betalingsvillighet i stedet for alternativkostnad (terskelverdien), og hvordan man bør ta hensyn til alvorlighet. Dette er vurderinger som ligger utenfor gruppens mandat og tidsramme.

Det er like fullt mulig å inkludere og synliggjøre relevante samfunnsvirkninger for beslutningstageren uten å gjøre en fullstendig samfunnsøkonomisk analyse. Et viktig prinsipp i utredningsinstruksen er at utredninger skal være så omfattende som nødvendig – noe som igjen avhenger av situasjonen og tiltaket. DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser legger vekt på at alle samfunnsvirkninger skal inkluderes, også de som ikke kan tallfestes eller verdsettes (DFØ 2023). Det vil si at en samfunnsøkonomisk analyse i praksis kan innebære en vurdering av både prissatte og ikke-prissatte virkninger, og at begge vektlegges i anbefalingen om tiltak.

1.3 Ekspertgruppens sammensetning

Ekspertgruppen har hatt følgende sammensetning:

Leder:

- Melberg, Hans Olav – professor, UiT Norges Arktiske Universitet, Institutt for Samfunnsmedisin

Medlemmer:

- Aas, Eline – professor, UiO, Institutt for Helse og Samfunn; forsker, FHI
- Barra, Mathias – seniorforsker, Akershus universitetssykehus HF
- Bjørnelv, Gudrun Maria Waaler – førsteamanuensis, NTNU, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie; forsker, UiO, Institutt for Helse og Samfunn
- Flobak, Åsmund – konstituert overlege, Kreftklinikken, St. Olavs hospital HF; førsteamanuensis, NTNU; seniorforsker, SINTEF
- Hjort, Ingrid – postdoktor, Handelshøyskolen BI, Institutt for Samfunnsøkonomi
- Husbyn, Hallstein – enhetsleder, Direktoratet for medisinske produkter (DMP)
- Hutchinson, Gunn Strand – nestleder, Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)
- Sogstad, Maren Kristine Raknes – førsteamanuensis, NTNU, Senter for omsorgsforskning
- Vorland, Lars – seniorrådgiver, Helse Nord RHF

Ekspertgruppens sekretariat har vært plassert i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) samt Finansdepartementet (FIN) og har bestått av:

- Camilla Hjelm, HOD
- Guro Lindland Nordeng, HOD
- Monica Skjöld Johansen, HOD
- Anette Kristiansen, HOD
- Aase Seeberg, FIN
- Lars Hansson, FIN

1.4 Ekspertgruppens arbeid

1.4.1 Møter

Ekspertgruppen har hatt totalt tolv møter. Det har vært elleve ordinære møter hvorav seks ble holdt digitalt, samt ett digitalt møte arrangert for å imøtekomme eksterne interessegruppers ønske om å legge frem sine synspunkter for ekspertgruppen.

1.4.2 Bidrag og innspill fra eksterne parter

Ekspertgruppen har åpnet opp for innspill og bidrag fra en rekke eksterne aktører knyttet til akademia, pasientforeninger, relevante faginstanser og interessenter. Innspillene har blitt gitt enten skriftlig eller muntlig som presentasjon på et ekspertgruppemøte. Vedlegg 1 inneholder en liste over interessenter ekspertgruppen har vært i kontakt med.

1.5 Rapportens oppbygging

Innledningsvis presenteres mandatet som er gitt ekspertgruppen, og ekspertgruppens sammensetning og tolkning av mandatet (kapittel 1).

Videre presenteres de overordnede rammene for dagens prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene med fokus på prioriteringskriteriene, og det gis en kortfattet innføring i relevante helseøkonomiske analyser (kapittel 2).

I neste kapittel (kapittel 3) gis det en innføring i hva ulike perspektiv innebærer, og en presentasjon av de ulike perspektivene (helsetjenesteperspektivet, samfunnsperspektivet og det utvidede helsetjenesteperspektivet). Ved hjelp av en *konsekvensoversikt* (tabell 3.1) presenteres det systematisk hvilke konsekvenser (virkninger) som inngår i de ulike perspektivene. Kapitlet inneholder også en diskusjon om hvordan de ulike konsekvensene vil kunne påvirke prioriteringer dersom de inkluderes i en analyse. Det er også tatt med en diskusjon om perspektiv og praktiske hensyn, som dokumentasjon og håndtering av usikkerhet.

Etter dette beskrives dagens praksis med bruk av perspektiv i prioriteringer i de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten (kapittel 4). I tråd med mandatet presenteres dette for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, for folketrygdområdet og for spesialisthelsetjenesten. I dette kapitlet beskrives også de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten og blåreseptordningen med vekt på ulike beslutningsnivåer og beslutningsprosesser.

I det påfølgende kapitlet (kapittel 5) behandles temaene etikk og verdigrunnlag. Her presenteres blant annet overordnede etiske problemstillinger ved bruk av ulike perspektiv. Det handler om hvilke verdier og prinsipper man bygger på, hvordan man kan tolke begreper som rettferdighet og likhet, hvorvidt det er

ulikheter mellom etiske vurderinger på ulike nivåer, og hvordan man kan avveie velferdsgevinster og prinsipper om likebehandling mot hverandre.

I kapittel 6 presenteres andre konsekvenser utover de rent etiske som kan følge av ulike perspektiv. Her inngår vurderinger av konsekvenser for blant annet ressursbruk, vridningseffekter/prioritering mellom ulike tiltak og mulige effekter på legemiddelpriser. Kapittelet inneholder også en vurdering av hvilke grupper som vil bli berørt av et samfunnsperspektiv.

Mandatet ber ekspertgruppen vurdere problemstillinger ved ulikheter i systemene for prioritering og beslutning på gruppenivå innenfor folketrygdområdet og i spesialisthelsetjenesten. Gruppens vurderinger av dette temaet presenteres i kapittel 7.

Ekspertgruppens vurderinger og anbefalinger presenteres samlet i kapittel 8.

Avslutningsvis presenteres gruppens overordnede vurderinger av administrative og økonomiske konsekvenser som følge av gruppens anbefalinger (kapittel 9).

2 Bakgrunn: dagens kriterier og analysemetode

Prinsippene for prioritering er resultatet av et arbeid som har pågått over mange tiår. I dag består prinsippene av de tre prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet. De samlede prinsippene for prioritering omfatter videre en avgrensning av hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger, og en beskrivelse av hvordan kriteriene skal veies mot hverandre. Denne avgrensningen av hva som skal vektlegges, vil avhenge av om man bruker et helsetjenesteperspektiv eller et samfunnsperspektiv. Før disse perspektivene defineres, gis det en kort beskrivelse av prioriteringskriteriene og analysemetoden.

For mer informasjon om tidligere offentlige utredninger av perspektiv i prioriteringer, se vedlegg 2.

2.1 Kriteriene

Med ordlyden fra (*Meld. St. 38 (2020–2021) 2021*) er de tre kriteriene som følger:

Nyttekriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- overlevelse
- forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Alvorlighetskriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon
- graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

Kriteriene skal vurderes samlet: Jo mer alvorlig en tilstand er, eller jo større nytte et tiltak har, desto høyere ressursbruk kan aksepteres.

Prioriteringskriteriene benyttes til å informere beslutningstagere om hvorvidt et nytt tiltak (for eksempel et legemiddel, rehabilitering, en prosedyre eller forebygging) oppfyller vedtatte premisser for prioritering og bør

finansieres av det offentlige. Nyttekriteriet (helsegevinst), ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet sammenstilles i en kostnadseffektivitetsanalyse.

2.2 Kostnadseffektivitetsanalysen

Bruk av kostnadseffektivitetsanalyser muliggjør prioritering av knappe ressurser på tvers av tiltak for ulike pasientpopulasjoner. Eksempler på *tiltak* er legemidler, diagnostikk, medisinske produkter, rehabilitering, kirurgisk prosedyre eller forebygging. Tiltak som innføres og finansieres av det offentlige, vil være tilgjengelig for hele pasientgruppen tiltaket er vurdert og besluttet innført for.

Dette avsnittet beskriver trekkene og definerer begrepene som brukes i en kostnadseffektivitetsanalyse, og som blir brukt videre i rapporten.

Effekter (gode leveår, kvalitetsjusterte leveår og QALY-modellen)

I kostnadseffektivitetsanalysen skal effekten måles som gode leveår. Nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet (absolutt prognosetap) tallfestes som kvalitetsjusterte leveår med QALY-modellen (QALY fra engelsk *quality adjusted life year*) (Meld. St. 34 (2015–2016) 2016).

QALY er en teoretisk modell til å tallfeste «gode leveår» (Meld. St. 34 (2015–2016) 2016). Antall QALY-er estimeres ved å multiplisere helserelatert livskvalitet (HRQoL fra engelsk *health-related quality of life*) med tid (t). For eksempel vil to år med HRQoL på 0,5 tilsvare én QALY. QALY-modellen for beregning av gode leveår legger til grunn at flere QALY-er (gode leveår) er bedre enn færre QALY-er (gode leveår). I Norge er instrumentet EQ-5D-5L anbefalt for beskrivelse og verdsetting av ulike helsetilstander (HRQoL) og for estimering av QALY (gode leveår).

Boks 2.1 EQ-5D-5L

EQ-5D-5L består av to elementer: en beskrivelse av ulike helsetilstander og en verdsetting av disse helsetilstandene. I EQ-5D-5L beskrives helsetilstander med fem dimensjoner: gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon. Hver dimensjon beskrives ved ett av fem nivåer: «ingen problemer med ...», «litt problemer med ...», «middels problemer med ...», «store problemer med ...» eller «jeg er ute av stand til ...». Når en person har beskrevet sin helsetilstand ved hjelp av EQ-5D-5L, kan personens HRQoL verdsettes. Verdsettingen av helsetilstandene baseres på befolkningsundersøkelser. I Norge anbefales det inntil videre å bruke helsetilstandsverdier fra studien til Van Hout og medforfattere, men dette rådet bør endres når helsetilstandsverdier for EQ-5D-5L er fremskaffet gjennom en verdsettingsstudie med norske deltagere. En slik studie er gjennomført, men resultatene er ennå ikke (januar 2024) publisert.

Kilder: (Devlin og Brooks 2017; Van Hout et al. 2012)

Kostnader (ressursbruk)

Ressurskriteriet estimeres gjennom tre prosesser: *identifisering, kvantifisering og verdsetting*. Identifisering er nært forbundet med analyseperspektiv og omfatter en vurdering av hvilke ressurser og dermed kostnadskomponenter som er relevante for analysen. Med relevant mener vi at ressursen (kostnadskomponenten) vil føre til forskjeller i kostnaden mellom tiltaket og dagens praksis. Identifisering av relevante kostnader krever en god forståelse og beskrivelse av dagens praksis (behandling og oppfølging) og hvordan et tiltak vil endre forløpet for pasientpopulasjonen. Forskjeller i kostnader mellom det nye tiltaket og dagens praksis kan ha flere årsaker:

1. Tiltaket fører til kostnadskomponenter som ikke finnes i dagens praksis (som et nytt medikament, en tilleggsprosedyre eller rehabilitering).
2. Tiltaket fører til lavere (høyere) sannsynlighet for hendelser, for eksempel komplikasjoner (som infeksjoner, slag, innleggelser og praktisk bistand).
3. Tiltaket fører til høyere (lavere) kostnader for samme hendelse. Det kan for eksempel bety at komplikasjoner i snitt er mer (mindre) alvorlige, eller at behandling av stadium II for en spesiell krefttype er mer (mindre) kostnadskrevende. Det siste er typisk for screening.
4. Tiltaket fører til høyere overlevelse og endret helserelatert livskvalitet. Høyere overlevelse kan føre til mer langvarig oppfølging og behandling, mens endret helserelatert livskvalitet kan endre behovet for oppfølging og pleie.

Eksemplene i 1 til 4 er relatert til konsekvenser i helse- og omsorgstjenesten. Denne listen kan utvides til å omfatte konsekvenser for andre sektorer. Dette diskuteres videre i kapittel 3.

De identifiserte kostnadskomponentene må deretter kvantifiseres. Det vil si å bestemme hvilken enhet ressursene skal telles i, og hvilken dokumentasjon som skal benyttes som grunnlag. Enheten bør velges etter hvordan en ressurs typisk kan verdsettes (som daglige døgndoser (DDD), tid, konsultasjon og prosedyrer). Dokumentasjon kan innhentes fra kliniske studier, behandlingsretningslinjer, spørreundersøkelser, pasientdagbøker, journalsystemer, registerdata, litteratur og ekspertvurderinger. Til slutt må man verdsette ressursene. Det vil si at man estimerer en enhetskostnad for hver ressurs. De totale kostnadene for et tiltak og dets komparator estimeres ved å multiplisere kostnadskomponentene med enhetskostnaden.

I kostnadseffektivitetsanalysen inkluderes nåverdien¹ av de totale kostnadene over livsløpet (eller for en kortere, relevant tidshorisont) for pasientpopulasjonen, avhengig av om pasientene mottar tiltaket eller dagens praksis (som alltid skal være komparatoren). Nåverdien estimeres med en diskonteringsrate på 4 prosent, noe som er spesifisert i veilederen for samfunnsøkonomiske analyser (DFØ 2023).

¹ Nåverdien av et beløp er verdien i dag av et fremtidig beløp. Å omregne fremtidige beløp til dagens verdi kalles å diskontere.

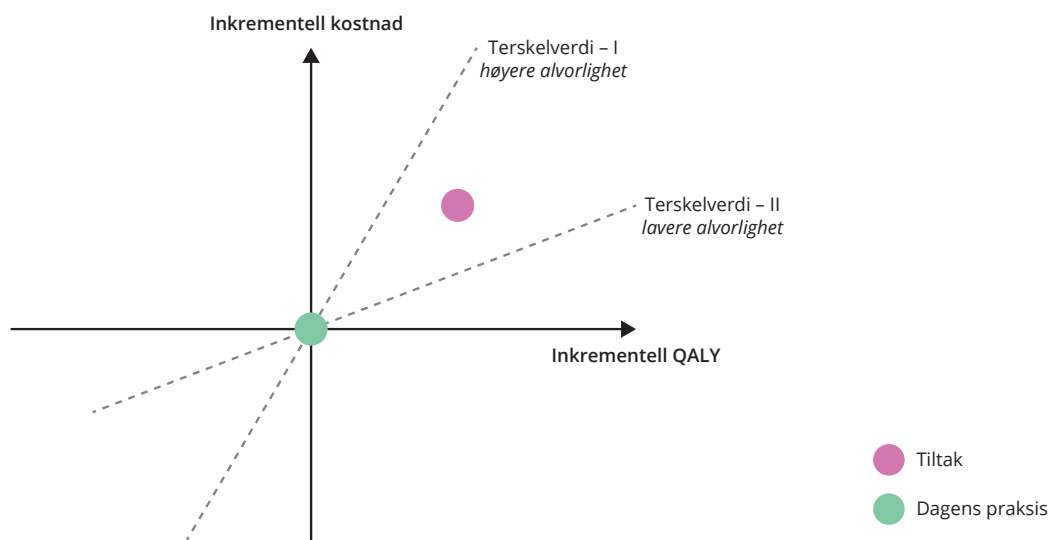
Inkrementell kostnadseffektivitetsratio (IKER)

I kostnadseffektivitetsanalysen estimeres nåverdien av totale kostnader og QALY-er både for tiltaket og for dagens praksis. Tallene sammenstilles i en inkrementell kostnadseffektivitetsratio (IKER) som uttrykker forholdet mellom differansen i kostnader mellom tiltaket og dagens praksis (inkrementell kostnad) og differansen i helsegevinsten (målt ved QALY-er) mellom tiltaket og dagens praksis (inkrementell helsegevinst). Vi får da et uttrykk for *inkrementell kostnad per vunnet QALY*:

$$\text{IKER} = \frac{\text{Kostnad}_{\text{Tiltak}} - \text{Kostnad}_{\text{Dagens praksis}}}{\text{QALY}_{\text{Tiltak}} - \text{QALY}_{\text{Dagens praksis}}} = \frac{\text{Inkrementell kostnad}}{\text{Inkrementell QALY}} = \text{Kostnad per vunnet QALY}$$

Figur 2.1 Inkrementell kostnadseffektivitetsratio

Videre sammenstilles IKER-en (inkrementell kostnad per vunnet QALY) med kostnadseffektivitetsterskelen. Kostnadseffektivitetsterskelen som benyttes i Norge, er definert fra tilbudssiden og skal reflektere alternativkostnaden målt i tapte gode leveår (QALY-er) ved å implementere et tiltak. Terskelen er dermed ikke definert fra etterspørselssiden (målt ved betalingsvillighet). I henhold til prioriteringskriteriene øker terskelverdien med alvorlighetsgraden. Dette betyr at vi aksepterer en større alternativkostnad for et vunnet godt leveår (QALY) for mer alvorlige tilstander (se Boks 2.2). Sammenhengen mellom IKER og terskelverdien kan illustreres i et kostnadseffektivitetsplan (se Figur 2.2).



Figur 2.2 Kostnadseffektivitetsplanet

Kostnadseffektivitetsplanet viser dagens praksis i origo, inkrementell kostnad (kostnad nytt tiltak – kostnad dagens praksis) på y-aksen og inkrementell effekt (QALY nytt tiltak – QALY dagens praksis) på x-aksen (Drummond et al. 2015). Stigningstallene til de rette linjene gjennom origo representerer kostnadseffektivitetsterskel for to ulike alvorlighetsgrader.

Ved tiltak som fører til høyere kostnader og mindre helsegevinst, vil vi beholde dagens praksis (fordi tiltaket er dyrere og dårligere). Hvis derimot tiltaket er kostnadsbesparende og har positiv inkrementell helsegevinst, vil tiltaket foretrekkes fremfor dagens praksis (siden tiltaket er kostnadsbesparende og bedre). Når man har både økte kostnader og positiv inkrementelle helsegevinst, blir det en avveining (siden tiltaket er mer kostbart, men bedre). Når IKER-en er lavere enn kostnadseffektivitetsterskelen, vurderes tiltaket som kostnadseffektivt. Når tiltaket reduserer både kostnadene og helsegevinsten, blir det en avveining av hvor mye helsegevinsten går ned sammenlignet med kostnadsbesparelsen. Hvorvidt IKER-en for tiltaket i Figur 2.2 (indikert med rosa sirkel) skal ansees som kostnadseffektiv, avhenger av hvilken kostnadseffektivitetsterskel som skal legges til grunn for beslutningen.

Boks 2.2 Alvorlighetskriteriet

Alvorlighetsgrad er definert ved absolutt prognosetap (APT). APT er definert som antall tapte gode leveår (målt som QALY-er) som helsetilstanden fører til for den pasientpopulasjonen som det nye tiltaket som blir vurdert, er rettet mot. Tapet måles som differansen mellom kvalitetsjustert gjenstående levetid for den generelle alderssammenlignbare befolkningen og pasientpopulasjonen.

Basert på Magnussen-gruppens anbefaling har DMP utarbeidet en veiledning for hvordan APT skal estimeres. Estimering av APT tar utgangspunkt i estimering av antall gjenværende QALY-er for pasientgruppen med dagens praksis (uten diskontering). Her er et eksempel på estimering av APT for en pasientpopulasjon (2023-tall):

Når pasientpopulasjonen som tiltaket er rettet mot, har en gjennomsnittsalder på 60 år og en forventet gjenstående levealder på 10 gode leveår med dagens praksis (QALY = 10), vil ATP beregnes som følger:

- forventede gjenstående gode leveår i den generelle befolkningen ved 60 år er 19,53 QALY
- pasientpopulasjonen ved dagens praksis: 10 QALY
- absolutt prognosetap: 9,53 QALY

Magnussen-gruppen foreslo seks APT-spesifikke terskelverdier. For APT 0–3,9, 4–7,9, 8–11,9, 12–15,9, 16–19,9 og 20+ øker terskelverdien fra 275 000 kr til henholdsvis 385 000 kr, 495 000 kr, 605 000 kr, 715 000 kr og 825 000 kr.

Alvorlighetsgraden i eksempelet ovenfor tilsier en terskelverdi på 495 000 kr siden 9,53 ligger i intervallet 8–11,9.

Følgende kilde er benyttet for beregningen av absolutt prognosetap (APT): tools-for-severity-calculation-and-age-adjustment-nov-23.xlsx (live.com). Dette er en Excel-fil som er tilgjengelig på DMP sine nettsider. Beregningen ovenfor ble gjennomført i januar 2023. Fremtidige beregninger kan avvike, da Excel-filen oppdateres når det foreligger relevant, nytt datagrunnlag.

Estimeringen av IKER-en ovenfor er forklart uten hensyn til usikkerhet. Vurdering av usikkerhet og hvordan det kan påvirke beslutninger, er viktig og blir diskutert mer inngående i kapittel 3.

For at man skal ta godt informerte beslutninger, kan kostnadseffektivitetsanalysen suppleres med analyser som gir informasjon om budsjettkonsekvenser eller konsekvenser for særlig knappe ressurser, for eksempel personell (se Boks 6.1) (Sullivan et al. 2014). Budsjettkonsekvensanalyser går ut på å analysere ressursene (som personell) og kostnadene ved å implementere tiltaket for den gitte pasientpopulasjonen (brukere). I en budsjettkonsekvensanalyse tas det hensyn til hvor mange som vil ta i bruk tiltaket per i dag (prevalens), og antall nye brukere de neste årene (insidens) som blir påvirket på ulike nivåer av helsetjenesten (som kommunen eller spesialisthelsetjenesten) om en intervensjon blir implementert.

3 Perspektiv

3.1 Innledning

I dette kapitlet beskrives hva som menes med et helsetjenesteperspektiv og et samfunnsperspektiv, samt dagens perspektiv, som kalles et «utvidet helsetjenesteperspektiv».

Valg av perspektiv har betydning fordi det avgrensner hvilke konsekvenser (virkninger) som kan tas med når man vurderer tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Det betyr at valg av perspektiv kan ha betydning for hvilke tiltak som blir tilgjengelig i den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten. Eksempler på tiltak er legemidler, diagnostikk, medisinske produkter, rehabilitering, kirurgisk prosedyre eller forebygging. Tiltak som innføres og finansieres av det offentlige, vil være tilgjengelig for hele pasientgruppen tiltaket er vurdert for.

Relevante virkninger er organisert i en konsekvensoversikt (se Tabell 3.1). Tabellen viser hvilke konsekvenser som inkluderes i ulike perspektiv, og tydeliggjør forskjellene mellom de ulike perspektivene.

Videre diskuteres hvordan hver komponent i de ulike perspektivene vil påvirke prioriteringer av ulike helsetiltak når de inkluderes i en kostnadseffektivitetsanalyse, som beskrevet i 2.2.

I avsnitt 3.5 diskuterer vi praktiske hensyn som transparens, dokumentasjon, og usikkerhet.

Det er også gjort en gjennomgang av hvordan perspektiv i prioriteringer praktiseres i andre land Norge ofte sammenlignes når det gjelder prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. Denne gjennomgangen presenteres i vedlegg 3.

Boks 3.1 Definisjon og ordforklaring: nytte

Begrepet «nytte» har ulik betydning i dagligtalen, i litteraturen og i sammenhenger hvor det brukes som prioriteringskriterium. I dette kapitlet bruker vi konsekvent ordet «helsegevinst» i stedet for «nytte». Dette gjør vi for å unngå misforståelser.

I dagligtalen er «nytte» alt som bidrar positivt, som en fordel eller en gevinst. Begrepet rommer langt mer enn kun det som påvirker helse. Vi kan ha nytte av et helsetiltak fordi det gir oss glede, trygghet, tidsbesparelse, verdighet, økonomisk gevinst osv.

Generelt i den økonomiske litteraturen er nytte («utility») definert som tilfredsstillelse av forbrukerens preferanser. Denne forståelsen av nytte er svært vid fordi den rommer alt ulike mennesker finner relevant, og ligner sånn sett på nytte brukt i dagligtalen. Det kan for eksempel være abstrakte størrelser som stillhet, ren luft eller mer tid. Slike gevinster er definert som «nyttevirkninger» i kapittel 3.3.1 i DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser (DFØ 2023).

I prioriteringskriteriet «nytte» skal «nytte» forstås smalere enn bruken i dagligtalen og litteraturen, noe som kan gi rom for misforståelser.

I dagens prioriteringspraksis i helsetjenesten tolkes «nytte» som antall gode leveår og operasjonaliseres som QALY-er.

Tabell 3.1 Konsekvensoversikt i ulike perspektiv: helsetjenesteperspektivet, samfunnsperspektivet og dagens utvidede helsetjenesteperspektiv

Sektor	Konsekvenser for både intervensjonen(e) og komparatoren	Perspektiv		
		Helsetjeneste	Samfunn	Utvidet helsetjeneste
Helse	Helsegevinster			
	Kvalitetsjusterte leveår (QALY-er)	[]	[]	[] (*)
	Smitte (indirekte beskyttelse, QALY-er)	[]	[]	[]
	Andre helsegevinster (uønskede hendelser, mestring, verdighet)	[]	[]	[]
	Offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester (dvs. hele helsetjenesten – inkluderer spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og medisinske produkter)			
	Intervensjonskostnader	[]	[]	[]
	Fremtidige relaterte helsetjenestekostnader (†)	[]	[]	[]
	Fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader (†)	[]	[]	NA
Helse- og omsorgstjenester utenfor de offentlig finansierte helse- og omsorgstjenestene	Uformell omsorg (‡)	NA	[]	[]
	Helse- og omsorgstjenester betalt av pasient (helprivate tjenester)	NA	[]	NA
	Tidsbruk intervensjon, behandling og oppfølging	NA	[]	[]
	Transportkostnader	NA	[]	[]
Produksjonsvirkninger (§)	Betalt produksjon (arbeid i formell sektor)	NA	[]	NA
	Ikke-betalt produksjon (uformell sektor og øvrig samfunnsdeltagelse) (§§)	NA	[]	NA
Andre offentlige tjenester	Ulike stønader (overføringer som sykepenger, arbeidsavklaringspenger, ulike pensjoner osv.) (§§§)	NA	NA	NA
	Andre tjenester og tiltak (som barnevern, familievernkontor eller hjelpemidler)	NA	[]	NA
	Jus og kriminalomsorg. (Kostnad av kriminelle hendelser)	NA	[]	NA
	Utdanning (Virkninger på utdanning)	NA	[]	NA
Miljø og klima	Produksjon av avfall, klimagasser og annen forurensing	NA	[]	NA
Andre (spesifiser)	Andre relevante virkninger	NA	[]	NA

Merknad til tabell 3.1: Tabellens formål er å fungere som et konsistent verktøy som sikrer at alle relevante virkninger er vurdert. Konsekvenser markert med boks skal begrunnes uavhengig om det inkluderes eller ikke. Konsekvenser markert med N/A skal ikke begrunnes og ikke inkluderes, hvor NA står for «ikke gjeldende». Merk at konsekvenser utover helsetjenesteperspektivet skal belyses og begrunnes, men ikke inkluderes i utregningen av IKER. Ved en sekundæranalyse må relevansen til alle virkninger markert med boks begrunnes, både de som vurderes relevante og ikke relevante. Når man åpner opp for vurderinger av relevans, og hvor relevansen kan variere mellom tiltak og populasjoner, så er det behov for verktøy for å sikre konsistens og transparens. Konsekvensoversikten bør brukes i slike vurderinger – det vil si at de som skal vurdere hvilke kategorier som er relevante, må gå gjennom listen og argumentere for hvorfor de velger å inkludere/ekskludere ulike kategorier i analysene (for eksempel utdanning, uformell hjelp osv.). Begrunnelsen kan variere fra «ikke relevant å inkludere» til «relevant, men ikke mulig å inkludere på grunn av for lite dokumentasjon».

Noter til tabell 3.1:

- (*) I dagens gjeldende anbefalinger kan man beregne både effekten som tilfaller pasienten, og effekten som tilfaller de(n) pårørende, men om pårørendes effekt beregnes, må dette presenteres i separate analyser. Kategorier som i dag ligger i det utvidede helsetjenesteperspektivet (reisetid osv.), omfattes av samfunnsperspektivet.
- (†) Inkluderer transportkostnader betalt av helsetjenesten, prehospitale tjenester, behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten samt legemidler (både blå resept og h-resept).
- (‡) Uformell omsorg kan omfatte ulike konsekvenser for pårørende: (i) endringer i den pårørendes fysiske og psykiske helse (QALY), (ii) endringer i den pårørendes arbeidsdeltagelse (uførhet, sykedager) eller øvrig samfunnsdeltagelse, (iii) endringer i den pårørendes tid brukt på oppfølging og omsorgsoppgaver, som hjelp til «aktiviteter i dagliglivet» (ADL) ofte som substitutt for formelle omsorgstjenester. Her må analysen ta hensyn til dobbelttelling, det vil si at uformell omsorg ikke kan måles som både tapt tid og tapt livskvalitet (QALY).

- (¶) Generell samfunnsdeltagelse har også en verdi, selv om den ikke lønnes, registreres eller gir skatteinntekter. Eksempler er deltagelse i driften av en husholdning (matlaging, barnepass, husvask, innkjøp osv.) samt annen deltagelse vi finner verdifull, som deltagelse i organiserte og uorganiserte fritidsaktiviteter, frivillig arbeid, sosialt samvær, politisk arbeid, religiøst arbeid osv. Merk at verdien av øvrig samfunnsdeltagelse også kan fanges opp i estimeringen av livskvalitet gjennom kategorien «daglige aktiviteter», så analysen må ta hensyn til dobbelttelling her.
- (§) Merk at denne konsekvensen kan gi dobbelttelling ved utvidelse til et samfunnsperspektiv.
- (¶¶) Tiltak i helsetjenesten kan påvirke antall personer som mottar ulike stønader og velferdsytelser. I et samfunnsperspektiv vil disse stønadene være overføringer mellom individer i et samfunn. Det vil si at noen personer i samfunnet betaler inn (for eksempel gjennom skatt), mens andre personer i samfunnet får utbetalt (gjennom stønadene). Endring i stønadsutbetalinger er dermed ikke en utgift, men en overføring, og skal følgelig ikke inkluderes i analysen.

Kilde: Tabellen er laget av ekspertgruppen med utgangspunkt i *Impact Inventory* av Second Panel (Sanders et al. 2016)

Helsegevinster

Merk at i vår diskusjon om perspektiv vil helsegevinster tallfestes på samme måte uavhengig av perspektiv. Effekten av et tiltak estimeres som forventet endring i antall gode leveår (QALY) for den gitte pasientpopulasjonen, som beskrevet i 2.2.

Helserelatert livskvalitet

Denne kategorien omfatter pasientens forventede helsegevinst av et tiltak. Alt annet likt vil en økning i antall gode leveår, målt som inkrementelle QALY-er, føre til høyere prioritet.

Smitte (indirekte beskyttelse)

Denne kategorien omfatter helsegevinster blant de som ikke benytter seg av tiltaket, men som er en del av gruppen tiltaket er rettet mot. Et typisk eksempel er smittsomme sykdommer og indirekte beskyttelse gjennom flokkimmunitet ved vaksinasjon. For vaksiner vil det være slik at personer som ikke vaksinerer seg, kan ha en helsegevinst (ikke blir syke) fordi de er beskyttet ved at et tilstrekkelig antall av pasientpopulasjonen har vaksinert seg.

Alt annet likt vil en økning i antall gode leveår, målt som inkrementelle QALY-er, føre til høyere prioritet. Om helsegevinsten for de som ikke benytter seg av tiltaket, skal inkluderes, krever dette identifisering av flokkimmunitet.

Andre helsegevinster (uønskede hendelser, mestring og verdighet)

Denne kategorien omfatter helsegevinster for den gitte pasientpopulasjonen, som erstatning for eller som et tillegg til QALY-er. Eksempler er unngåtte hendelser (som komplikasjoner og innleggelser), men kategorien kan også omfatte faktorer som verdighet eller mestring.

Det er viktig å være klar over at hvis man bruker andre mål på helsegevinst enn QALY-er, vil det være vanskelig å prioritere mellom ulike pasientgrupper og tiltak fordi man må sette ulike utfallsmål opp mot hverandre. Hvor mye ressurser kan man for eksempel bruke for å oppnå «en enhet økt mestring» sammenlignet med «en unngått komplikasjon»? I tilfeller hvor det ikke er mulig å estimere vunne QALY-er, kan andre utfallsmål likevel gi beslutningstageren nyttig informasjon. Slik informasjon kan være relevant for områder av helse- og omsorgstjenesten hvor faktorer som verdighet og mestring ikke fanges tilstrekkelig ved EQ-5D-5L, som ligger til grunn for måling av helsegevinst som QALY-er.

Alt annet likt vil en økning i inkrementell effekt målt ved unngåtte hendelser eller økt verdighet eller mestring gi økt prioritet.

3.2 Helsetjenesteperspektivet

Et helsetjenesteperspektiv inkluderer ressursbruk (kostnader) for helse- og omsorgstjenesten, det vil si alle kostnader i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten samt medisinske produkter.

Kostnadene (ressursbruken) ved et tiltak kan deretter kategoriseres etter hvorvidt kostnadene er

- intervensjonskostnader (kostnader ved gjennomføring av tiltaket dagens praksis)
- fremtidige relaterte helsetjenestekostnader, som er forbundet med behandling og oppfølging av tilstander og hendelser som er relatert til pasientpopulasjonen tiltaket er rettet mot
- fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader, som er kostnader forbundet med behandling og oppfølging av tilstander og hendelser som ikke er relatert til pasientpopulasjonen tiltaket er rettet mot

Nedenfor forklarer vi hvilken påvirkning de tre kategoriene har på prioriteringen.

Intervensjonskostnader

Intervensjonskostnader er kostnader direkte knyttet til gjennomføring av tiltaket, men også dagens praksis. Noen ganger vil de kunne ha delvis overlappende kostnadskomponenter, mens i andre situasjoner kan de være veldig forskjellige. For sammenligning av laparoskopisk kirurgi med åpen kirurgi vil det ikke bare være overlappende kostnadskomponenter (personell og utstyr), men også ulike kostnadskomponenter (laparoskopet).

Ved lik inkrementell helsegevinst vil økte intervensjonskostnader for tiltaket relativt til dagens praksis medføre lavere prioritet – og vice versa.

Fremtidige relaterte helsetjenestekostnader

Fremtidige relaterte helsetjenestekostnader er behandlings- og oppfølgingskostnader som kommer i leveårene etter at tiltaket er innført (eller ved dagens praksis), og som er direkte relatert til tilstanden (pasientpopulasjonen) tiltaket er rettet mot. Relaterte helsetjenestekostnader omfatter kostnader som sykehusinnleggelse, polikliniske konsultasjoner, legemidler, besøk hos fastlege, rehabilitering i institusjon eller i kommunen, hjemmesykepleie og sykehjem (se Boks 3.2).

I en evaluering vil det være både overlappende og/eller ulike relaterte helsetjenestekostnader ved tiltaket og dagens praksis. For eksempel vil en pasientpopulasjon med akutt hjerteinfarkt blant annet ha høyere risiko for et nytt hjerteinfarkt og andre kardiovaskulære sykdommer. Behandling og oppfølging av hjerteinfarkt og fremtidige relaterte hendelser vil betraktes som relaterte helsetjenestekostnader og kan akkumuleres over hele livsløpet. Et tiltak kan føre til reduksjon i fremtidige relaterte helsetjenestekostnader ved at

tiltaket, som i eksempelet ovenfor, medfører lavere risiko for et nytt hjerteinfarkt eller andre kardiovaskulære sykdommer. Et nytt tiltak kan også føre til høyere kostnader, for eksempel hvis behandlingen forårsaker flere komplikasjoner. Disse to virkningene virker mot hverandre, og effekten på inkrementelle kostnader vil variere fra tiltak til tiltak.

Boks 3.2 Omfattende ortogeriatrisk oppfølging

Hvert år må en betydelig andel eldre gjennomgå en hoftoperasjon som følge av et brudd. Dagens praksis for denne gruppen omfatter et bredt behov for medisinske produkter og for helse- og omsorgstjenester i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter operasjon og oppfølging ved standard ortopedisk avdeling blir pasientene skrevet ut. Videre forløp omfatter oppfølging i kommunen og kan inkludere faktorer som rehabilitering, enten i institusjon eller fysioterapi, behov for hjemmesykepleie og praktisk bistand i hjemmet, besøk hos fastlege og bruk av medikamenter. For noen pasienter vil konsekvensene av bruddet være så omfattende at de ikke er i stand til å bo hjemme og må ha midlertidig eller varig opphold på institusjon. Etter bruddet kan det være behov for reoperasjon, eller det kan oppstå andre komplikasjoner som kan føre til nye sykehusopphold.

I en studie ved St. Olavs hospital ble omfattende ortogeriatrisk oppfølging testet ut både før og etter operasjon. Hensikten var å evaluere effekten på QALY og kostnader. Omfattende ortogeriatrisk oppfølging bestod av mer intensiv tverrfaglig oppfølging og inkluderte geriater, flere sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Studien viste at omfattende ortogeriatrisk oppfølging førte til en helsegevinst ved økning i QALY-er sammenlignet med dagens praksis og lavere kostnader sammenlignet med dagens praksis. En detaljert oversikt over de enkelte kostnadskomponentene viste at kostnadene økte for sykehuset, mens reduksjonen var forbundet med mindre behov for rehabilitering og sykehjem. Analysen viser at det er viktig å inkludere relevante kostnader for hele helse- og omsorgstjenesten, og at økt ressursbruk ett sted i tjenesten kan føre til besparelser for andre deler av tjenesten (Prestmo et al. 2015).

Fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader

Fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader er (ressurser) kostnader for behandling og oppfølging som ikke er relatert til tilstanden pasientpopulasjonen behandles for. Her er noen eksempler på ikke-relaterte helsetjenestekostnader for ulike tiltak:

- GLP1-RA (legemidler) mot overvekt: Ikke-relaterte helsetjenestekostnader vil kunne være oppfølging og behandling av influensa, svekket hørsel, problemer med synet og demens.
- Evaluering av kreftscreening: Ikke-relaterte helsetjenestekostnader vil kunne være behandling for influensa, hoftebrudd, hjerteinfarkt og demens.
- Evaluering av tverrfaglig rehabilitering for pasienter med artrose: Ikke-relaterte helsetjenestekostnader vil kunne være behandling for influensa, kreft og slag.

Fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader er kostnader som akkumuleres over hele livet, men som er like mellom gruppene, uavhengig av tiltak. Om man inkluderer ikke-relaterte helsetjenestekostnader i analyser hvor tiltak fører til like lang levetid, vil ikke de inkrementelle kostnadene bli påvirket.

Ved tiltak som forlenger livet, vil det derimot være en kostnad forbundet med ikke-relaterte helse- og omsorgstjenester for gruppen som oppnår en livsforlengelse. Dette kan være ressursbruk som pasientpopulasjonen vil få behov for, og som må dekkes av budsjettet til helse- og omsorgstjenesten, og som det dermed kan være naturlig å inkludere.

Konsekvens for prioritering avhenger av startpunktet: Alt annet likt vil ekskludering (inkludering) av ikke-relaterte helsetjenestekostnader føre til høyere (lik) prioritet for tiltak som fører til lengre levetid, sammenlignet med tiltak som fører til høyere livskvalitet (HRQoL) her og nå.

Fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader er ikke inkludert i dagens perspektiv.

Boks 3.3 Fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader

Dette eksempelet tar utgangspunkt i to pasientpopulasjoner: *A* og *B*. Pasientene i *A* og *B* er like gamle, har lik forventet levetid (2 år) og lik HRQoL (0,5) hvert år av den gjenstående levetiden (se tabellene nederst i boksen).

To tiltak vurderes innført, ett for pasientpopulasjon *A* og ett for *B*. Begge tiltakene fører til en økning på 1 QALY for de respektive pasientpopulasjonene, men på ulik måte:

- For *A* forventes en økning i HRQoL fra 0,5 til 1 de 2 gjenstående leveårene. Dette tiltaket forbedrer HRQoL her og nå.
- For *B* forventes en økning i levetid fra 2 år til 4 år, men med uendret HRQoL. Dette tiltaket er livsforlengende, men forbedrer ikke HRQoL fra nåværende nivå på 0,5.

Med tiltakene vil totale helsetjenestekostnader utgjøre 60 000 kr for både pasientpopulasjon *A* og *B*. Med dagens praksis har begge pasientpopulasjonene helsetjenestekostnader lik 5 000 kr for hvert år (tilsvarende 10 000 kr i 2 år), det vil si at de inkrementelle kostnadene for tiltakene rettet mot *A* og *B* er på 50 000 kr. Når vi sammenligner tiltakene med dagens praksis, blir IKER-en den samme for *A* og *B*.

$$\frac{60\,000\text{ kr} - 10\,000\text{ kr}}{2\text{ QALY} - 1\text{ QALY}} = 50\,000\text{ kr per vunnet QALY}$$

De totale helsetjenestekostnadene kan deles opp i relaterte og ikke-relaterte helsetjenestekostnader. Ikke-relaterte helsetjenestekostnader utgjør 5 000 kr per år. For dagens praksis utgjør dette kostnader i 2 år for både *A* og *B*. Med tiltakene utgjør dette kostnader i 2 år for *A* og kostnader i 4 år for *B*.

Hvis vi utelater fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader, vil dette føre til et lavere kostnadsestimat. I eksempelet ovenfor vil totale kostnader ved dagens praksis bli 0 kr for både *A* og *B*. For tiltakene rettet mot *A* og *B* blir de totale kostnadene

- for *A* redusert med 10 000 kr (5 000 kr over 2 år), til totalt 50 000 kr
- for *B* redusert med 20 000 kr (5 000 kr over 4 år), til totalt 40 000 kr

Som en konsekvens av at fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader utelates, vil IKER-ene for tiltak *A* og *B* bli ulike:

1. IKER for tiltak *A* forblir 50 000 kr per vunnet QALY.
2. IKER for tiltak *B* er nå lik 40 000 kr per vunnet QALY.

Gitt en kostnadseffektivitetsterskel på 45 000 kr vil man ved å ekskludere ikke-relaterte helsetjenestekostnader innføre tiltak *B*, men ikke tiltak *A*. Det vil si at det tiltaket som forbedret HRQoL her og nå, ikke blir vurdert som kostnadseffektivt, selv om de inkrementelle kostnadene er like når *alle* kostnadene i helsetjenesten inkluderes (50 000 kr) og helsegevinsten er identisk (1 QALY).

Boks 3.3 forts.

Dagens praksis (likt for A og B)	År 1	År 2	År 3	År 4	SUM
QALY	0,5	0,5	0	0	1
Relaterte helsetjenestekostnader	0	0	0	0	0
Ikke-relaterte helsetjenestekostnader	5 000	5 000	0	0	10 000
Sum ressursbruk	5 000	5 000	0	0	10 000

Populasjon A (med tiltak)	År 1	År 2	År 3	År 4	SUM
QALY	1	1	0	0	2
Relaterte helsetjenestekostnader	25 000	25 000	0	0	50 000
Ikke-relaterte helsetjenestekostnader	5 000	5 000	0	0	10 000
Sum ressursbruk	30 000	30 000	0	0	60 000
Inkrementell QALY	0,5	0,5	0	0	1
Inkrementell kostnad (kun relaterte)	25 000	25 000	0	0	50 000
Inkrementell kostnad (inkl. ikke-relaterte)	25 000	25 000	0	0	50 000
IKER (kun relaterte)					50 000
IKER (inkludert ikke-relaterte)					50 000

Populasjon B (med tiltak)	År 1	År 2	År 3	År 4	SUM
QALY	0,5	0,5	0,5	0,5	2
Relaterte helsetjenestekostnader	10 000	10 000	10 000	10 000	40 000
Ikke-relaterte helsetjenestekostnader	5 000	5 000	5 000	5 000	20 000
Sum ressursbruk	15 000	15 000	15 000	15 000	60 000
Inkrementell QALY	0	0	0,5	0,5	1
Inkrementell kostnad (kun relaterte)	10 000	10 000	10 000	10 000	40 000
Inkrementell kostnad (inkl. ikke-relaterte)	10 000	10 000	15 000	15 000	50 000
IKER (kun relaterte)					40 000
IKER (inkludert ikke-relaterte)					50 000

Merknad: Eksempelet ovenfor inkluderer ikke diskontering.

3.3 Samfunnsperspektivet

Generelt betyr et samfunnsperspektiv at vi inkluderer alle vesentlige virkninger som oppstår som følge av et tiltak, uavhengig av hvem som opplever virkningen eller bærer kostnadene. I samfunnsperspektivet er målet å få en helhetlig forståelse av tiltakets samlede virkning på samfunnet.

Med et samfunnsperspektiv skal alle tilleggskonsekvenser av et helsetiltak, som enten gir en merverdi eller en ekstra kostnad på samfunnet, fanges opp og presenteres for beslutningstageren.

I et samfunnsperspektiv tar man ikke kun hensyn til konsekvensen tiltaket har på pasientpopulasjonens gode leveår (QALY), men også virkningen et tiltak i helse- og omsorgstjenesten har i andre sektorer eller på andre personer i samfunnet. Eksempler på dette er konsekvenser for uformell omsorg (for eksempel pårørende) eller konsekvenser for andre samfunnssektorer (for eksempel arbeidsmarkedet, utdanningssektoren, kriminalomsorgen, barnevernet, innovasjon og forskning, klima og miljø).

Merk at når ekspertgruppen diskuterer et samfunnsperspektiv, beskrives ikke en fullstendig samfunnsøkonomisk analyse, da dette vil føre til mer omfattende vurderinger av metode (som bruk av QALY-er, betalingsvillighet i stedet for alternativkostnad (terskelverdien) og alvorlighetskriteriet), noe som ligger utenfor gruppens mandat og tidsramme.

Tabell 3.1 viser en oversikt over komponenter som kan inngå i et samfunnsperspektiv. Det inkluderer de komponentene som er beskrevet i helsetjenesteperspektivet, samt

- helse- og omsorgstjenester utover offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester
- produksjon og deltagelse
- konsekvenser for andre sektorer

3.3.1 Helse- og omsorgstjenester utenfor de offentlig finansierte helse- og omsorgstjenestene

Uformell omsorg

Uformelle omsorgspersoner kan være ektefeller, barn, foreldre eller andre, for eksempel naboer eller venner. I de fleste tilfeller vil uformell omsorg være pleie og omsorg som utføres i hjemmet av pårørende, som et substitutt for formelle helse- og omsorgstjenester.

Uformell omsorg kan omfatte ulike konsekvenser for pårørende:

- endringer i den fysiske og psykiske helsen til den pårørende (QALY)
- endringer i arbeidsdeltagelse (uførhet, sykedager) eller øvrig samfunnsdeltagelse; dette kan kvantifiseres som tid brukt på behandling, omsorgsoppgaver og hjelp til «aktiviteter i dagliglivet» (ADL).

Hvilken form for verdsetting som er relevant, vil avhenge av tiltaket. Analysen må ta hensyn til dobbelttelling. Det vil si at uformell omsorg ikke nødvendigvis kan måles som både tapt tid og tapt livskvalitet (QALY).

- *QALY*: I noen tilfeller, som hos pårørende til personer med psykiske lidelser eller rusproblematikk, vil ytere av uformell omsorg også kunne tenkes å utføre aktiviteter som ikke faller inn under pleie- og omsorgstjenester – som tid til å lete etter sine pårørende (pasienten). Dette vil ikke være et substitutt for pleie- og omsorgstjenester, men er likevel en ekstra og tidkrevende byrde for de pårørende til pasienten. Denne byrden kan føre til lavere livskvalitet, og dermed kan den tallfestes og verdsettes som tapte QALY-er.
- *Produksjon og tid*: En mulig definisjon av uformell omsorg er tjenester som – om de ikke ble tilbudt av pårørende – måtte ha blitt tilbudt av den formelle helse- og omsorgstjenesten eller av private pleie- og omsorgstilbydere. Pårørende som følger den funksjonsnedsatte til behandling, er et substitutt for helsetransport. Pårørende som sørger for at pasienten får dekket primære behov, er et substitutt for en helsefagarbeider. Et eksempel på pleie- og omsorgstjenester er bistand til aktiviteter i dagliglivet (ADL). Primær ADL omfatter grunnleggende aktiviteter som personlig hygiene og stell, påkledning, toalettbesøk, spising osv. Instrumentell ADL omfatter mer komplekse aktiviteter som håndtering av økonomi og medisiner, matlaging, husarbeid og klesvask (Edemekong et al. 2023).

Dersom vi inkluderer virkningen på uformell omsorg, synliggjør analysen den kostnaden det har for pårørende å bli tildelt flere omsorgsoppgaver. Dermed fremstår ikke uformell omsorg som en ren besparelse for pleie- og omsorgssektoren. Den usynlige samfunnskostnaden av omsorgsarbeid som utføres i hjemmet, vil bli mer synlig i en beslutningssituasjon.

Om to tiltak har samme helsegevinst (vunnet QALY), vil man prioritere tiltak som reduserer tidskostnaden eller byrden (i form av tapte QALY-er) for pårørende.

Boks 3.4 Hjemmesykehus for barn med stort behandlingsbehov

En tenkt pasientgruppe består av syke barn som, for en gitt periode, har behov for oppfølging flere ganger i uken. Dagens praksis er at barna må reise til sykehuset med sine foreldre for å få poliklinisk oppfølging. Alternativt kan nødvendig helsepersonell fra sykehuset reise til barna (til hjemmet, barnehagen eller skolen) og gi dem oppfølging der de er. Dette tiltaket heter Avansert hjemmesykehus (AHS).

La oss anta at oppfølgingen på sykehus og ved AHS gir lik helsegevinst. Sammenlignet med dagens praksis vil sykehuset få økte kostnader ved AHS som følge av at helsepersonell må bruke tid på å oppsøke barna. I en kostnadseffektivitetsanalyse med et helsetjenesteperspektiv vil inkrementelle kostnader øke, noe som kan føre til at AHS ikke vurderes som kostnadseffektivt.

Vi kan belyse beslutningsproblemet bredere ved å ta med relevante virkninger fra samfunnsperspektivet, som verdien av uformell omsorg, produksjonsvirkninger (effekt på arbeidsdeltagelse og øvrig samfunnsdeltagelse) og pårørendes livskvalitet:

- Ved at barna (pasientene) mottar behandling der de er (hjemme, i barnehagen eller på skolen), kan de delta uavbrutt i sine daglige aktiviteter.
 - Virkningen omfatter samfunnsdeltagelse i form av familieliv/samvær/fritid/lekser/lek/utdanning osv.
- Ved at foreldrene (pårørende) ikke trenger å følge barna flere ganger i uken til og fra sykehuset, kan de i stedet jobbe eller delta i hjemmet.
 - Virkningen omfatter betalt eller ikke-betalt produksjon.
- Ved at familien (det syke barnet, foreldrene og eventuelle søsken) får mer overskudd og tid til hverandre, oppleves sykdommen/tilstanden mindre belastende.
 - Virkningen kan omfatte effekt på livskvalitet (HRQoL)

I noen tilfeller vil foreldrene være sykmeldte og motta pleiepenger fra Nav på grunn av belastningen med barn med alvorlig sykdom. Pleiepenger gis uavhengig av om barna følges opp på sykehuset eller ved AHS. Dermed vil ikke AHS nødvendigvis påvirke foreldrenes mulighet til å jobbe (betalt produksjon), men det påvirker deres mulighet til å delta i hjemmet (ikke-betalt produksjon). For eksempel vil det muliggjøre tilstedeværelse og oppfølging av søsken og tid til å drifte husholdningen – noe som kan gi en relevant samfunnsverdi.

Om man skulle ha kvantifisert virkningene i eksempelet ovenfor, ville man ha måttet skille mellom ulike faktorer for å unngå dobbelttelling.

(Dette er et tenkt eksempel som ikke baserer seg på forskning. Merk derfor at AHS kan ha virkninger utover det som står i teksten).

Kilder: (St Olavshospital 2022; Stevens et al. 2006)

Helse- og omsorgstjenester betalt av pasient

Med helse- og omsorgstjenester betalt av pasienten menes helprivate tjenester som verken finansieres eller produseres av det offentlige. Private helse- og omsorgstjenester kan inkludere ulike helse- omsorgstjenester, for eksempel allmennlege (utenom fastlegeordningen), gynekolog, hudlege, fysioterapeut og psykolog. Det kan også inkludere pleie- og omsorgstjenester som er betalt av pasienten og forbundet med primær ADL og instrumentell ADL. Det kan være vanskelig å sette grenser for hva som er helse- og omsorgstjenester med dokumentert effekt, og hva som er annen behandling.

Denne typen kostnader vil påvirke kostnadene ved både dagens praksis og ny behandling, men det er ikke entydig i hvilken grad det vil føre til høyere eller lavere inkrementelle kostnader.

Om deler av befolkningen opplever at de har udekkede behov, vil det private helsemarkedet trolig øke. Ved å belyse bruken av private helse- og omsorgstjenester kan man få en indikasjon på hvor mye ulike tiltak påvirker pasientens opplevelse av udekkede behov, som de velger å betale ekstra for i det private markedet. Det kan være vanskelig å differensiere mellom hva som er et faktisk udekket behov, og hva som er et opplevd behov hos pasienten.

Tidsbruk ved intervensjon, behandling og oppfølging

Tidsbruk forbundet med behandling og oppfølging inkluderer den tiden som pasienten bruker på å reise og på å motta behandling og/eller oppfølging. Tidsbruken kan knyttes til de tre kategoriene som er beskrevet under kostnader i helsetjenesteperspektivet, det vil si tidsbruk knyttet til intervensjonen, til fremtidige relaterte helsetjenester og til fremtidige ikke-relaterte helsetjenester. I noen tilfeller kan man tenke at tid brukt på intervensjonen er spesielt viktig, for eksempel ved screening eller vaksinerings. I disse tilfellene vil en stor, frisk andel av befolkningen måtte bruke tid på å delta i intervensjonen.

For to tiltak med samme helsegevinst (vunnet QALY) vil tiltak som reduserer tidskostnaden for pasienten, bli prioritert fremfor tiltak som ikke har effekt på pasientens tid.

Transportkostnader

Transportkostnader er kostnader pasienten betaler for transport til og fra intervensjon, behandling og oppfølging. Dette inkluderer ikke transport som er betalt av helsetjenesten, for denne inngår i helsetjenestekostnaden. I prinsippet kan transportkostnader betegnes som konsum som ikke er relatert til helse. Siden transportkostnader tidligere har vært en del av det utvidede helsetjenesteperspektivet, nevnes det som en egen kategori.

For to tiltak med samme helsegevinst (vunnet QALY) vil tiltak som reduserer transportkostnaden for pasienten, bli prioritert fremfor tiltak som ikke har noen effekt på transportkostnader, når transportkostnadene inkluderes.

3.3.2 Produksjonsvirkninger (betalt og ikke-betalt)

Produksjonsvirkninger kan omfatte tre ulike konsekvenser for pasientpopulasjonen:

- tidsbruk forbundet med behandling og oppfølging
- påvirkning på betalt produksjon, det vil si arbeidsdeltagelse
- påvirkning på ikke-betalt produksjon, omtalt som øvrig samfunnsdeltagelse

Hvordan produksjon skal kvantifiseres, vil avhenge av tiltaket. Se boks om kvantifisering av deltagelse.

Betalt produksjon – arbeidsdeltagelse

Med endringer i betalt produksjon menes endring i tiden som personer bruker på lønnet arbeid, eller endring i muligheten til å utføre arbeid mer produktivt.

Endring i tid kan være knyttet til behandling og oppfølging eller fravær på grunn av begrenset helse, for eksempel om personer blir så syke at de må sykmeldes og dermed er borte fra arbeid. Produksjon vil også være relevant i tilfeller hvor et tiltak kan bidra til at personer som står utenfor arbeidslivet, kan komme tilbake i arbeid.

Om produksjonsvirkninger skal inkluderes i analyser, kan det tenkes å påvirke ulike grupper ulikt. En intervensjon som sørger for at personer som står i fare for å falle utenfor arbeidslivet, ikke faller fra som følge av sykdom, vil kunne gi en mulig produksjonsgevinst til samfunnet. På samme måte vil samfunnet få en produksjonsgevinst dersom personer som står utenfor arbeidslivet på grunn av sykdom, tilbakeføres til arbeid som følge av at helsen blir bedre. Personer som står utenfor arbeidslivet, og som ikke kan tilbakeføres uavhengig av tiltak, vil ikke kunne bidra til en produksjonsgevinst i form av betalt produksjon.

Et helsetiltak for personer som står i 100 prosent arbeid, vil ikke gi en mulig produksjonsgevinst (de kan ikke komme mer tilbake i arbeid). Men tiden de bruker på intervensjon, behandling eller oppfølging, vil telle som et produksjonstap.

Det er viktig å skille mellom to faktorer når man tenker på produksjonsgevinster: 1) gevinsten for individet (som får muligheten til å stå i arbeid) og 2) gevinsten for samfunnet (som følge av økt produksjon). Innenfor samfunnsøkonomi vil den relevante virkningen være samfunnets totale gevinst, i form av økt produksjon, som kommer alle til gode – og ikke individets økonomiske gevinst.

For to tiltak med samme helsegevinst vil tiltak som medfører en produksjonsgevinst, bli prioritert fremfor tiltak som ikke har effekt på produksjon. Et tiltak som medfører et produksjonstap, vil fremstå mindre kostnadseffektivt enn tiltak som ikke medfører tapt arbeidstid, alt annet likt.

Ikke-betalt produksjon – samfunnsdeltagelse

Ikke-betalt produksjon er tiden som personer bruker på øvrig samfunnsdeltagelse. Dette vil være relevant for tiltak som påvirker muligheten til å ta del i samfunnet.

Tiden til personer som ikke står i arbeid, er også verdifull. For eksempel vil en person som er pensjonert, kunne bruke tiden sin på aktiviteter som frivillig arbeid, uformell omsorg (for eksempel omsorg for ektefellen eller barnebarna) eller annen ønsket deltagelse i samfunnslivet. Om denne pensjonisten blir syk eller må bruke tid på oppfølging, vil han eller hun ikke kunne bruke tid på slike aktiviteter mer, noe som kan føre til et tap for samfunnet.

Personer som er i lønnet arbeid, har også fritid som potensielt kan brukes på aktiviteter som er viktige for samfunnet.

Like fullt er det ikke all fritid som har like stor samfunnsnytte. Skillet mellom «produktiv» tid og «ikke-produktiv» tid er derfor ikke klart.

Ved to tiltak som har samme helsegevinst (vunnet gode leveår), vil man prioritere tiltak som gir en økning i ikke-betalt produksjon. Tiltak som fører til et produksjonstap, vil fremstå mindre kostnadseffektivt enn tiltak som ikke fører til tapt produksjon, alt annet likt.

Dobbelttelling og produksjon

Det er viktig å ikke telle både tidsbruk ved intervensjon, behandling og oppfølging og tidsbruk ved sykemelding eller reduksjon i ikke-betalt produksjon. I en overlappende periode vil dette føre til dobbelttelling: at man teller en persons tap av tid i arbeid to ganger, eller at man teller ikke-betalt produksjon to ganger.

3.3.3 Andre offentlige tjenester

Ulike stønader

I mandatet bes det om en vurdering av effekter på mottak av stønader/ velferdsytelser ut fra et samfunnsperspektiv.

Ulike stønader i konsekvensoversikten er sosiale stønader som sykepenger, arbeidsavklaringspenger, trygdeytelser og pensjon. Tiltak i helsetjenesten kan påvirke antallet personer som mottar ulike stønader og velferdsytelser. For eksempel kan behandling mot rusmisbruk, hvis den er effektiv, kunne redusere behovet for dagpenger, sosialhjelp, bostøtte og andre ytelser.

I et samfunnsperspektiv vil disse stønadene være overføringer mellom individer i et samfunn. Det vil si at noen personer i samfunnet betaler inn (for eksempel gjennom skatt), mens andre personer i samfunnet får utbetalt (gjennom stønadene). Det er dermed ikke en utgift, men en overføring som ikke skal inkluderes i analysene (DFØ 2023).

Betingelsen for mottak av mange av disse ytelsene er at de utløses som erstatning for arbeidsinntekt. De kompenseres med andre ord for bortfall av den produksjonen som følger av arbeid. Dette representerer en samfunnsmessig kostnad, jf. omtalen av produksjonsvirkninger.

Fra et statsfinansielt perspektiv vil tiltak som reduserer omfanget av offentlige stønader, representere en gevinst i form av at fremtidige utbetalinger reduseres sammenlignet med hva de ellers ville vært. Fra et samfunnsperspektiv er dette i utgangspunktet ikke en gevinst, men en overføring. Offentlige stønader skal imidlertid finansieres og vil påvirke det offentliges finansieringsbehov. Dette vil føre til skattefinansieringskostnader² som er reelle samfunnsmessige virkninger.

Andre tjenester og tiltak

Andre kommunale tjenester kan inkludere tjenester som barnevern, familieteam og ungdomskontakter. Tjenestene kan også omfatte hjelpemidler som betales over folketrygden. Disse hjelpemidlene gis når en persons funksjonsevne i dagliglivet er vesentlig og varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte, og når tiltaket er nødvendig og hensiktsmessig for å bedre funksjonsevnen (Folketrygdløven 1997).

For lik inkrementell QALY-er vil reduksjon i kostnader relatert til andre tjenester og tiltak føre til høyere prioritet.

Justissektoren

I noen tilfeller vil ulike helsetjenester kunne føre til ulike utfall som påvirker justissektoren (rettsvesenet og kriminalomsorgen). For eksempel kan noen personer med rusproblematikk havne i situasjoner hvor de begår lovbrudd, og hvor justissektoren vil få utgifter i forbindelse med lovbruddene. I disse tilfellene kan det være aktuelt å kvantifisere antall lovbrudd som blir unngått som følge av ulik behandlingspraksis, og kostnadsbesparelsen forbundet med dette.

For lik inkrementell helsegevinst vil reduksjon i kostnader relatert til andre offentlige tjenester gi høyere prioritet.

Utdanningssektoren

Med utdanning menes den påvirkningen som intervensjonen har på utfall knyttet til utdanning hos pasienten eller i populasjonen. Ulike intervensjoner kan

² Ved tiltak som må finansieres med økt budsjettamme, skal det legges til en skattefinansieringskostnad i den økonomiske analysen. I Finansdepartementets rundskriv om samfunnsøkonomiske analyser (Finansdepartementet 2021) vises det til at skatter i alminnelighet vil føre til at konsumenter og produsenter blir stilt overfor ulike priser. Dette vil vri bruken av ressurser og kan føre til at det oppstår et effektivitetstap. Det er derfor fastsatt i rundskrivet at for alle tiltak som skal finansieres over offentlige budsjetter, skal en skattefinansieringskostnad inngå i analysen. Kostnaden er den marginale kostnaden ved å hente inn en ekstra skattekrone og er satt til 20 øre per krone. Grunnlaget for beregning av skattekostnaden vil være tiltakets nettvirkning for offentlige budsjetter, det vil si det offentlige finansieringsbehovet.

påvirke utdanningsforløpet til pasienten om pasienten er i skolealder. Potensielt kan intervensjoner påvirke utdanningsutfall i hele populasjonen, for eksempel nedstenging av skolen for å forhindre smitte under covid-19-epidemien. I tillegg kan man i noen tilfeller tenke seg at å prioritere en yrkesgruppe i helse- og omsorgstjenesten (som helsesykepleiere) vil påvirke antall lærere man har muligheten til å ansette i en kommune.

For lik inkrementell helsegevinst vil reduksjon i kostnader relatert til andre kommunale tjenester gi høyere prioritet.

Klima og miljø

Med klima og miljø menes hvordan ulike intervensjoner kan påvirke klimaet eller naturmiljøet, for eksempel avfallshåndtering, drivhusgasser og annen forurensing.

For lik inkrementell helsegevinst vil redusert klima- og miljøpåvirkning som følge av intervensjonen gi høyere prioritet.

Andre

Andre sektorer kan også berøres, som privat næringsliv eller kunnskapsutvikling og innovasjon.

3.4 Det utvidede helsetjenesteperspektivet

Av Tabell 3.1 fremgår det hvilke elementer som inkluderes i det utvidede helsetjenesteperspektivet som benyttes ved prioritering i Norge i dag.

I dette perspektivet har man valgt å ekskludere noen elementer fra helsetjenesteperspektivet, mens man har inkludert noen andre elementer fra samfunnsperspektivet.

Det som er ekskludert fra helsetjenesteperspektivet, er ikke-relaterte helsetjenestekostnader. Det som er inkludert fra samfunnsperspektivet, er uformell omsorg (kvantifisert både i tid og QALY-er), transportkostnader og tid som går med til intervensjon, behandling og oppfølging.

3.5 Praktiske hensyn

I denne delen vil vi vurdere praktiske hensyn ved å inkludere ulike virkninger beskrevet i 3.1–3.4. Vi vil særlig diskutere faktorer forbundet med transparens, dokumentasjonsgrunnlaget og usikkerhet.

3.5.1 Transparens

For at det skal gjøres en grundig vurdering av hvilke kategorier som er relevante å inkludere, er det behov for verktøy som sikrer etterprøvbarehet og transparens i hvilke valg og vurderinger som tas. Det vil sørge for konsistens, noe som gjør det lettere å sammenligne virkninger av tiltak internt og på tvers av sektorer. Konsekvensoversikten i Tabell 3.1 kan brukes til å argumentere for komponentene som er relevante å inkludere/ekskudere for det aktuelle tiltaket og pasientpopulasjonen, for eksempel utdanning, uformell hjelp, andre sektorer og produksjonsvirkninger. Hva som er relevant, vil variere mellom tiltak, pasientpopulasjoner og type beslutninger.

3.5.2 Dokumentasjon – kvantifisering og verdsetting

3.5.2.1 Kvantifisering

Med utgangspunkt i identifiserte relevante komponenter fra konsekvensoversikten, vil det være behov for å kvantifisere og verdsette hver enkelt komponent for både tiltaket og dagens praksis. Kvantifisering forutsetter at det er tilgjengelig dokumentasjon for de relevante komponentene. Utfordringer med dokumentasjon er generelt forbundet med mangel på dokumentasjon av tilstrekkelig kvalitet. Tilstrekkelig kvalitet vil være at det er dokumentert at et tiltak har en effekt på konsekvensene som er identifisert i konsekvensoversikten. Dokumentasjon kan være en utfordring for gjennomføring av analyser, men i denne delen vil vi trekke frem dokumentasjon for noen utvalgte konsekvenser.

Dokumentasjon som er relevant for kvantifisering av ressursbruk til gjennomføring av tiltaket og dagens praksis, hentes ofte fra beskrivelsen av intervensjonen og dagens praksis i protokollen eller studien som evaluerer tiltaket. Informasjon fra behandlingsretningslinjer kan bidra til å kvantifisere dagens praksis. Utfordringer med dokumentasjon kan være at intervensjonen eller dagens praksis ikke er tilstrekkelig beskrevet, eller at dagens praksis i studien ikke tilsvarer dagens praksis i Norge. Det siste vil også være en utfordring for dokumentasjon av helsegevinst.

Dokumentasjon av ressursbruk til fremtidige relaterte helsetjenestekostnader hentes typisk fra flere ulike kilder, som kliniske studier, litteratur, registre og behandlingsretningslinjer. Det kan være utfordringer med å innhente tilstrekkelig dokumentasjon for både dagens praksis og konsekvenser av tiltaket for relaterte kostnader. For eksempel kan en studie rapportere antall komplikasjoner etter type komplikasjon, men det rapporteres ikke hvor mange som har flere komplikasjoner. Hvis det er slik at to komplikasjoner fører til mer oppfølging enn oppfølging av hver enkelt av komplikasjonene, vil summen føre til en underestimert av ressursbruken.

Dokumentasjon av fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader er ikke tilgjengelig for Norge i dag. Hvis denne konsekvensen skal inkluderes i estimering

av IKER, er det behov for norske estimater på ressursbruk. I et slikt arbeid kan det være relevant å benytte metoder utviklet for å identifisere ressursbruken for Nederland og England (van Baal et al. 2011).

Generelt har vi lite dokumentasjon på konsekvensen av omsorgsbyrde målt i tapte gode leveår (QALY) for ulike pasientpopulasjoner og tiltak, og vi har lite dokumentasjon på hvordan uformell omsorg påvirker arbeidsdeltagelse, samfunnsdeltagelse og tid brukt på behandling, omsorgsoppgaver og hjelp til «aktiviteter i dagliglivet». For at en slik konsekvens skal kunne inkluderes i en evaluering, må slike konsekvenser inkluderes i studier.

Dokumentasjon av produksjonsvirkninger (betalt og ikke-betalt produksjon) av et tiltak må fremskaffes som en del av en studie eller via registerdata. Tidsbruk ved behandling og oppfølging er trolig lettere å dokumentere enn tiltakets effekt på betalt og ikke-betalt produksjon (øvrige samfunnsdeltagelse). Tallfesting av tidsbruk ved behandling og oppfølging kan gjøres ved at man teller antall behandlinger og oppfølginger og antar reise til og fra for hver kontakt. For en poliklinisk konsultasjon vil tidsbruk være knyttet til gjennomsnittlig reisetid samt konsultasjonstid. Endringer i tidsbruk ved et nytt tiltak vil kvantifiseres via endringer i antall behandlinger og oppfølginger. Kvantifisering av effekten av et tiltak på betalt og ikke-betalt produksjon krever dokumentasjon på at tiltaket har ført til endring i deltagelse (enten betalt eller ikke-betalt produksjon). Dette kan kvantifiseres via informasjon samlet inn i studien. For betalt produksjon vil det kunne være mulig å innhente informasjon ved å koble informasjon fra studien med informasjon om arbeidsdeltagelse fra Nav. Kvantifisering av effekten av ikke-betalt produksjon må inkluderes i evaluering av hvert enkelt tiltak. I Boks 3.5 beskrives to ulike metoder for å kvantifisere og verdsette betalt produksjon. Hvilken metode som skal benyttes i Norge, er ikke definert. I Nederland benyttes friksjonskostnadstilnærmingen.

På samme måte som konsekvensene nevnt ovenfor (som uformell omsorg og arbeidsdeltagelse og øvrige samfunnsdeltagelse) kreves kvantifisering av bruk av andre offentlige tjenester som barnevern, familievernkontor, hjelpemidler, justissektoren og utdanning, og at dette inkluderes og dokumenteres i evaluering av tiltaket. I motsetning til helse- og omsorgstjenester, hvor det er etablert flere administrative registre, mangler vi slike komplette registre for andre sektorer (barnevern og utdanning), noe som gjør det mer krevende å beskrive tjenestetilbudet i dagens praksis. Bedre tilgang på informasjon om offentlig tjenesteproduksjon kan bidra til at vi kan kvantifisere relevante konsekvenser for disse sektorene.

Å vurdere hvilken konsekvens et tiltak i helse- og omsorgssektoren har på avfall, klimagasser, miljø og annen forurensing, er ganske nytt, og for Norge er det ikke utarbeidet noen systematisk oversikt over slike virkninger i helse- og omsorgssektoren. Internasjonalt er det utviklet flere «kalkulatorer» som kvantifiserer karbonavtrykket av helsetiltak (Sustainable healthcare coalition 2024) som kan tenkes å være relevante for en norsk setting.

Det vil kunne oppstå situasjoner hvor ikke alle relevante konsekvenser kan dokumenteres. Med bruk av konsekvensoversikten vil det være identifisert at en virkning er relevant, men senere vil det bli klart at den ikke inkluderes. Da vil dette være med på å sikre transparens overfor beslutningstager.

3.5.2.2 Verdsetting

Etter at en ressurs er identifisert og kvantifisert, må hver komponent verdsettes ved enhetskostnader for at man skal kunne estimere kostnader. I tilfeller hvor det er vanskelig å fremskaffe gode enhetskostnader, kan det være av verdi å rapportere ressursbruk.

I Norge finnes det i dag ikke tydelige nok retningslinjer for hvordan ulike ressurser skal verdsettes innenfor helsetjenesteperspektivet eller samfunnsperspektivet.

For komponenter som er inkludert i dagens perspektiv (utvidet helsetjenesteperspektiv), finnes det en slags konsensus om hva som er akseptable måter å verdsette ressurser på, for eksempel bruk av DRG-vektorer til verdsetting av sykehusopphold, tariffer til verdsetting av fastlegetjenester og markedsverdien av ressurser der markedsverdier er tilgjengelig. Likevel er det fare for at verdsettingen i dagens perspektiv ikke er konsistent mellom ulike analyser, noe som kan påvirke resultatet av kostnadseffektivitetsanalyser og derfor også beslutninger om innføring av nye tiltak.

En mer detaljert retningslinje for hvordan ressurser skal verdsettes, tilsvarende kostnadskatalogen som er utviklet for Nederland, bør derfor utvikles også for Norge (institute for Medical Technology Assessment 2024). Om man i tillegg skal utvide dagens helsetjenesteperspektiv til å inkludere ikke-relaterte helsetjenestekostnader, må man lage estimater for disse. Det er verdt å merke seg at man i Nederland har gjort et stort arbeid for å estimere ikke-relaterte helsetjenestekostnader. Frem til Norge lager lignende estimater, kan man vurdere å bruke de nederlandske estimatene.

Selv om det finnes anbefalinger om verdsetting (DFØ 2023) for noen komponenter fra samfunnsperspektivet (som produksjon og transportkostnader), vil det være behov for at det utarbeides konsensus og klare retningslinjer for hvordan de resterende komponentene skal verdsettes. For eksempel vil det måtte utvikles metoder for verdsetting av utfall i andre offentlige sektorer, som justis- og utdanningssektoren. Det er også her verdt å merke seg at det finnes eksempler på hvordan dette kan gjøres (Goorden et al. 2016). Siden disse komponentene i svært liten grad har blitt inkludert i evalueringer i Norge, er det naturlig at metoder for verdsetting heller ikke er utviklet i Norge i dag.

Boks 3.5 Samfunnsdeltagelse

Om man har identifisert samfunnsdeltagelse som en relevant faktor i analysen, vil det være flere måter å kvantifisere (tallfeste) og verdsette (gi en monetær verdi) deltagelsen på. Innenfor helseøkonomi refererer man ofte til to teoretiske rammeverk for å kvantifisere produktivitet: humankapitaltilnærmingen («human capital approach») og friksjonskostnadstilnærmingen («friction cost approach») (Koopmanschap et al. 1995).

Tallfesting

Humankapitaltilnærmingen

Ved humankapitaltilnærmingen beregnes verdien av tapt arbeidsdeltagelse (produksjon) som alle dager en person er utenfor arbeidslivet, av alle dagene personen potensielt kunne vært i arbeid. I praksis vil det si at all tid en person er utenfor arbeidslivet mens personen er i arbeidsfør alder (20–64 år), beregnes som et produksjonstap (SSB 2023).

Forutsetninger: Den sentrale antagelsen er at en persons verdi for økonomien gjenspeiles i personens produksjonspotensial. Det tas ikke hensyn til mulige tilpasninger eller justeringer som gjøres av arbeidsmarkedet eller de berørte individene.

Begrensninger ved humankapitaltilnærmingen kan være at metoden overestimerer det totale produksjonstapet ved å anta et konstant eller lineært forhold mellom arbeidstid og produksjon. Man ser dermed bort fra potensielle tilpasninger, som erstatningsarbeidere eller endringer i arbeidstidsplaner.

Friksjonskostnadstilnærmingen

I motsetning til humankapitaltilnærmingen tar friksjonskostnadstilnærmingen hensyn til mulige tilpasninger eller justeringer som gjøres av arbeidsmarkedet og de berørte individene etter en innledende periode med avbrudd av arbeid (friksjonsperioden).

Den estimerer dermed produksjonstap bare i løpet av tiden det tar å erstatte en fraværende arbeider, eller i løpet av tiden som går før den berørte arbeideren kommer tilbake til arbeid (friksjonsperioden). Friksjonskostnadstilnærmingen tar hensyn til at det i denne perioden kan oppstå justeringer i arbeidsmarkedet som reduserer det samlede produksjonstapet.

Boks 3.5 forts.

Forutsetninger: Tilnærmingen antar at markedene tilpasser seg for å kompensere for kortsiktige produksjonstap ved å ansette erstatninger, omfordele oppgaver eller gjøre operasjonelle justeringer.

Begrensninger: Tilnærmingen kan underestimere det totale produksjonstapet ved å fokusere bare på den kortsiktige påvirkningen innenfor friksjonsperioden og se bort fra potensielle langsiktige konsekvenser.

Innenfor begge de nevnte tilnærmingene, og når betalt arbeid skal kvantifiseres og verdsettes, kan det skilles mellom lavere produksjon mens man er på jobben («presenteeism»), og fravær fra jobben («absenteeism»).

Verdsetting

Ved både humankapitaltilnærmingen og friksjonskostnadstilnærmingen anbefales det å verdsette tapt produksjon med gjennomsnittslønn inklusiv skatt, arbeidsgiveravgift og andre sosiale kostnader.

Det kan i denne sammenheng vises til at arbeidstid verdsettes slik i Finansdepartementets rundskriv om samfunnsøkonomiske analyser (R109/21) (Finansdepartementet 2021).

Ifølge rundskrivet kan praktiske hensyn tilsi at nasjonale gjennomsnitt benyttes som tidsverdier for berørte personer.

3.5.2.3 Usikkerhet

Analysene er som regel beheftet med usikkerhet når man skal analysere hvilke konsekvenser et tiltak har for helseutfall (som HRQoL, respons, progresjon, komplikasjoner og død) og for kostnader (som antall besøk hos fastlege eller psykolog, medisindose, antall innleggelser, lengden på et rehabiliteringsopphold eller besøk hos helsesykepleier). Usikkerheten uttrykkes ved en fordeling rundt et gjennomsnitt. Informasjon om usikkerhet (gjennomsnitt og fordeling) dokumenteres fra studier, registre eller andre kilder. Det anbefales å ta hensyn til denne usikkerheten i en beslutning om et tiltak (Briggs et al. 2012), da det å ta feil beslutning er forbundet med kostnader i form av tapte gode leveår.

Usikkerheten kan være knyttet til enkeltfaktorer i analysen. Dette omtales ofte som parameterusikkerhet og omfatter faktorer som HRQoL, respons, innleggelser på sykehus og antall besøk hos fastlege). Videre har vi strukturell usikkerhet, som er forbundet med valg av funksjon i overlevelsesanalyser, antall helsetilstander, lengde på sykkluser og antagelser om behandlingsvarighet og effekt. Usikkerhet kan også komme av heterogenitet, som kan innebære at helseeffekten varierer systematisk mellom grupper i pasientpopulasjonen, for

eksempel at pasienter med en genetisk markør har en annen helseeffekt enn de uten markøren.

Kostnadseffektivitetsanalyser (IKER og kostnadseffektivitetsterskelene) danner et rammeverk for å evaluere usikkerhet på en systematisk måte. Usikkerhet er særlig et problem om det fører til stor beslutningsusikkerhet, det vil si at de som skal ta beslutningen, er usikre på om tiltaket som evalueres, er tilstrekkelig bedre (målt ved inkrementell kostnad per vunnet gode leveår) enn dagens praksis. Usikkerhet i beslutningen kan estimeres ved sensitivitetsanalyser, hvor man varierer en eller to faktorer for å utforske om faktoren har stor påvirkning på IKER (vises ofte til som deterministisk sensitivitetsanalyse, se veileder) (Statens legemiddelverk 2023).

Usikkerhet i beslutningen kan også estimeres ved at man tar hensyn til all usikkerhet samtidig i en analyse (omtales som probabilistisk analyse, hvor usikkerhet ved HRQoL og ressursbruk (kostnader) inkluderes i en og samme analyse). I dagens veileder åpnes det opp for å inkludere denne typen analyse i dokumentasjonsgrunnlaget til DMP (Statens legemiddelverk 2023). Probabilistisk analyse kan brukes til å beskrive usikkerhet i beslutningen, men dette er ikke en del av dagens veileder.

I dagens system er det i hovedsak to typer beslutninger vedrørende finansiering: *ja* eller *nei*. Feil beslutning kan føre til to ulike situasjoner: *ja* når det skulle vært *nei*, og *nei* når det skulle vært *ja*. Begge situasjoner (feilaktig ja og feilaktig nei) kan potensielt føre til tapte gode leveår. Et feilaktig ja fører til tap for pasienter som fortrenses når ny behandling godkjennes (tause tapere), mens et feilaktig nei fører til at pasienter kan tape gode leveår som følge av at de ikke får tilgang til behandlingen.

Det betyr at enhver feil beslutning har mulige konsekvenser i form av tapte gode leveår. I beslutningssituasjonen er det derfor viktig å avgjøre om det skal tas en beslutning nå, eller om det kan gjøres noe for å redusere sannsynligheten for å ta feil beslutning.

Det er omkostninger knyttet til å reversere en beslutning (trekke tilbake en ja-beslutning). Omkostningene er forbundet med at en reversering ikke iverksettes umiddelbart (behandlingen fortsetter å bli tilbudt), eller at det alt er igangsatt behandling som ikke kan endres (typisk der behandlingen gis først, mens effekten realiseres senere). Det kan derfor være av verdi å innhente mer informasjon som kan redusere usikkerheten for beslutningstageren.

Det å innhente mer informasjon før vi tar en beslutning, er ikke noe som er spesielt for beslutninger i helsetjenesten. DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser (DFØ 2023) peker på at i situasjoner med stor usikkerhet kan man vurdere den økonomiske verdien av å vente på flere opplysninger, også kalt opsjonsverdien³. Ved mange beslutninger må vi vurdere behovet for mer

³ Verdien er lik den forventede verdien av muligheten til å gjøre om på beslutningen dersom oppdatert informasjon skulle tilsi det.

informasjon før vi bestemmer oss. Dette gjelder både beslutninger i privatlivet (kjøpe bolig nå eller vente?), beslutninger ved diagnostisering av pasienter (starte behandling nå eller avvente og ta en ny test om to uker?) og beslutninger ved utredning av nye offentlige bygg (bygge nå eller gjennomføre flere konsekvensanalyser?). I alle tilfeller må verdien av mer og sikker informasjon veies mot konsekvensene av å utsette beslutningen (se punkt 3.6.5 i (DFØ 2023)).

Rammeverket for kostnadseffektivitetsanalyser kan brukes til å vurdere for hvilke tiltak det kan føre til en verdi å innhente mer informasjon (Fenwick et al. 2020; Rothery et al. 2020). Det er viktig å være klar over at det ikke alltid vil være av verdi å innhente mer informasjon, og i de tilfellene må det fattes beslutninger (*ja* eller *nei*) basert på det dokumentasjonsgrunnlaget som er tilgjengelig. Gitt at det har verdi å innhente mer informasjon, er neste steg å identifisere hva det skal innhentes informasjon om (effekten av tiltaket, HRQoL eller ressursbruk), og deretter vurdere om kostnadene ved å innhente mer informasjon står i et rimelig forhold til verdien av å redusere usikkerheten (målt i verdien av gode leveår). Hvis det besluttes å innhente mer informasjon, må det videre avgjøres om pasientpopulasjonen skal få benytte tiltaket mens det innhentes mer informasjon, eller om de må vente til ny informasjon foreligger. Dette temaet er relevant for ekspertgruppen for åpenhet og ekspertgruppen for tilgang.

Når det inkluderes flere komponenter i en analyse (samfunnsperspektiv), stilles det større krav til dokumentasjon, fordi det er flere komponenter det er festet usikkerhet til.

Inkludering av et samfunnsperspektiv åpner opp for muligheten til å ta hensyn til andre viktige virkninger av tiltaket. Hvis det er slik at noen konsekvenser er enklere å dokumentere, vil dette kunne føre til at noen konsekvenser i større grad inkluderes enn andre. Dette kan føre til skjevheter i resultatene. En dempende faktor her vil være at man har identifisert og argumentert for konsekvenser som er relevante, eller som utelates, ved bruk av konsekvensoversikten. Det bidrar til å belyse *hvorfor* konsekvensen(e) vurderes som relevant(e) selv om den/de ikke kan dokumenteres. Hvis det viser seg at noen konsekvenser aldri blir dokumentert, kan offentlige myndigheter iverksette tiltak for å bedre dokumentasjonsgrunnlaget for disse områdene.

Den største usikkerheten ved et samfunnsperspektiv vil være knyttet til hvordan virkningene skal tas hensyn til i en beslutning om finansiering. Hvordan skal konsekvenser for pårørende, samfunnsdeltagelse og andre sektorer belyses for beslutningstageren? Slike avveininger er ikke noe nytt i Norge, da dette i dag er en integrert del av samfunnsøkonomiske analyser (DFØ 2023) ved at andre faktorer (både kvantifiserbare og ikke-kvantifiserbare) kan beskrives og legges ved en analyse.

4 Dagens praktisering av prioriteringskriteriene og perspektiv i prioriteringer

4.1 Nivåer og praktisering

Helse- og omsorgstjenesten i Norge er grovt sett delt i to: spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De fire regionale helseforetakene (Helse Midt, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest) har ansvar for spesialisthelsetjenesten, mens kommunene har ansvar for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler. Folketrygden gir blant annet stønad til dekning av utgifter til legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept, tannbehandling, allmennlege- og fysioterapitjenester og privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. De økonomiske rammene (det totale budsjettet) for folketrygden og spesialisthelsetjenesten besluttes av Stortinget, mens bevilgninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten besluttes lokalt av kommunene innenfor de økonomiske rammene som Stortinget vedtar.

Prioritering foregår i alle deler og på alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten. De overordnede prioriteringskriteriene, nytte, ressurs og alvorlighet, gjelder uavhengig av beslutningsnivå i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Imidlertid er det stor variasjon i hvordan kriteriene konkret anvendes og eventuelt operasjonaliseres i de ulike delene av tjenesten. Det er forskjeller i hvem som er beslutningstager, og hva som er beslutningssituasjonene på de ulike nivåene av helse- og omsorgstjenesten, der nivåene for beslutning strekker seg over et vidt spenn i tjenesten, blant annet fra tjenestens øverste ledelse ned til den enkelte helsearbeider.

Departementet vurderte i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* at disse ulikhetene er både naturlige og ønskelige. Det er store forskjeller mellom beslutningssituasjonene på nivåene, blant annet når det gjelder hvilke andre hensyn som kan være relevante for beslutningstagerne (det kan for eksempel være relevant om beslutningen tas innad i et gitt budsjett og vil kunne påvirke prioritering av andre tiltak), hvilket beslutningsgrunnlag det er mulig å fremskaffe, og hvilke analyser det er mulig å gjennomføre i beslutningssituasjonen.

Lønning II-utvalget skilte også mellom førsteordensbeslutninger og andreordensbeslutninger. Førsteordensbeslutninger, som utvalget også beskrev som kapasitetsbeslutninger, er gjerne beslutninger på politisk eller administrativt

nivå. De gjelder tjenestens kapasitet eller den totale ressursrammen. Andreordensbeslutninger er beslutninger om fordeling innenfor ressursrammen. Utvalget mente det var viktig å holde disse nivåene fra hverandre i prioriteringsdebatten, blant annet fordi beslutninger som fattes på ulike nivåer, ikke nødvendigvis har samme siktemål og kan bygge på forskjellige avveininger.

I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* mente departementet at prinsipper for prioritering i helsetjenesten burde drøftes ut fra følgende beslutningsnivåer ((Meld. St. 34 (2015–2016) 2016) s. 57):

- beslutninger på klinisk nivå
- beslutninger på gruppenivå
- beslutninger på administrativt nivå
- beslutninger på politisk nivå

Av disse, vil de to første (klinisk og gruppenivå) være andreordensbeslutninger, mens beslutninger på politisk nivå vil være førsteordensbeslutninger. Hvilken kategori administrative beslutninger faller inn under, vil bero på om den aktuelle beslutningstageren på administrativt nivå har påvirkning på budsjettammen eller ikke.

I tråd med bestillingen i mandatet om å beskrive «hvordan dagens føringer vedr. helsetjenesteperspektivet operasjonaliseres og praktiseres i henholdsvis de kommunale helse- og omsorgstjenestene, innenfor folketrygdområdet og i spesialisthelsetjenesten», vil det videre i dette kapitlet legges frem beskrivelser av dagens situasjon i de ulike delene av helse- og omsorgssektoren.

Vi vil presentere de tre ulike delene, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, folketrygdområdet og spesialisthelsetjenesten, i lys av de fire beslutningssituasjonene: klinisk nivå, gruppenivå, administrativt nivå og politisk nivå.

4.1.1 De kommunale helse- og omsorgstjenestene

I henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011) skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunene har et bredt samfunnsoppdrag, der de kommunale helse- og omsorgstjenestene utgjør rundt en tredjedel av kommunenes budsjett (Kommunal- og distriktsdepartementet 2023) og står for en stor andel av kommunenes tjenesteproduksjon. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester er i hovedsak regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunen skal blant annet tilby følgende jf. Helse- og omsorgstjenesteloven:

- helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsestasjonstjeneste og helsetjeneste i skoler

- svangerskaps- og barselomsorgstjenester
- hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder, legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og psykososial beredskap og oppfølging.
- utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
- sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabiliteringstjenester
- andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og plass i institusjon, herunder sykehjem.
- dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

Kommunene har frihet til å utforme og utvikle sine tjenester innenfor helse- og omsorgsfeltet for å tilpasse tilbud og tjenester til lokal kontekst. Samtidig rammer lovverk og nasjonale føringer inn kommunenes handlingsrom, og ulike perspektiv har betydning for hvordan prioriteringsutfordringene vektlegges. Prioriteringer og beslutninger om utvikling og drift av de kommunale helse- og omsorgstjenestene fattes på ulike nivåer i kommunen: politisk nivå, administrativt nivå, gruppenivå og individnivå. På alle nivåer er det bekymring for økt press i helse- og omsorgstjenestene. Det er stadig forhandlinger om terskelen for hvem som skal få tjenester, og hva som skal defineres som behov som utløser offentlige tjenester. Dette handler om å skille mellom offentlig ansvar og privat ansvar eller familieansvar, og hvilke tjenester som bør ytes av det offentlige, og hvilke tjenester som bør leveres av private aktører (for eksempel sosial kontakt, renhold og noen typer praktisk bistand) (Sundsbo, Fagertun og Førland 2023).

4.1.1.1 Prioriteringer på politisk nivå

Prioriteringer skjer på politisk nivå. Dette skjer gjennom kommunenes planarbeid, som er offentlige prosesser med krav om medvirkning. Det utvikles en overordnet kommuneplan med en egen samfunnsdel. Under den overordnede kommuneplanen utvikler kommunene sektorspesifikke planer med handlingsplaner som setter rammer for utforming av tjenestene på administrativt nivå. Hvilke planer som skal utarbeides, bestemmes i kommunenes planstrategi. Det er vanlig at kommuner har egne planer for helse- og omsorgsfeltet: I en undersøkelse fra 2019 oppga 72 prosent av kommunene å ha en slik plan (Skinner et al. 2024). Planen vedtas politisk og er styrende for kommunens utvikling av tjenester og tilbud.

I planverket presenteres det mer overordnede temaer basert på ideologi, kommunens verdier, politiske prioriteringer, kommunen som del av en større (nasjonal) helhet og ikke-spesifikke og operasjonaliserte prioriteringer. De reelle prioriteringene skjer derfor ofte i utarbeiding av budsjett og økonomi- og handlingsplaner, som konkretiserer satsinger som skal følges opp fra kommuneplanen. Kommunen kan ikke benytte mer til drift enn det den mottar av inntekter det samme året, og det er ofte harde forhandlinger for å få budsjettet på plass. I prosessen med utarbeiding av budsjett og handlingsplaner

drøftes og forhandles det på flere nivåer og i flere runder: Det legges frem forslag til budsjett og styringsdokumenter som kommunens ledelse har jobbet med over lang tid, og som endres etter vedtatt statsbudsjett og videre behandles av folkevalgte, talspersoner for organisasjoner, spesielt interesserte grupper og andre parter, som kan legge frem sine synspunkter. Det er mange aktører som medvirker, og ulike synspunkter, tankesett, verdier og lignende som fører frem til det vedtatte budsjettet og styringsdokumentene som legger føringene for kommunens prioriteringer.

4.1.1.2 Prioriteringer på administrativt nivå / gruppenivå

Kommunaldirektøren med sine ledere er ansvarlig for overordnede beslutninger om drift og utvikling av helse- og omsorgstjenestene. På dette nivået vil prioriteringer som omhandler beslutninger på gruppenivå, i mange tilfeller bli tatt. Det handler om utforming, spesialisering og omfang av tilbud kommunen skal yte til innbyggerne som har behov for tjenester. Det har vært en utvikling der tjenestene i større grad blir spesialisert på tilbud til pasientgrupper, for eksempel personer med demens, rusmiddelproblemer, psykiske helseutfordringer og kreft (Sogstad, Hellesø og Skinner 2020; Rostad et al. 2020). Hvilke tilbud kommunene velger å prioritere, vil ha betydning for hvilke tjenester som tilbys ulike typer brukere. Her er det altså beslutninger på gruppenivå.

En studie av prioriteringer på administrativt nivå, viste at ulike prinsipper lå til grunn for tjenesteledernes prioritering (Førland og Fagertun 2024). Et av prinsippene er nødvendighet, som innebærer prioritering av ressurskrevende tjenester som er nødvendige for å innfri lovkrav og avverge uverdige situasjoner. Et annet prinsipp er potensialitet, som innebærer prioritering av tjenester innenfor forebygging og tidlig rehabilitering for å redusere fremtidige omsorgsbehov. Et tredje prinsipp er kostnadssammenligning og referansemåling, som innebærer at kommunen sammenligner seg med andre, lignende kommuner og avstemmer tjenestetilbudene mot hverandre (Førland og Fagertun 2024).

4.1.1.3 Prioriteringer på klinisk nivå

Videre gjøres det prioriteringer på klinisk nivå. Data fra 2019 og 2022 viser at de fleste kommuner (henholdsvis 65 prosent og 85 prosent) har en sentral tildelingsfunksjon som fatter vedtak om tjenester på individnivå (Burrell, Skinner og Rostad 2024; Angelsen et al. 2024). Med en slik tildelingsfunksjon er prioritering av hvilke tjenester som tildeles og i hvilket omfang, formelt skilt fra utøvende tjeneste. I praksis ser vi at den utøvende tjenesten involveres i prioriteringsarbeidet gjennom samarbeid om kartlegging og vedtak, og den utøvende tjenesten har frihet til å endre vedtak ut fra endret behov hos brukeren (Angelsen et al. 2024). I det daglige utføres tjenestene med utgangspunkt i vedtaket brukeren har fått. Også i denne utførelsen foregår det prioriteringer. For eksempel prioriterer ansatte i hjemmetjenesten mellom ulike brukere og ulike oppgaver på listene. En dag brukes lengre tid hos en bruker, noe

som hentes inn igjen hos andre brukere for at listen skal gå opp. Det kan være utfordrende for tjenesteutøverne å oppleve og formidle at brukerne ikke nødvendigvis får den hjelpen de forventer, og at mangel på tjenester kan gi helsepersonell en opplevelse av å gå på akkord med egne verdier og profesjonalitet (Sundsbø, Fagertun og Førland 2023).

Mange kommuner utarbeider egne prioriteringskriterier for tildeling av ulike helse- og omsorgstjenester (Angelsen et al. 2024) for eksempel sykehjem (Rødal, Hansson og Kirchhoff 2024). Hensikten er å gjøre prioriteringene eksplisitte og la dem være et verktøy for beslutningsstøtte, likebehandling og begrenning av ressursbruk. Samtidig er det et spørsmål om slike kriterier også bidrar til å innskrenke rommet for skjønnsutøvelse i tildeling av tjenester (Angelsen et al. 2024; Meld. St. 38 (2020–2021) 2021). En studie av kommunale forskrifter med prioriteringskriterier for tildeling av langtidsplass på sykehjem viser at lokal autonomi og variasjon mellom kommunene gjenspeiles i forskriftene – det er noe standardisering, men i hovedsak er det stor variasjon i forskriftene innad i fylkene og nasjonalt. Det ble også identifisert ulike logikker – verdier og regler – for tildeling; primært hadde forskriftene en «medisinsk/faglig logikk» med vurdering av medisinsk tilstand og en «new public management-logikk» med vurdering av kostnadseffektivitet (LEON/BEON, omsorgstrappa) og brukermedvirkning. En «hjemstedslogikk» med vurdering av geografiske forhold og familie og nettverk ble også identifisert, men var mindre utbredt (Rødal, Hansson og Kirchhoff 2024).

En studie av tildeling av tjenester i tre kommuner viste at praksis reflekterer de gjeldende prioriteringskriteriene (Pedersen, Skinner og Sogstad 2024) – nytte, ressurs og alvorlighet. I praksis viste studien at ressurskriteriet kommer til uttrykk gjennom det laveste (eller «beste») effektive omsorgsnivået. Tjenester med lavere ressursbehov, som forebyggende tiltak, hjelpemidler, dagsenter og helse- og omsorgstjenester i hjemmet, skal være forsøkt før man vurderer mer ressurskrevende tiltak, som plass på sykehjem. Alvorlighetskriteriet kommer til uttrykk gjennom vurdering av medisinsk tilstand, fysisk og kognitiv funksjon og evne til å ivareta egen helse og fungere på egen hånd. For personer som kunne havne i uverdige og farlige situasjoner som følge av tjenestemangel, blir mer omfattende tjenester alltid vurdert. I vurdering av nytte av et tiltak viste studien at de som tildeler tjenester gjør ulike vurderinger, der tildeling av mer omfattende tjenester, for eksempel et korttidsopphold i sykehjem for rehabilitering etter et sykehusopphold eller utvidet rehabilitering i hjemmet blir argumentert som nyttig, fordi det å tildele disse tjenestene nå kan redusere behovet for mer ressurskrevende tjenester i fremtiden. På den andre siden blir nyttekriteriet også brukt til å argumentere for hvorfor en person ikke skal få tildelt tjenester, nytten ligger da i at personen kan klare seg selv og forbli selvstendig i lengre tid enn hvis tjenester blir tildelt. På denne måten ser en at nyttekriteriet i praksis blir brukt både til å se på nytte for pasienten, men også for å argumentere for nytte for kommunen, ved å tildele tjenester på en slik måte at behovet for tjenester totalt sett blir så begrenset som mulig. Dermed vil

prioriteringskriteriene på ulike måter skyve tildelingen av tjenester nedover eller oppover den såkalte omsorgstrappa (Pedersen, Skinner og Sogstad 2024).

Et etnografisk feltarbeid i hjemmesykepleien viser at de ansatte i liten grad opplever at de har mulighet til å påvirke prioriteringer i utmåling og leveranse av tjenestene. Ett eksempel er at de jobber etter arbeidslister der oppgavene deres baseres på brukernes vedtak og utmålt tid (beregnet antall minutter) til hver enkelt oppgave. En slik måte å jobbe på legger sterke føringer og begrensninger på hva de ansatte kan gjøre, og hvor stort omfang de kan gjøre det i. Plikten til å overholde arbeidsgiverens forventninger om ressursbruk og begrense oppgavene til det som er vedtatt, kommer ofte i konflikt med plikten til faglig og etisk riktig prioritering og skjønnsmessige vurderinger. Det blir en balansegang mellom å gjøre det de vurderer som nødvendig for at helsehjelpen skal være forsvarlig, og ikke bruke mer tid enn det som er angitt i arbeidslisten (Sundsbo 2024).

4.1.1.4 Hvilket perspektiv benytter den kommunale helse- og omsorgstjenesten i sine prioriteringer?

Når det prioriteres, er det ulike perspektiv som kan legges til grunn. Hvilke perspektiv som ligger til grunn for prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, mangler det forskning på og kunnskap om. I et forsøk på å gi et innblikk (riktignok svært begrenset) i dagens prioriteringspraksis – hvilke perspektiv legger kommunene til grunn for prioriteringene sine? – er det gjennomgått plandokumenter for et strategisk utvalg på åtte kommuner. Dokumentene som er gjennomgått, er kommuneplanenes samfunnsdel og kommunens budsjett og økonomi- og handlingsplaner. Kommuneplanens samfunnsdel fastsetter langsiktige satsingsområder med overordnede mål og prioriteringer og skal gi grunnlag for kommunens øvrige planer og politiske beslutninger, mens handlingsplanene gir oversikt over nåværende status og rammebetingelser, utfordringer, prioriteringer og ressursfordeling. Dermed blir rammeplanene et av kommunens viktigste styrings- og rapporteringsverktøy. Våre utvalgte kommuner representerer en geografisk spredning – alle regioner er representert, med ulike fylker og kyst-, innlands- og øykommuner. I tillegg varierer kommunene med tanke på størrelse (innbyggertall) og økonomi. Utvalget består av små kraftkommuner, storbykommuner, kommuner som ligger under landsgjennomsnittet i korrigert inntekt, og så videre.

4.1.1.4.1 Samfunnsperspektiv på politisk nivå

Gjennomgangen av kommunale plandokumenter tyder på at det mangler en eksplisitt og konkret operasjonalisering av perspektiv i dagens prioriteringspraksis. Det kan se ut til at det er et samfunnsperspektiv, eller i hvert fall et kommuneperspektiv, som praktiseres på det overordnede politiske nivået (kommuneplanens samfunnsdel). Beslutningsgrunnlaget for å gjøre prioriteringer fremstår som begrenset til presentasjon av data som sier noe om demografi- og samfunnsutvikling (for eksempel SSBs befolkningsfremskrivning),

og som da brukes til å begrunne nåtidig og fremtidig bruk av ressurser på pasienter, pårørende og (kommune)samfunnet ellers. For eksempel kan det være at det ventes en økt andel eldre i kommunen, og derfor regner man med økt bruk av offentlige tjenester. Kommunene vedkjenner seg sin nøkkelrolle i lokal, regional og nasjonal omstilling og utvikling av bærekraftige helse- og omsorgstjenester gjennom å ta høyde for kommende endringer i levealder, demografi, økonomi og miljø. Gjennomgående satsingsområder er «tidlig innsats og forebygging», «folkehelse», «effektive tjenester», «innovasjon – digitalisering og teknologi» og «klima, miljø og grønn omstilling». Satsinger og prioriteringer presenteres som overordnede temaer, og hensikten er å bruke lokal innsats til å redusere samfunnets og kommunens kostnader og negative konsekvenser av nasjonale og internasjonale samfunns- og folkehelseutfordringer, som ensomhet, utenforskap, sosiale ulikheter og klimaendringer. Mange forplikter seg til et utvalg av FNs bærekraftsmål som mindre ulikhet, god helse, utdanning og miljøvern. De trekker frem at det er krig rundt om i verden, og at kommunen tar ansvar for å bosette og integrere flyktninger i det norske samfunnet.

4.1.1.4.2 Helse- og omsorgstjenesteperspektiv på administrativt nivå (kommuneperspektiv)

I kommunenes budsjett og handlingsplaner beveger vi oss mot det administrative nivået, hvor et helse- og omsorgstjenesteperspektiv (kommuneperspektiv) synes å være gjeldende – prioritering i helse- og omsorgstjenester gjøres ut fra konsekvenser for ressursbruk innenfor dette spesifikke tjenestområdet. Vårt inntrykk er at det særlig er kommunens pressede økonomi, nasjonale føringer og lovpålagte tjenester som er beslutningsgrunnlaget for prioriteringer på dette nivået. Det koker ned til at prioriteringer styres innenfor rammene av økonomisk og faglig forsvarlig drift og kommunens lovfestede plikter.

Gjennomgående i kommunenes plandokumenter fremstilles en svært presset og usikker kommuneøkonomi der store deler av handlingsrommet er brukt opp, noe som krever økt grad av omstilling av driften av helse- og omsorgstjenestene. Man konsentrerer seg om å opprettholde driften i henhold til lovpålagte krav, og det nevnes et behov for å prioritere tjenester som skaper økonomisk handlingsrom og frigjør ressurser nå og i fremtiden. Satsingsområder som går igjen, er styrking av hjemmebasert omsorg (i stedet for institusjon), bruk av korttidsavdeling på sykehjem (i stedet for langtidsavdeling), økning i dagtilbud, forebyggende og helsefremmende tjenester, tidlig innsats, rehabilitering og økt deltagelse og egeninnsats hos brukerne, altså hjelp til selvhjelp, da særlig gjennom digitalisering og velferdsteknologi. Noen kommuner skriver også at de vurderer hvordan ikke-lovpålagte tjenester kan leveres på annen måte enn gjennom det kommunale tjenesteapparatet (slik ekspertgruppen tolker det), og hvilke tjenester som ikke (lenger) skal være et kommunalt ansvar, men ytes av frivillige, brukerne selv eller pårørende.

Videre er det også eksplisitt formulert i noen kommuners handlingsplaner at prioriteringer gjøres med bakgrunn i nasjonale satsinger, lovpålagte oppgaver beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven og lovfestede plikter som tilkommer (for eksempel i 2023 ble kommunen pliktig til å oppnevne barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a). Tilbud og tjenester som ikke er lovpålagte, tilbys som regel enten fordi det er tilført særskilte stimuleringsmidler, for eksempel gjennom tilskudd, eller fordi det er en særskilt politisk prioritering lokalt eller nasjonalt. Når det gjelder nasjonale satsingsområder, er de ofte et svar på utfordringer i praksis, altså en *top-down*- og *bottom-up*-prosess, og de er underbygget med økonomiske insentiver (tilskuddsordninger). Eksempler på dette er forebyggende hjemmebesøk, hverdagsrehabilitering, lindrende omsorg og demensomsorg. Gjennom tilskuddsordninger bygger kommunen opp tilbud og kompetanse, mens eventuell videreføring av tilbudene i «daglig drift» blir et spørsmål i budsjettprosessen – skal vi videreføre, og i hvilken form og i hvilket omfang osv.? Slike finansieringsordninger ser ut til å være sentrale drivere for satsing og utvikling i kommunens helse- og omsorgstjenester. Når kommunene kan utløse statlig tilskudd eller får øremerkede midler ved å levere spesifikke tjenester, tilsier økonomisk teori om kommunale prioriteringer at disse tjenestene vil bli prioritert høyere, på bekostning av andre tjenester (Håkonsen og Løyland 2011; Håkonsen og Lunder 2015). Ett særlig godt eksempel på dette er da regjeringen økte tilskuddene til omsorgsboliger til nivået over sykehjem (bakteppet var Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* og NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg*). Flere kommuner la om eldreomsorgen ved å bygge flere omsorgsboliger og andre boformer på bekostning av sykehjemsplasser (Hagen og Tingvold 2018) da deler av utgiftene ble flyttet fra kommunen til staten, pluss at omsorgsboliger er billigere å drifte enn sykehjem.

På den ene siden kan man spørre seg om øremerkede midler og tilskuddsordninger kan skyve prioriteringene vekk fra faktiske behov i kommunen. På den andre siden er helse- og omsorgstjenestene i kommunene mer enn et lokalt anliggende – det er også nasjonale velferdstjenester med klare nasjonale preferanser for omfang og kvalitet som ikke bør variere for mye mellom kommunene. Med det, kan treffsikre finansieringsordninger være et tiltak for gode og effektive prioriteringer, fra både et helsetjenesteperspektiv og et samfunnsperspektiv (Lunder 2023).

Når det gjelder praktisering av et kommuneperspektiv / utvidet helsetjenesteperspektiv, er det ikke særlig tydelig i plandokumentene at dagens prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene i utstrakt grad inkluderer effekter i andre sektorer i kommunen eller utenfor (for eksempel spesialisthelsetjenesten). Ett eksempel kan være at en kommune iverksetter flere tiltak for å rekruttere helsepersonell til kommunen, med et argument om at dette vil ha effekter for det lokale sykehuset også. Når det hentes mer helsepersonell til regionen, vil både helse- og omsorgstjenestene i kommunen og lokalsykehuset kunne sikre forsvarlig drift. Det er også andre eksempler på satsinger som gjelder spesialisthelsetjenesten, blant annet å redusere antall liggedøgn i sykehus for utskrivningsklare pasienter, men begrunnelsen er kostnadsbesparelser

for helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Ellers finnes det mer generelle formuleringer som at kommunene må prioritere forebyggende tjenester for å redusere fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester, og at kommunene må prioritere digitalisering og velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene, da det vil ha positiv innvirkning på lokalt eller nasjonalt næringsliv.

4.1.1.4.3 Utvidet helsetjenesteperspektiv på klinisk nivå

Basert på forskning kan det argumenteres for at det på individnivå ser ut til å være et utvidet helsetjenesteperspektiv som er gjeldende. Behov og konsekvenser for brukeren selv og de pårørende har betydning for prioritering i tildeling og utøvelse av tjenestene.

Med velferdsstatens bærekraftsutfordringer har tildeling av offentlige tjenester som helse- og omsorgstjenester høy aktualitet. Fagertun og Tingvold (Fagertun og Tingvold 2024) viser til en «innstrammingspolitikk» som skaper både «fortjenestfullhetsdiskurser» («deservingness») og «aktivitetsdiskurser», der spørsmålet er hvem eller hva som skal være verdig hjelp fra det offentlige.

Gjennom intervjuer med saksbehandlere ved tildelingskontorer ble det avdekket moralske betraktninger i prioriteringer. Det handler om fortjenestfullhet – hvem fortjener hjelp? Ett eksempel på fortjenestfullhetsdiskurs var å tildele tjenester på bakgrunn av at personen er veldig gammel, bor alene og er ensom. Saksbehandlerne forsøkte å finne et behov som kunne passe til en tjeneste, fordi de mente at søkeren fortjente det. Samtidig lå det i flere tilfeller en forventning til egeninnsats hos brukerne og en idé om gjensidighet som gikk ut på at både tjenestene og brukerne gir og tar (Fagertun og Tingvold 2024).

Hva som regnes som legitime behov, og hvilke behov som utløser tjenester, kan også være i endring. Fagertun og Tingvold (Fagertun og Tingvold 2024) finner en sterkere faglig, organisatorisk og moralsk støtte til å tildele tjenester som understøtter et rehabiliteringspotensial («forbedring»), noe som innebærer både egenaktivitet i tjenestemottak og økonomiske besparelser, enn til tjenester som bidrar til helsemessig «vedlikehold» (Fagertun og Tingvold 2024). Videre er det sett en dreining der terskelen for å få tildelt hjemmetjenester synes å øke, og der medisinske behov prioriteres foran behov for sosial kontakt og aktivitet (Pedersen, Skinner og Sogstad 2024). Dette samsvarer med prioriteringer i de utøvende tjenestene, der helsehjelpen som oftest utelates i sykehjem, er psykososial omsorg (Olsen et al. 2023). Vi ser også at sykepleiere i hjemmetjenesten prioriterer medisinske og fysiologiske behov på bekostning av psykososiale og eksistensielle behov (Tønnessen, Nortvedt og Førde 2011).

Samtidig ser vi at tildeling av tjenester i stor grad er forbundet med tjenestemottagerens funksjonsnivå (målt ved ADL-/IADL-variablene i IPLOS). Personer med dårligere funksjonsnivå får større omfang av tjenester (målt i antall timer), uavhengig av hvilken kommune personen bor i (Burrell et al. 2023). Tjenestemottagerens funksjonsnivå, særlig kognitiv funksjon, har også betydning for tildeling av avlastningstjenester for pårørende, men her ser vi stor kommunal

variasjon og en forskjell mellom yngre og eldre tjenestemottagere (Burrell, Wentzel-Larsen og Sogstad 2024).

Det er forskning som peker på at ulike ideologier (perspektiv) har en finger med i spillet når helse- og omsorgstjenester skal tildeles. Studier har vist at tildeling av tjenester til yngre og eldre styres av ulike ideologier. Yngre blir sammenlignet med andre friske yngre, mens det samme ikke gjelder for eldre. Eldre sammenlignes ikke med friske eldre når tjenestebehovet utmåles: Eldres behov aksepteres som naturlig forfall (Hamran og Moe 2012). En nyere studie som blant annet sammenligner helse- og omsorgstjenester for yngre og eldre, finner at yngre brukere (under 67 år) tildeles nesten tre ganger så mange timer hjemmetjenester per uke som eldre over 67 år, og at eldre i sykehjem har mindre sannsynlighet for legevurdering enn de yngre. Gjennom intervju med ledere i helse- og omsorgstjenestene kom det frem at når man skal bestemme hva som er nødvendige og forsvarlige omsorgstjenester, kan man «tøye grensene» mer for eldre brukergrupper enn for yngre brukergrupper, og at omsorgstjenester til eldre kan være mer utsatt for kutt (Førland et al. 2020). Når det gjelder eldreomsorg, er inntrykket at nødvendige og forsvarlige tjenester i stor grad betyr å dekke de helt basale behovene (fysiologiske behov som mat og personlig stell), mens det for yngre også rommer ting som stabilitet, aktivitet, sosiale behov og behov for selvrealisering. Dette kan tolkes som et uttrykk for et samfunnsøkonomisk perspektiv hvis man også legger til grunn at verdien av tjenestene inkluderer andre effekter enn gode leveår tolket som helserelatert livskvalitet, og hvis man også medregner andre aspekter som gjør at et liv blir bedre, og i tillegg ser på en investering i unge som mer verdifull enn en investering i eldre.

4.1.1.5 Kostnadseffektivitetsanalyser

I spesialisthelsetjenesten gjennomføres avveininger mellom nytte og kostnader rutinemessig. Denne balanseringen av kostnader mot nytte er ikke en rutine i helse- og omsorgstjenestene i Norge (Hagen og Tjerbo 2023). Det er flere grunner til det. Som Blankholm-utvalget påpeker (Meld. St. 38 (2020–2021) 2021), skiller helse- og omsorgstjenesten seg fra spesialisthelsetjenesten ved at det mangler forskning på og systematisk dokumentasjon av effekt for mange tiltak som iverksettes. Beslutningsgrunnlaget for prioriteringer består i stor utstrekning av at det fremskrives behov, og at man kommer med forslag til hvordan behovene kan dekkes innenfor vedtatte økonomiske rammer. Det er flere eksempler på at tjenester blir innført i helse- og omsorgstjenestene uten at det foreligger dokumentasjon for effekten. Ett eksempel er hverdagsrehabilitering som det ble gitt statlig tilskudd til, som ble igangsatt med lokale tilpasninger av «dose» (innhold, hyppighet, varighet og dekningsgrad), noe som i sin tur gjør effekten vanskelig å vurdere. Videre kan nytten være vanskelig å tallfeste (Hagen og Tjerbo 2023) fordi den i stor grad vil bestå av kvalitative velferdsgevinster som økt livskvalitet og mestring, mer enn kvantifiserbar avkastning. Det kan også være utfordrende å gi svar på hva som er den beste måten å yte helse- og omsorgstjenester på, siden mer sosiale aspekter som ideologi vil være med på

å påvirke utfallet (for eksempel når man skal velge mellom hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester, når man skal bedømme hva som er «god» omsorg, og når man skal bedømme hva som er «nok» omsorg). I tillegg vil tiltaket som prioriteres, ofte kunne gi konsekvenser for en rekke ulike aktører (brukere, pårørende, ansatte og ledere i tjenesten mfl.) med ulike mål for og forventninger til «resultatet av tiltaket» (for eksempel mer selvstendighet for brukeren versus besparelser for tjenesten), noe som da gir en rekke mulige og variable resultater internt hos aktøren og mellom flere mulige aktører. Alt dette har betydning for hvordan tiltaket kan evalueres, for eksempel valg av passende utfallsmål, prosesser og metoder for evaluering.

Allikevel er det gjort noen forsøk på kostnadseffektivitetsanalyser i helse- og omsorgstjenestene. Tabell 4.1 gir en oversikt over hvilke faktorer som er tatt med i vurderingene. Vårt første eksempel, som også er den mest omfattende evalueringen vi kjenner til, gjelder tjenesten hverdagsrehabilitering (Tuntland og Ness 2021). Dog ser det ut som om kostnadseffektivitetsanalyser er mest utbredt når velferdsteknologi introduseres i tjenestene. Noen eksempler er kostnadseffektivitetsanalyser av lokaliseringsteknologi for personer med demens (Helsedirektoratet, e-helse og KS 2021; Hem og Dale 2016), medisindispenser (Helsedirektoratet, e-helse og KS 2021), trygghetsalarm (Helsedirektoratet, e-helse og KS 2021), Helsesjekk (en mobil løsning for oppfølging av kronisk syke) (Hem og Dale 2016), elektronisk informasjonstavle (Hem et al. 2016) og digitalt tilsyn (Helsedirektoratet, e-helse og KS 2021). Faktorer som er inkludert i disse kostnadseffektivitetsanalysene, er nytte for tjenestemottagere og eventuelt pårørende eller besparelser/utgifter for involverte parter (som primært var kommunens helse- og omsorgstjenester). Gjennomgående for kostnadseffektivitetsanalysene ved velferdsteknologi er at de baserer seg på svært små, lokale utvalg. Metodene som er brukt til å samle inn data til evalueringene, er mer eller mindre systematiske, ofte basert på intervjuer med brukere, observasjon eller registrering av utfallet som er av interesse, og hypotetiske vurderinger av effekten på fremtidig tjenestebehov. Når det gjelder kostnader, ser det ut som om det primært er besparelser som inkluderes i evalueringen, og ikke utgiftene.

Tabell 4.1 Kostnadseffektivitetsanalyser for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Tiltak	Gevinst	Kostnad
Hverdagsrehabilitering	Mottagerens: Utførelse og tilfredshet i daglige aktiviteter Fysiske funksjon Helserelatert livskvalitet Mestring Psykisk helse	Antall hjemmebesøk Varigheten av besøkene Type fagperson som leverer tjenesten, og lønnskostnader differensiert etter yrke Utsettelse av behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester Kostnad per kvalitetsjusterte leveår Forbruk av helsetjenester i seks måneder
Lokaliseringsteknologi for personer med demens	Brukerens livskvalitet	Behov for offentlige tjenester reduseres eller utsettes: Teknologien fører til tjenester på et lavere omsorgsnivå (LEON) enn personen ellers ville ha hatt Eventuelle leteaksjoner unngått
Elektronisk medisindispenser	Trygghet for brukeren og de pårørende Selvstendighet for brukeren	Redusert antall besøk frigjør kapasitet, så ansatte kan prioritere andre oppgaver Redusert tid og kostnad knyttet til kjøring
Digital trygghetsalarm		Reduksjon i antall alarmer til hjemmetjenesten, alarmene avklares av responscenteret, frigjør ansatte til å prioritere andre oppgaver Driftskostnader (lisens for programvare, responscenter osv.)
Helsesjekk	Brukerens funksjonsnivå	Reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner i sykehus Reduksjon i antall innleggelser og liggedøgn i sykehus Ikke spesifisert hvordan besparelser i bydelene er målt
Elektronisk informasjonstavle		Redusert tidsbruk, blant annet: Produksjon av vaktrapport Previsitt Forenklede samhandlingsrutiner mellom enheter (legevakt, mottaksavdeling, tildelingskontor, omsorgsbolig)
Digitalt tilsyn (sensorer og kameraer)	Trygghet for brukeren og de pårørende Kan bo hjemme lenger	Redusert antall besøk Utsatt behov for flytting til institusjon

Samtlige kostnadseffektivitetsanalyser av velferdsteknologi konkluderer med gevinst for alle aktører, som brukere, pårørende, helse- og omsorgstjenestene og – i ett tilfelle – spesialisthelsetjenesten. Allikevel bør det påpekes hvor komplekse slike evalueringer er, med velferdsteknologi som case, og at det ofte er mange faktorer som mangler i disse evalueringene som kan endre bildet noe ved at de innebærer tap fremfor gevinst. Når det for eksempel innføres teknologi som fører til redusert antall besøk hos brukeren, inkluderes ikke den potensielle verdien av disse besøkene. For eksempel: Digitalt tilsyn førte til at antall besøk hos en bruker ble redusert fra ett per døgn til ett hver 14. dag. Det daglige besøket var et tilsynsbesøk fra hjemmesykepleien, som da ble borte, mens formålet med besøket hver 14. dag var praktisk bistand i hjemmet. Tjenesten «daglig tilsyn fra hjemmesykepleien» ble byttet ut med teknologi, men hvilke substitusjonseffekter gir det? For eksempel vil det da ikke lenger komme personer med formell helseutdanning til brukeren, noe som vil kunne være avgjørende for å oppdage sub-akutt eller akutt forverring av brukerens helsemessige tilstand. Det å få besøk hver dag i stedet for bare hver 14. dag kan også ha betydning for sosial kontakt og forebygging av ensomhet. Videre er det få som tar med i beregningen at kostnaden av teknologien ikke utelukkende er knyttet til innkjøp, men også til å få den til å «virke som planlagt». Dette kan innebære omorganisering av tjenesten, opplæring av ansatte og brukere, frikjøp av ressurspersoner osv. Dersom medisindispenseren har en feilmelding – den står og piper, og brukeren får ikke ut medisinen sine – har dette en kostnad som ikke er lett å forutse eller tallfeste.

4.1.1.6 Oppsummering

Oppsummert kan det se ut som det mangler en eksplisitt og konkret operasjonalisering av perspektiv i dagens prioriteringspraksis i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Likevel kan det se ut til at det implisitt er ulike perspektiver på ulike nivåer, der prioriteringer gjøres basert på informasjon som i varierende grad er operasjonalisert for prioriteringsformål. På et politisk nivå ser det ut til å praktiseres et samfunnsperspektiv, eller i hvert fall et kommuneperspektiv, mens det er et kommuneperspektiv som virker mest fremtredende på administrativt nivå / gruppenivå. Her handler det først og fremst om å få organisert og levert tjenester som kommunen har plikt til å yte, innenfor gjeldende budsjett. Det er et økende ønske om å satse på habilitering/rehabilitering for å redusere behov for fremtidige tjenester. Dette kan ha betydning for behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, men først og fremst handler det om å ivareta funksjoner, slik at behov for omsorgstjenester i kommunen reduseres. På individnivå synes et utvidet helseperspektiv å være gjeldende, personer med behov for tjenester får vedtak om dette basert på en behovskartlegging. I denne behovskartleggingen ligger også vurderinger av konsekvenser for pårørende. Det er et uttalt ønske i kommunen å unngå sykehusinnleggelse, men det kan synes som om en helhetlig vurdering av ressurser på tvers av tjenestenivåene er vanskelig å gjennomføre i praksis når LEON-prinsippet er førende. Det har vært gjennomført flere prosjekter

som handler om «unødvendige» innleggelse i sykehus, og etablering av kommunale akutte døgnplasser som tiltak for å vise ressursene mer helhetlig mellom nivåene. Også helsefelleskapene, der kommuner og helseforetak er utfordret til å samarbeide om viktige pasientgrupper, er tiltak for i større grad å vise ressurser på tvers av nivåene når utvikling og tildeling av tjenester skal prioriteres.

4.1.1.7 God prioritering krever et solid beslutningsgrunnlag

Beslutningsgrunnlaget for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester fremstår som begrenset og mangelfullt, da det i stor utstrekning ser ut til å bestå av fremskrivninger av behov og forslag til hvordan behovene kan dekkes innenfor vedtatte økonomiske rammer. Generelt mangler det forskning på og systematisk dokumentasjon av effekten av de tiltakene som gjennomføres i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Som nevnt ser ulike typer tilskudd og prosjektmidler ut til å være viktige for utvikling av tjenester i kommunene. Det har imidlertid vært lite forskning på disse nasjonale satsingene. En helhetlig tilnærming der finansiering av utviklingsprosjekter knyttes sammen med forskningsmidler, kan være nyttig for å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget for kommunene. Det finnes nasjonale registerdata som kommunalt pasientregister, KOSTRA og kvalitetsindikatorer som er med på å gi innsikt som kan lette prioriteringen i kommunene. Det synes imidlertid å være stor ulikhet i hvordan kommunene benytter disse datakildene i sitt planarbeid.

I tillegg til et bedre kunnskapsgrunnlag er det behov for gode plattformer der dette kunnskapsgrunnlaget gjøres tilgjengelig for kommunene. Her er det flere satsinger som har utviklet ressurser for kommunene, som ressursportalen.no, omsorgsbiblioteket.no og kunnskapskommunen. Det jobbes nå videre for å få på plass et helhetlig kunnskapssystem for kommunene. I et slik kunnskapssystem kan metodevurderinger og kostnadseffektivitetsanalyser til bruk i kommunene være et nyttig supplement.

Gjennomgangen av kommuneutvalgets plandokumenter og tidligere forskning tilsier at det i liten grad finnes systematiske kostnadseffektivitetsanalyser for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er et felt vi trenger mer kunnskap om. Blant annet er det behov for mer kunnskap om:

- det opplevde behovet for og nytten av kostnadseffektivitetsanalyser
- hvordan de (kan) brukes
- kommunenes egne ressurser og kompetanse på området
- hvilke nettverk (Statsforvalteren, KS) og samarbeid (for eksempel interkommunalt samarbeid) som kan gi veiledning i kostnadseffektivitetsanalyser

4.1.2 Folketrygdområdet (blåreseptordningen)

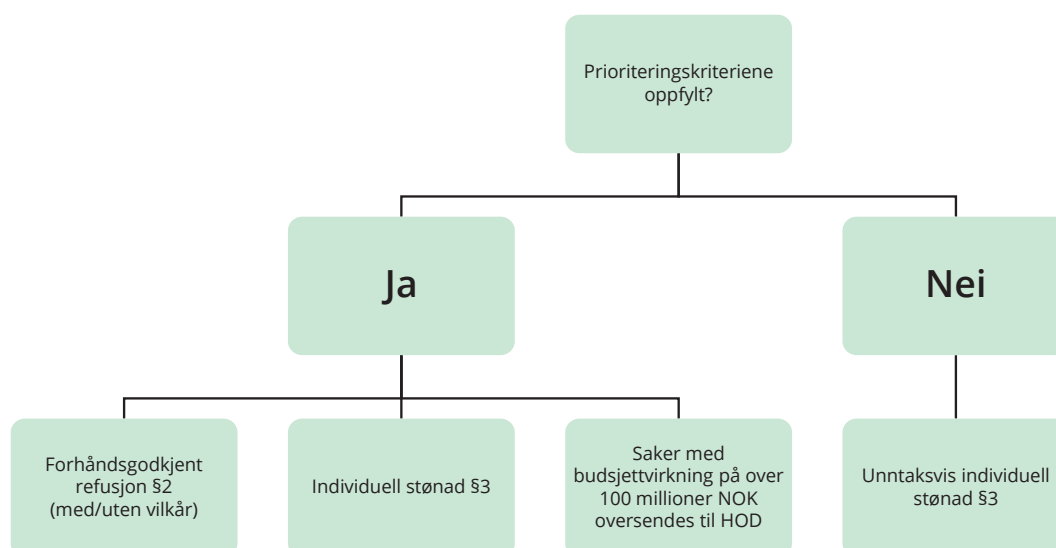
Stønad til dekning av utgifter til legemidler og medisinsk forbruksmateriell til bruk utenfor spesialisthelsetjenesten ytes gjennom folketrygden. Denne

ordningen kalles blåreseptordningen og er regulert blant annet gjennom blåreseptforskriften og legemiddelforskriften. Forskriftene er hjemlet i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-14 fjerde ledd og § 21-2 og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 6-2. Dette kapittelet vil være begrenset til blåreseptordningen og tar ikke sikte på å beskrive folketrygdens stønadsordninger ved helsetjenester i sin helhet.

Det følgende angis i blåreseptforskriften § 1a:

«Folketrygden yter stønad til dekning av nødvendige utgifter til legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler som er forskrevet av lege til bruk utenfor sykehus.»

Blåreseptforskriften gir rom for offentlig stønad til legemidler gjennom forhåndsgodkjent refusjon (§ 2), etter individuell stønad (§ 3) og til behandling av smittsomme sykdommer (§ 4). For stønad etter §§ 2 og 3 er det krav om at det er gjennomført en metodevurdering, og at prioriteringskriteriene er oppfylt. Disse kravene gjelder ikke for § 4.



Figur 4.1 Beslutningsprosess i blåreseptordningen etter §§ 2 og 3 i blåreseptforskriften

4.1.2.1 Forhåndsgodkjent refusjon, § 2

For at det skal kunne ytes forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel etter § 2, skal Direktoratet for medisinske produkter (DMP, tidligere Statens legemiddelverk) ha gjennomført en metodevurdering hvor de tre prioriteringskriteriene er vurdert. Dette er presisert i legemiddelforskriften § 14-3:

«Nytten skal måles ved hvor mange gode leveår tiltaket i gjennomsnitt gir for pasienter i den aktuelle pasientgruppen sammenliknet med relevant behandlingspraksis.

Ressursbruk inkluderer gjennomsnittlig legemiddelkostnad og øvrig ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten, sammenliknet med relevant behandlingspraksis.

Alvorlighet skal måles ved hvor mange gode leveår pasienter i den aktuelle gruppen i gjennomsnitt taper ved fravær av det tiltaket som vurderes.»

Disse metodevurderingene gjennomføres i tråd med rammeverket angitt i DMPs «Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler» (Statens legemiddelverk 2023). Retningslinjene gjelder både for metodevurderinger av legemidler som er relevante for offentlig finansiering gjennom folketrygden (blåreseptordningen), og for spesialisthelsetjenesten (Nye metoder). Det betyr at vurderingen av om prioriteringskriteriene er oppfylt, vil være basert på de samme premissene i blåreseptordningen og i Nye metoder. Hensikten er å lage et mest mulig rettferdig og likt rammeverk for pasienter, uavhengig av hvor i helse- og omsorgstjenesten de behandles, hvilket nivå de behandles på, og hvor finansieringsansvaret for behandlingen ligger.

For å belyse prioriteringskriteriene i en metodevurdering kan det gjøres en helseøkonomisk analyse i form av en kostnadseffektivitetsanalyse. En slik analyse vil være en konkret kvantifisering av nytte, ressursbruk og alvorlighet, slik det er beskrevet i 2.2. I en slik kostnadseffektivitetsanalyse vil det gjøres en beregning av forventet nytte og kostnad av en metode, sammenlignet med forventet nytte og kostnad av dagens behandling for den aktuelle pasientgruppen.

Analyseperspektivet i disse analysene er et utvidet helsetjenesteperspektiv, som angitt i kapittel 3.

4.1.2.2 Forenklete metodevurderinger

I mange tilfeller finnes det flere behandlingsalternativer innenfor et terapiområde. Legemidlene er ikke helt like, men brukes gjerne i behandling av samme tilstand, med lignende effekt, sammenlignbar bivirkningsprofil og overlappende bruksområder. I slike tilfeller gjøres det gjerne en metodevurdering, i form av en kostnadseffektivitetsanalyse, av det første legemiddelet i terapigruppen. Dersom det kommer til nye legemidler i samme gruppe, kan det gjøres en forenklet metodevurdering. Dersom det kan dokumenteres at effekten, sikkerheten og bivirkningsprofilen er sammenlignbare med behandlingsalternativer som allerede dekkes av folketrygden, innvilges refusjon på bakgrunn av en kostnadsminimeringsanalyse. Det betyr at prisen på det nye legemiddelet, altså behandlingskostnaden, ikke kan overstige behandlingskostnadene ved terapeutisk likeverdige legemidler som allerede er på blå resept. Mange legemidler tas opp i blåreseptordningen gjennom forenklete metodevurderinger. Det sikrer rask og effektiv saksbehandling, samtidig som det er vist at prioriteringskriteriene er oppfylt før beslutningen om refusjon fattes. Et eksempel på en legemiddelgruppe som ble tatt inn i blåreseptordningen gjennom forenklet metodevurdering, er CGRP-hemmere til behandling av pasienter med kronisk migrene. For den første CGRP-hemmeren

som ble lansert, Aimovig, ble det gjennomført en kostnadseffektivitetsanalyse, mens det for de to påfølgende alternativene, Ajovy og Emgality, ble gjort forenklete metodevurderinger som beskrevet ovenfor. Denne forenklingen gjorde det mulig å gi rask tilgang til terapeutisk likeverdige alternativer i blåreseptordningen.

DMP har hjemmel til å fatte vedtak om forhåndsgodkjent refusjon etter blåreseptforskriften § 2 dersom prioriteringskriteriene er oppfylt, så lenge forventet utgiftsvekst for folketrygden ved bruk av legemiddelet ikke overstiger fullmaktsgrensen (100 millioner NOK) i et av de første fem årene etter innføring av legemiddelet. Foruten fullmaktsgrensen for enkeltsaker har ikke DMP noen budsjettmessige begrensninger for vedtak om offentlig stønad i blåreseptordningen. Stortinget bevilger midler til blåreseptordningen direkte over statsbudsjettet.

I de sakene der budsjettet overstiger fullmaktsgrensen, kan ikke DMP fatte vedtak om forhåndsgodkjent refusjon uten Stortingets samtykke. I praksis vil saker der prioriteringskriteriene er vurdert til å være oppfylt, men budsjettvirkningen overstiger fullmaktsgrensen, bli oversendt fra DMP til Helse- og omsorgsdepartementet for videre behandling. Stortinget har ikke gitt seg selv spesielle føringer for hvordan slike saker skal behandles, og det vil i utgangspunktet være regjeringen som fremmer forslag i statsbudsjettet (førsteordenbeslutning). Tilsvarende saker der prioriteringskriteriene vurderes som ikke oppfylt, vil ikke bli sendt over til departementet for videre behandling, men avsluttes etter at DMP har fattet et vedtak om å ikke innvilge forhåndsgodkjent refusjon. I saker av stor samfunnsinteresse er det vanlig at stortingsrepresentanter stiller spørsmål til helse- og omsorgsministeren om hvordan det stiller seg med refusjon til legemidler som er aktuelle å innlemme i blåreseptordningen. Det er også vanlig at både legemiddelindustrien, interesseorganisasjoner og enkeltpasienter forsøker å fremme aktuelle blåreseptsaker gjennom opinionen i Stortinget, noe som gjør blåreseptordningen mer åpen for politisk påvirkning enn legemidler som tas opp gjennom Nye Metoder.

For legemidler som vil føre til store budsjettkonsekvenser for folketrygden, er det også vanlig at det innledes formelle prisforhandlinger med leverandørene før det fattes en endelig beslutning om offentlig finansiering.

4.1.2.3 Stønad til legemidler etter individuell søknad § 3

Også for legemidler som omfattes av bestemmelsene om individuell stønad i blåreseptforskriften § 3, skal det foreligge en metodevurdering som dokumenterer at prioriteringskriteriene er oppfylt, før det kan innvilges stønad⁴

⁴ For legemidler med markedsføringstillatelse i Norge etter 1. januar 2018, eller der søknad om markedsføringstillatelse er til behandling i Norge eller det europeiske legemiddelbyrået.

Hvis det er betydelig risiko for rekvirering utenfor refusjonsvilkårene, eller hvis det av andre grunner er behov for særlig kontroll av rekvirering og bruk av legemiddelet, skal det fattes avslag på forhåndsgodkjent refusjon. I slike tilfeller kan det ytes stønad etter søknad for den enkelte pasient, jf. blåreseptforskriften § 3.

Som pekt på over bidrar metodevurderinger til å belyse hvorvidt et nytt legemiddel skal kunne forskrives som forhåndsgodkjent, eller om det skal kunne innvilges individuell stønad etter at den behandlende legen har sendt søknad til Helfo på vegne av pasienten.

Når det er klart at et legemiddel ikke innvilges forhåndsgodkjent refusjon, fastsetter Helfo nærmere vilkår for hvilke betingelser som må være oppfylt for at leger skal kunne søke individuell stønad på vegne av den enkelte pasient. Vilkårene fastsettes i nært samarbeid mellom DMP og Helfo. Utgangspunktet for utformingen av vilkårene og hvilke undergrupper av pasienter som skal være omfattet av dem, er metodevurderingen som belyser nettopp dette.

Ordningen med individuell stønad har utviklet seg over tid, fra å være en unntaksordning for pasienter som ikke kunne benytte legemidler som var forhåndsgodkjent, til å bli en ordning som også skal sikre god kontroll med forskrivningen, slik at refusjon gis til de pasientene som oppfyller refusjonskriteriene, og ikke andre. Ordningen er i økende grad blitt automatisert ved at legen må bekrefte at fastsatte vilkår for refusjon er oppfylt. En slik automatisering gjør at pasientene raskt kan få tilgang til behandling også etter § 3, uten unødig ventetid. Legene har nå vesentlig bedre veiledning og teknisk støtte enn tidligere når de skal søke om individuell stønad på vegne av pasientene, og en nylig brukerundersøkelse Helfo har gjennomført, viser at legene oppfatter den nye søknadsløsningen som enkel å bruke, og at den gir god veiledning. Over 80 prosent av søknadene om individuell stønad behandles automatisk, og både lege og pasient får da umiddelbart svar fra Helfo på søknaden. Saker som krever manuell behandling, tar noe lenger tid, men saksbehandlingstiden i Helfo for søknad om individuell stønad til legemidler er i gjennomsnitt under fem dager. Dette gjør at de færreste pasienter må legge ut for legemidler mens de venter på svar fra Helfo.

En annen viktig endring er at man har fjernet det tidligere kravet om at det alltid er en særskilt type legespesialist som skal initiere behandlingen. Dette gjør at også fastleger nå kan søke om individuell stønad for de fleste legemidler. Man har videre gjort store endringer i søknadsløsningen for individuell stønad for å legge bedre til rette for likebehandling.

Det kan også i enkelttilfeller gis stønad etter § 3 til enkeltpasienter selv om prioriteringskriteriene for pasientgruppen i sin helhet ikke er oppfylt. I slike tilfeller legges det til grunn at det finnes særskilte forhold ved pasienten som gjør at nytten av behandlingen, ressursbruken eller tilstandens alvorlighet hos denne pasienten skiller seg klart fra pasientgruppen ellers. Denne typen vedtak om individuelle unntak gjøres mye sjeldnere enn unntak for pasienter på

gruppenivå, da det kan være vanskelig å begrunne at prioriteringskriteriene er oppfylt for én enkelt pasient, men ikke for andre pasienter.

4.1.2.4 Legemidler ved smittsomme sykdommer § 4

Det er ikke krav om at det skal være gjort en vurdering av prioriteringskriteriene før det kan gis offentlig finansiering av legemidler eller vaksiner mot smittsomme sykdommer i tråd med § 4 i blåreseptforskriften. Hvilke legemidler og vaksiner som kan forskrives med blå resept etter § 4, kan vedtas av Helse- og omsorgsdepartementet dersom det kreves forskriftsendring eller vedtaket har budsjettkonsekvenser, men alt av legemidler i ATC-gruppe J (antiinfektiver til systemisk bruk) til behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer dekkes automatisk.

4.1.2.5 Beslutninger i Statens legemiddelverk og Stortinget

I 2022 tok Statens legemiddelverk totalt 100 beslutninger om finansiering av legemidler over folketrygden. Av disse var 20 basert på metodevurderinger. I 2022 var det ingen saker som gikk over fullmaktsgrensen og ble oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet for videre behandling (SLV 2023). I 2023 oversendte Statens legemiddelverk to fullmaktsgrensesaker til Helse- og omsorgsdepartementet. Forslag om forhåndsgodkjent refusjon for disse ble fremmet i statsbudsjettet for 2024 og vedtatt av Stortinget.

Siden fullmaktsgrensen på 100 millioner kroner ble innført i 2018, har seks fullmaktsgrensesaker blitt oversendt fra DMP (tidligere Statens legemiddelverk) til videre behandling hos Helse- og omsorgsdepartementet, hvorav fem har fått innvilget refusjon etter § 2 eller § 3.

Beslutninger i blåreseptordningen er under politisk påvirkning på flere måter. Som nevnt er Stortinget beslutningstager for alle saker der budsjettvirkningen overstiger fullmaktsgrensen. Men Stortingets mulighet for å påvirke beslutninger i blåreseptsystemet er ikke begrenset til disse sakene. Stortinget har mulighet til å legge føringer for både pågående utredninger og tidligere beslutninger dersom de ønsker dette. I tillegg fattes det politiske beslutninger som legger føringer for selve systemet. Et nylig eksempel på en viktig politisk sak knyttet til blåreseptordningen har vært spørsmålet om hvorvidt anbud skal innføres som permanent ordning for legemidler på blå resept, noe som Støre-regjeringen fremmet forslag om i statsbudsjettet for 2024. Forslaget møtte stor motstand fra legemiddelindustri, pasientorganisasjoner og opposisjonspolitikere, men ble likevel vedtatt i Stortingets behandling av budsjettet.

4.1.2.6 Oppsummering folketrygdens finansiering av legemidler

Legemidler som finansieres av folketrygden (blåreseptordningen), er i all hovedsak basert på prioriteringsbeslutninger på gruppenivå. Det er krav om at beslutningene skal være basert på en metodevurdering og en konkret vurdering av de tre prioriteringskriteriene. Disse belyses gjerne gjennom en

helseøkonomisk analyse med spesifikk kvantifisering av prioriteringskriteriene, i tråd med DMPs retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler. DMP har ansvaret for å gjennomføre disse metodevurderingene. Analyseperspektivet i disse metodevurderingene er et utvidet helsetjenesteperspektiv.

DMP har hjemmel til å fatte vedtak om offentlig stønad i blåreseptordningen etter §§ 2 og 3 i saker der budsjettvirkningen ikke overskrider fullmaktsgrensen. I de sakene som overstiger fullmaktsgrensen, er det Stortinget som kan fatte vedtak. Utover fullmaktsgrensen har ikke DMP noen økonomiske rammer (budsjetttramme) for vedtakene de fatter i blåreseptordningen.

I tillegg til prioriteringsbeslutninger på gruppenivå kan det fattes vedtak om individuell stønad til enkeltpasienter i særskilte tilfeller.

Når det gjelder offentlig stønad for legemidler til behandling av smittsomme sykdommer etter § 4, er det per i dag ikke krav om metodevurdering eller at prioriteringskriteriene skal være oppfylt.

4.1.3 Spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten foregår det prioriteringsbeslutninger på både klinisk nivå, gruppenivå og administrativt nivå.

4.1.3.1 Klinisk nivå

På klinisk nivå møter helsepersonell den enkelte pasient, og beslutningssituasjonene kjennetegnes ved at tiltakene er rettet mot enkeltindivider, at tiltakene kan iverksettes relativt raskt, at individene er kjent for beslutningstageren, og at beslutningstageren kan ha mye informasjon om de berørte individene. Et videre kjennetegn ved beslutningssituasjonene er at helsepersonellens valgmuligheter er definert innenfor eksisterende kapasitet og rammer. I det løpende kliniske arbeidet er det få strukturerte beslutningssystemer for prioritering, og det er som regel den enkelte kliniker som må fatte beslutninger, og som må følge helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet. Den enkelte klinikers beslutninger vil i praksis vurderes og justeres i henhold til «klinisk praksis» innenfor et fagfellekollegium, for eksempel en sykehusavdeling eller et nasjonalt faglig fellesskap. Klinisk praksis er en kombinasjon av normgivende kultur innenfor en spesialitet, og nasjonalt normerende tiltak som nasjonale handlingsprogrammer, veiledere, pakkeforløp og lignende. Klinisk praksis vil dermed både implisitt og eksplisitt inkludere overordnede prioriteringsaspekter som nytte, ressurser og alvorlighet. Prioriteringskriteriene vil kunne påvirke prioriteringsvurderingene som gjøres, ved å være lagt inn i ulike beslutningsstøtteverktøy som nasjonale faglige retningslinjer og veiledere (Meld. St. 38 (2020–2021) 2021).

Når pasienten har akutt behov for helsehjelp, gjøres det ingen formell vurdering av retten til nødvendig helsehjelp. Dersom det ikke er snakk om akutte behov, men det vurderes at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten

samtidig informeres om tidspunktet for når utredning eller behandling skal settes i gang. Det er utviklet prioriteringsveiledere som skal være et praktisk hjelpemiddel når man skal ta stilling til om en pasient som er henvist, har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og når behandling/utredning bør starte. Hvis behandling/utredning ikke er igangsatt innen fristen, er dette et fristbrudd som utløser rettigheter for pasienten.

Utover dette er det også etablert nasjonale handlingsprogrammer, veiledere og faglige råd som definerer hvordan et fagmiljø vurderer ulike behandlingsvalg, og som bistår i valg av behandling og rekkefølgen av behandlingene. Nasjonale handlingsprogrammer sier eksplisitt når det foreligger evidens for anbefalinger, og når slike anbefalinger er basert på konsensus og ekspertvurderinger. Ved slike beslutninger vil også klinisk skjønn være en sentral del av prioriteringen og vektingen av ulike behandlingsmuligheter. Det som vil være avgjørende, er faktorer ved den enkelte pasient, som forventet effekt, behandlingsønske hos pasienten, komorbiditet og så videre. Nasjonale handlingsprogrammer vil spille internasjonale anbefalinger og kan slik sett diskutere behandling som ikke er godkjent for offentlig refusjon i Norge. Råd for legeetikk har imidlertid vurdert at også behandling som ikke refunderes, skal diskuteres med pasienter, selv om det da vil være pasienten selv som betaler for behandlingen (eventuelt via privat helseforsikring).

I en rapport fra 2018 fra Helsedirektoratet, *Prioritering på klinisk nivå* (Helsedirektoratet 2018), så direktoratet på prioriteringen i teorien og i praksis. Rapporten viser at det var liten kjennskap til de etablerte prioriteringskriteriene, og at kriteriene ikke ble brukt på en systematisk måte i klinisk arbeid. Det ble vist til at andre kriterier ble tillagt vekt, som alder, nettverk og familiesituasjon. Det ble også pekt på at det var lettere å se behovet til pasienten foran seg enn den på venteliste. På den andre siden oppgir flere informanter i rapporten at de har ansvar for en populasjon, og at de derfor ikke kan bruke uendelige ressurser på enkeltpasienter. I rapporten oppgis det at dette var en tankegang som har utviklet seg over tid.

4.1.3.2 Gruppenivå (Nye metoder)

Med beslutningssituasjoner på gruppenivå menes i hovedsak beslutninger i nasjonale beslutningssystemer. Det betyr beslutninger som tas av Beslutningsforum i systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, og Direktoratet for medisinske produkter sine vedtak om opptak av legemidler i blåreseptordningen. Beslutningssituasjonene handler om hvordan samfunnet skal prioritere mellom pasientgrupper eller sykdommer. Enkeltindividene som blir påvirket av beslutningen, er som regel ukjente for beslutningstageren.

I spesialisthelsetjenesten ble det i 2013 innført et nasjonalt system for innføring og utfasing av metoder i spesialisthelsetjenesten, Nye metoder. Dette er et nasjonalt, felles system for alle de regionale helseforetakene som vurderer og beslutter hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten. Majoriteten av

metodene som vurderes i dette systemet, er legemidler, men systemet omfatter også medisinsk utstyr, organisatoriske tiltak og andre metoder som kan være aktuelle for bruk i spesialisthelsetjenesten.

I 2020 ble Nye metoder lovfestet (jf.spesialisthelsetjenesteloven). Det ble samtidig vedtatt å inkludere en presisering av de tre prioriteringskriteriene (nytte, ressurs og alvorlighet) i lowerket.

Beslutninger i Nye metoder tas på månedlige møter i Beslutningsforum. Det er de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene som er beslutningstagere, og beslutningene tas med konsensus. En beslutning i Nye metoder vil være en nasjonal beslutning som gjelder hele spesialisthelsetjenesten. Beslutningstageren må ta beslutninger og prioriteringer innenfor den budsjettammenningen Stortinget har gitt de regionale helseforetakene. Det vil si at en prioritering om å inkludere en metode, samtidig betyr at noe annet vil fortrenkes.

Mens en metode er til utredning i Nye metoder, finnes det to unntaksordninger som kan gi pasienter tilgang til metoden. En beslutning om å gi en enkeltpasient tilgang til en metode kan tas av det enkelte helseforetak. Beslutninger om unntak på gruppenivå skal imidlertid tas av alle de regionale helseforetakene i fellesskap. Unntaket vil også gjelde hele spesialisthelsetjenesten, frem til det fattes beslutning i den enkelte saken. Slike unntak på gruppenivå besluttes av de fire fagdirektørene i de regionale helseforetakene.

Metodevurderinger er en viktig del av saksgrunnlaget for beslutninger i Nye metoder. Dette er en systematisk vurdering av kunnskapsgrunnlaget for en metode. Disse metodevurderingene gjennomføres i tråd med rammeverket angitt i DMPs «Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler» (Statens legemiddelverk 2023). I metodevurderinger belyses normalt en metodes forventede effekt og ressursforbruk, og det beregnes hvor alvorlig den aktuelle tilstanden/ sykdommen er. Hovedmålet med en metodevurdering er å belyse de tre prioriteringskriteriene så godt som mulig, basert på tilgjengelig dokumentasjon.

For å belyse om prioriteringskriteriene er oppfylt gjør man ofte en helseøkonomisk analyse i form av en kostnadseffektivitetsanalyse. En slik analyse vil være en konkret kvantifisering av prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet. Det er trolig innenfor Nye metoder (samt blåreseptforskriften §§ 2 og 3) at det gjøres de mest konkrete, kvantitative operasjonaliseringene av prioriteringskriteriene i prioriteringssammenheng i Norge. I en slik kostnadseffektivitetsanalyse vil det gjøres en beregning av den forventede nytten og kostnaden ved en metode, sammenlignet med den forventede nytten og kostnaden ved dagens behandling for den aktuelle pasientgruppen. Denne typen analyse er beskrevet i 2.2.

Det er ikke alle metodevurderinger som inkluderer en kostnadseffektivitetsanalyse. I enkelte tilfeller kan prioriteringskriteriene belyses tilstrekkelig gjennom en forenklet metodevurdering, og det vil da normalt

ikke brukes ressurser på å gjennomføre en mer omfattende evaluering enn nødvendig. I andre tilfeller kan dokumentasjonsgrunnlaget være for svakt eller mangelfullt til at det er tilstrekkelig til å informere en kostnadseffektivtetsanalyse. Utredningen vil da ta sikte på å belyse prioriteringskriteriene så godt det lar seg gjøre, basert på tilgjengelig dokumentasjon i en forenklet metodevurdering. Metodevurderingene i spesialisthelsetjenesten inneholder imidlertid ikke noen direkte tilråding om hvorvidt en metode skal innføres eller ikke. Dette er en bevisst rollefordeling som tydeliggjør at det formelle beslutningsansvaret ligger i Beslutningsforum hos de regionale helseforetakene, som prinsipielt sett ikke er bundet av metodevurderingene og derfor kan legge andre hensyn til grunn for sine beslutninger om nødvendig.

Perspektivet som ligger til grunn for metodevurderingene i dagens praksis, er et utvidet helsetjenesteperspektiv i tråd med definisjonen fra *Meld. St. 34 (2015–2016)*. I 2021 ble nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet utvidet i tråd med anbefalingen i (*Meld. St. 38 (2020–2021) 2021*) til å også inkludere mestring.

For legemiddelområdet er det også verdt å merke seg at disse metodevurderingene ofte danner grunnlaget for prisforhandling for det enkelte legemiddelet. Med andre ord er det slik at dersom en perspektivendring endrer resultatet av den helseøkonomiske analysen, vil dette potensielt også påvirke prisnivået for dette legemiddelet. Dette omtales nærmere i 6.1.

I 2022 ble det tatt beslutninger i Nye metoder om 144 unike metoder. Flesteparten, 134 beslutninger, gjaldt legemidler. De resterende beslutningene gjaldt medisinsk utstyr, diagnostikk og tester (7) og prosedyrer og organisatoriske tiltak (3) (Nye metoder 2023).

Fra januar 2024 har det vært DMP (tidligere Statens legemiddelverk) som har hatt ansvaret for metodevurderinger av både legemidler og medisinsk utstyr i systemet Nye metoder.

4.1.3.3 Oppsummering av Nye metoder

Nye metoder er et system for prioriteringsbeslutninger (andreordensbeslutninger) på gruppenivå. De fleste av metodene som vurderes og besluttet i dette systemet, er legemidler, men systemet omfatter også medisinsk utstyr, organisatoriske tiltak og andre metoder som er aktuelle for bruk i spesialisthelsetjenesten. Det er krav om at Beslutningsforum skal ta beslutninger som er i tråd med prioriteringskriteriene. Metodevurderinger er en sentral del av beslutningsgrunnlaget i Nye metoder, og i disse vurderingene gjøres det en konkret operasjonalisering, kvantifisering og vurdering av de tre prioriteringskriteriene. Disse metodevurderingene følger DMPs «Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler». Analyseperspektivet i disse metodevurderingene er et utvidet helsetjenesteperspektiv. Som en følge av endringene i sentral helseforvaltning, har DMP fra januar 2024 fått ansvaret for å gjennomføre disse metodevurderingene, både for legemidler og for medisinsk utstyr.

For legemidler er det svært vanlig at metodevurderingene danner grunnlaget for prisforhandling for det enkelte legemiddelet. Dette omtales nærmere i 6.1.

4.1.3.4 Administrativt nivå

Følgende er angitt i (Meld. St. 34 (2015 – 2016) 2016) for det administrative nivået: «Beslutningstaker på dette nivået er ledere og styrer på ulike nivå i de regionale helseforetakene. Beslutninger kan omfatte løpende drift, fordeling av budsjettammer og investeringer som betyr noe for tilbudet til ulike pasientgrupper. De regionale helseforetakene foretar beslutninger om kapasitet som er nødvendig for å ivareta sørge for ansvaret for spesialisthelsetjenester. Dette kan f.eks. være knyttet til antall sengeplasser, IKT-utstyr mm. Innretningen av disse kvalitetsbeslutningene kan få konsekvenser for tilgangen til, og kvaliteten på tilbudet til ulike pasientgrupper. Metodevurderinger og samfunnsøkonomiske analyser kan være verktøy som kan være beslutningsstøtte/underlag.»

4.2 Forskjeller mellom analyser i helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer

4.2.1 Beslutningsgrunnlag for prioritering i offentlig sektor

Utredningsinstruksen retter seg mot departementene og deres underliggende virksomheter og gjelder derfor for den statlige administrasjonen av helse- og omsorgstjenesten, men ikke for beslutninger innad i spesialisthelsetjenesten. RHF-ene er ikke forvaltningsorganer, men foretak, og er gitt utstrakte fullmakter som ikke er underlagt instruksens krav til utredning. Prioriteringsperspektivet ved utforming av beslutningsgrunnlag innad i spesialisthelsetjenesten er gitt av prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet samt de føringer som ble lagt ved stortingsbehandlingen av prioriteringsmeldingen (Meld. St. 38 (2020–2021) 2021). Generelt gjelder det ifølge utredningsinstruksens veileder at dersom helseforetakene utreder tiltak på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, skal departementet kreve at de kravene som stilles i utredningsinstruksen følges.

Det er et overordnet mål at det skal foreligge et godt beslutningsgrunnlag for viktige avgjørelser i offentlig sektor. Men krav og retningslinjer til beslutningsgrunnlag varierer mellom offentlige tilbud etter hvilken instans som er beslutningsmyndighet, det være seg staten, kommunen eller selvstendige rettssubjekt som de regionale helseforetakene.

Når det gjelder beslutningsgrunnlag til Stortinget og regjeringen, er kravene til en tilstrekkelig utredning systematisert gjennom utredningsinstruksen. Alle tiltak som vurderes gjennomført av staten eller på oppdrag for statlige forvaltningsorganer, skal utredes i tråd med instruksen. Dette utgangspunktet bidrar til konsistens i beslutningsgrunnlagene på tvers av ulike sektorer når de skal prioritere effektiv ressursbruk. Instruksen legger til grunn et samfunnsperspektiv. Utredninger, uavhengig av sektor, skal inkludere virkninger

på alle relevante samfunnsområder. Det inkluderer virkninger for alle berørte, både enkeltpersoner og private og offentlige virksomheter.

For kommunale tiltak følger det av kommuneloven et krav om at saker som blir lagt frem for folkevalgte organer, skal være forsvarlig utredet. Forvaltningslovens bestemmelser om involvering og utredningsplikt gjelder for både statlig og kommunal sektor. Det finnes ingen generell utredningsinstruks for tiltak i kommunene.

4.2.1.1 Samfunnsøkonomiske analyser i praksis

I andre sektorer enn helse- og omsorgssektoren skal offentlige tiltak utredes i tråd med utredningsinstruksen, som legger til grunn et samfunnsperspektiv. I samferdselssektoren generelt og i veisektoren spesielt har samfunnsøkonomiske analyser en lang tradisjon. Det finnes i dag sektorspesifikke veiledere i samfunnsøkonomiske analyser av tiltak for vei, jernbane, sjøtransport, bygg og lufttransport. Helsedirektoratet er i gang med å revidere en veileder for evaluering av helseeffekter i andre sektorer, men denne er rettet mot tiltak utenfor helse- og omsorgssektoren.

Når det skal utredes tiltak som forventes å gi vesentlige nytte- og kostnadsvirkninger, for eksempel vesentlige budsjettvirkninger for staten, skal det gjennomføres en samfunnsøkonomisk analyse i tråd med utredningsinstruksen og i samsvar med gjeldende rundskriv i samfunnsøkonomiske analyser (Finansdepartementet 2021). Dersom betalingsvilligheten for alle tiltakets nyttevirksomheter er større enn summen av kostnadene, defineres tiltaket som samfunnsøkonomisk lønnsomt. I vurderingen av lønnsomhet inngår både forhold som kan verdsettes i kroner, og mer kvalitative virkninger, som omtales som ikke-prissatte virkninger. Rundskrivet fra Finansdepartementet fastsetter sentrale beregningsparametere som felles kalkulasjonsrente, verdsetting av statistisk liv, skattefinansieringskostnaden og gjeldende karbonpriser. Rundskrivet gir også føringer for bruk av nasjonale gjennomsnittstall som tidsverdier for berørte personer. Dette sikrer at ulike sektorer tar utgangspunkt i de samme verdiene, og det legger grunnlaget for konsistente og sammenlignbare utredninger.

I rundskrivet for samfunnsøkonomiske analyser vektlegges det også at det ikke finnes tilstrekkelig empirisk grunnlag for å beregne netto ringvirkninger i samfunnsøkonomiske analyser, og at slike virkninger derfor ikke skal inngå i selve analysen. Det åpnes imidlertid for at dersom det likevel er grunnlag for at tiltaket vil ha netto ringvirkninger, skal informasjon om dette inngå i en tilleggsanalyse.

4.2.1.2 Objektive versus normative rammeverk

Den samfunnsøkonomiske analysen av et tiltak belyser effektivitet gjennom å anbefale det tiltaket som er mest samfunnsøkonomisk lønnsomt, det vil si

det tiltaket som gir mest effektiv bruk av fellesskapets ressurser ut fra uveid betalingsvillighet.

I praksis har ikke samfunnsøkonomiske analyser som formål å være en direkte beslutningsregel, men snarere en indikator som må suppleres med annen informasjon. Analysen skal utgjøre en del av et større beslutningsgrunnlag, sammen med omtale av fordelingsvirkninger og eventuelt også drøfting av prinsipielle hensyn og målvurderinger.

Det er heller ikke slik at samfunnsøkonomisk lønnsomhet i seg selv er et tilstrekkelig kriterium for å iverksette et tiltak. Det vil trolig finnes flere samfunnsøkonomisk lønnsomme prosjekter enn det er demokratisk vilje til å realisere med offentlig innsats og bevilgninger som finansieres gjennom skattlegging. Hensikten med analysene er derfor i stedet å bidra til en rangering ut fra samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Rammeverket for utredning i offentlig sektor er lagt opp slik at analysene kan bidra til et best mulig informasjonsgrunnlag for beslutningstageren, uavhengig av beslutningstagerens politiske og etiske syn. Å skille mellom effektivitet og fordeling i analysen avlaster analytikeren for en rekke normative valg. Dette er også noe av bakgrunnen for at det ikke foreligger en eksplisitt velferdsfunksjon eller gitte fordelingsvekter i de definerende dokumentene for utredning i staten.⁵

Drøfting av fordelingsvirkninger og prinsipielle verdihensyn holdes i dag utenom den samfunnsøkonomiske analysen og skal drøftes i en separat del av utredningen. Det innebærer at samfunnsøkonomisk lønnsomhet skal tolkes som et oppsummerende mål på hva befolkningen til sammen er villig til å betale for et tiltak, ikke som et mål på hva som er til samfunnets beste i videre forstand.

Et tiltak som tilfredsstiller kravene til samfunnsøkonomisk lønnsomhet, vil ikke nødvendigvis være rene Pareto-forbedringer, det vil si en omfordeling hvor minst én kommer bedre ut uten at noen får det verre. Når et prosjekt er samfunnsøkonomisk lønnsomt, foreligger det et overskudd av betalingsvillighet som gjør det mulig å kompensere de gruppene som kommer dårligere ut eller taper på at tiltaket innføres.⁶

Generelt vil prioriteringen av hvilke prosjekter som skal gjennomføres, gjøres av demokratisk ansvarlige politikere i en politisk prosess i etterkant av utredningen og gi utslag på for eksempel kommune- eller statsbudsjettet. Det betyr at analysen fungerer som en beslutningsstøtte, med formål om å bidra til en god og opplyst beslutning. Det kan føre til at prosjekter som er lønnsomme og har en

⁵ En mer utfyllende drøfting av fordelingsvirkninger finnes i *NOU 2012: 16*, kapittel 3

⁶ En sentral begrunnelse for samfunnsøkonomisk lønnsomhet som normativt kriterium for beslutninger er basert på hypotetiske kompensasjonsmuligheter, det såkalte Kaldor-Hicks-kriteriet. Hovedtanken bak kriteriet er at et prosjekt bør gjennomføres dersom det hypotetisk sett er mulig å gi kompensasjon til de som taper på prosjektet, slik at alle berørte individer kunne ha oppnådd en velferdsforbedring. I praksis vil det i mange tilfeller måtte kreve eksplisitte verdimeslige avveininger, jf. *NOU 1997: 27*, kap. 4.

positiv netto nåverdi, ikke nødvendigvis vil bli prioritert, fordi beslutningstageren vektlegger andre hensyn utover effektivitet.

Utformingen og valget av perspektiv i en økonomisk evalueringsanalyse avhenger av beslutningsprosessen og hvilke spørsmål som må besvares. Det er en vesensforskjell mellom analyser som skal brukes som beslutningsstøtte, og analyser som skal brukes som beslutningsverktøy. I helse- og omsorgstjenesten brukes mange av de økonomiske evalueringene som beslutningsverktøy, noe som gir andre praktiske utfordringer som ikke er like relevante for bruken av samfunnsøkonomiske analyser i andre sektorer.

5 Verdigrunnlag og etikk

Hensikten med dette kapitlet er å presentere verdigrunnlaget i helsetjenesten og gi en oversikt over etiske argumenter for å avveie de ulike verdi- og prinsippensynene på en god måte.

5.1 Sammenhengen mellom verdier, prinsipper og verdigrunnlag

Det grunnleggende verdigrunnlaget som prioriteringer i helsevesenet skal bygge på, er beskrevet i ulike NOU-er og andre sentrale dokumenter. Både prinsipper for prioriteringer og virkemidler for prioriteringer bør utledes fra og støtte opp om verdigrunnlaget (se Figur 5.1).



Figur 5.1 Verdigrunnlag, prinsipper og virkemidler (Meld. St. 34 (2015–2016) 2016)

Boks 5.1 Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten

Prioritering er å si ja til det viktigste når vi ikke kan si ja til alt som er viktig.

Derfor er prioritering også «å si nei til god behandling». Denne erkjennelsen løper som en rød tråd gjennom norske prioriteringsarbeider, fra Lønning I-utvalget i 1987 ((NOU 1987: 23 1987), s.17) til Blankholm-utvalget ((NOU 2018: 16 2018), s.18). I stortingsmeldingene er dette noen ganger nedtonet til at «[p]rioritering innebærer av og til å si nei» ((Meld. St. 34 (2015–2016) 2016), kap. 2.2.1).

Det har vært argumentert for at denne betoningen av «nei»-et svartmaler prioriteringer i helsevesenet (Pedersen og Fredriksen 2004). Men, prioriteringer betyr alltid et «nei». «Nei til behandling» er kan hende vanskeligst, men også «nei til behandling nå» eller «nei til nok behandling» er prioriteringer som gjør at pasientene ikke får alle de tiltakene som de kunne hatt nytte av.

Prioritering bør ikke forveksles med effektivitet, behandlingsbegrensning eller «kloke valg». Disse begrepene sier nemlig «ja, men». «Ja, men vi skal gjøre det effektivt», «vi skal ikke gjøre for mye», eller «vi skal gjøre det på den mest riktige måten». Effektivitet, behandlingsbegrensning og «kloke valg» har det samme til felles som skiller dem fra prioriteringer: Motivet er *ikke* ressursknapphet.

En prioritering karakteriseres ved at vi ikke gjør noe vi ønsker å gjøre, fordi vi mener det fortrenger noe annet som er enda viktigere. Derfor kan en prioritering også gjenkjennes ved at et «nei» til noe også skal være et «ja» til noe annet.

Prioriteringsprinsipper, inkludert valg av perspektiv, har derfor konsekvenser for alle som har behov for hjelp fra helsetjenesten, både de som får «nei», og de som får «ja».

Dette betyr at prinsipper – herunder prioriteringskriterier – skal begrunnes i verdigrunnlaget. Når man skal evaluere om et prioriteringsprinsipp eller -kriterium er akseptabelt, må man derfor vurdere om prinsippet kan sies å respektere verdigrunnlaget, og om prinsippet understøtter verdigrunnlaget. Et verdigrunnlag er ofte selv beskrevet gjennom prinsipper. Slike prinsipper er da med på å understøtte og spesifisere ord og konsepter som på samme tid er både umiddelbart forståelige og flertydige.

Et eksempel på et verdiord er «rettferdighet». Vi har ofte sterke og klare intuisjoner om hva rettferdighet er, og hva det innebærer. Likevel er det ofte uenighet om hva rettferdighet skal bety i konkrete tilfeller. Et prinsipp om at «like tilfeller skal behandles likt», kan da være både en utdyping og en presisering av hva rettferdighet kan bety, og det kan danne en del av et verdigrunnlag der både

rettferdighet og (prosess)likhet står sentralt. Slik tydeliggjør et prinsipp en verdi, om enn i abstrakt form. Et verdigrunnlag vil inneholde en rekke slike abstrakte begreper og prinsipper som både er med på å klargjøre hverandre, og som bør være innbyrdes konsistente.

Et prinsipp for prioriteringer blir under denne tolkningen et tillegg til verdigrunnlaget ved at det både må være konsistent med verdigrunnlaget, og bidrar til å spesifisere begreper og verdier som inngår i det.

Noen slike abstrakte prinsipper finner vi i *Åpent og rettferdig* ((NOU 2014: 12), s. 18):

1. Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt».
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier.
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning.
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler.

En nærmere lesning viser imidlertid at også disse prinsippene kan være flertydige uten at de kontekstualiseres og forankres i et bredere verdigrunnlag. Hva betyr for eksempel «rettferdig (fordelt)», «åpent» og «gode leveår»?

Blant Norheim-utvalgets prinsipper finner vi også en henvisning til virkemidler (punkt 4). Tolker vi «verdigrunnlag-prinsipper-virkemidler»-figuren fra Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* i lys av dette punktet, kan vi tenke oss at på samme måte som prinsippene skal utledes fra verdigrunnlaget og støtte opp om det, skal virkemidlene utledes fra prinsippene og støtte opp om dem. Slik prinsippene forankrer virkemidlene i verdigrunnlaget, forankrer virkemidlene de konkrete behandlingsbeslutningene i prinsippene.

Det er også slik at skillene mellom verdigrunnlag, prinsipper og virkemidler ikke er skarpe eller absolutte. Hva som er et prinsipp, og hva som tilhører verdigrunnlaget, vil avhenge av både analyse, ståsted og hvem man spør. Hvilke skiller man opererer med, handler også om hva man har tenkt å legge til grunn, hva som er udiskutabelt, og hva som skal kunne revurderes. I tillegg må man være klar over at det ikke finnes ett enkelt verdigrunnlag, altså ett privilegert moralsk syn på verden som det er konsensus om. Også verdigrunnlaget er omdiskutert, det tolkes av og til ulikt og kan ha ulik grad av oppslutning.

5.2 Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten

5.2.1 Hva er verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten?

En sentral del av norsk prioriteringstenking er uttrykt i følgende utdrag fra «Nytte, ressurs og alvorlighet»:

«Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk

tilhørighet. Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt. En rettferdig fordeling innebærer i tillegg at samfunnet er villig til å prioritere høyere de som har størst behov for helsetjenester. Samtidig må dette sees i sammenheng med hva som gir mest mulig helse i befolkningen over tid. Helsetjenesten er videre del av en bred sosial forsikringsordning for befolkningen, og borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse mv.»

((Meld. St. 38 (2020–2021) 2021), s. 17)

Dette utdraget er et direkte sitat fra «Verdier i pasientens helsetjeneste», som følger opp med at «[u]tforming av prinsipper for prioritering må etter departementets vurdering være i samsvar med dette verdigrunnlaget.» ((Meld. St. 34 (2015–2016) 2016), s. 74). Stortingsmeldingen slår videre fast at denne grunnsetningen «ligger til grunn for videre drøftinger og konklusjoner i denne meldingen» ((Meld. St. 38 (2020–2021) 2021), s. 17).

Når vi sammenholder denne beskrivelsen av verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten med andre viktige tekster fra den norske offentlige samtalen om helsevesenets verdigrunnlag (se vedlegg 2), er det mulig å ane noen grunnstener:

- hvert enkelt menneskes ukrenkelige egenverdi
- likebehandling
- rettferdig fordeling
- effektiv bruk av tilgjengelige ressurser
- prioritet til dem med alvorlige tilstander og stort behov for helsehjelp

Denne oppstillingen av sentrale verdier og prinsipper er ikke uttømmende, men beskriver de mest sentrale komponentene til «verdigrunnlaget».

Et viktig spørsmål som må besvares før man kan legge disse verdiene og prinsippene til grunn, er om de i det hele tatt danner et konsistent hele: Er det iboende motsetninger mellom noen av disse grunnsetningene? Dernest må vi undersøke og beslutte hvilken tolkning man skal tillegge de ulike verdiordene som benyttes; «rettferdighet», «effektivitet» og «alvorlighet(sgrad)» kan tillegges ulikt innhold, og de kan forankres i ulike moralfilosofiske teorier om det gode.

Et sentralt premiss for ekspertgruppens tolkning av mandatet er at «verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten» er iboende etisk motsetningsfylt. Det er en motsetning mellom verdiene ukrenkelig menneskeverd, effektiv ressursutnyttelse og rettferdig fordeling.

Norheim-utvalget formulerte målsettingen «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt». Kravet om «flest mulig gode leveår» kan begrunnes etisk i tradisjonell konsekvensetikk og fører til prinsipper om kostnadseffektivitet. Et krav om rettferdig fordeling av goder begrunnes ofte i moralfilosofiske teorier om prosessuell rettferdighet, kontraktualisme eller andre teorier om hva som er «rettferdig». Et krav om å respektere hvert enkelt menneskes ukrenkelige

egenverdi finner vi i plikketikken, som vektlegger absolutte påbud og forbud om hvordan det er moralsk forsvarlig å handle eller unnlate å handle mot andre mennesker.

5.2.2 Hvordan forene motsetninger i verdigrunnlaget?

Gode leveår

De aller fleste kan enes om at god helse og et langt liv hører sammen. I tillegg kan vi si at et langt liv med god helse er bedre enn et langt liv med dårlig helse, som igjen er bedre enn et kort liv med dårlig helse. Men, hvordan kan vi sammenligne et kort liv med god helse og et langt liv med dårlig helse?

Mange er nødt til å ta stilling til dette spørsmålet og treffer valg ut fra sin egen konklusjon. Medikamenter mot plager kan forkorte den forventede livslengden. Andre kan måtte velge mellom et inngrep med høy risiko for fatalt utfall, og å leve videre med store helseproblemer.

Poenget her er at reelle avveininger mellom levetid og livskvalitet ikke kommer i konflikt med menneskeverdet når noen selv gjør slike avveininger på egne vegne. Dette kan også lede til en aksept av at det kan være like verdifullt å forbedre helsen til en person som å forlenge livet til en annen. Hensikten med modeller for kvalitetsjusterte leveår er at de søker å reflektere at det er menneskers egne avveininger mellom levetid og helseforbedringer som er den moralsk relevante målestokken. Kvalitetsjusterte leveår skal ikke gjøre forskjell på fattig og rik, kvinner og menn eller gamle og unge.

Gode leveår, eller kvalitetsjusterte leveår, er altså forsøksvis et mål på hvor god levetiden er for den som har helseutfordringer. Kravet om «flest mulig gode leveår for alle» kan derfor tolkes som et krav om så god helse som mulig, uten hensyn til hvem som får forbedret helsen. I tillegg skal målestokken «gode leveår» sikre at man tar hensyn til at menneskeverdet er ukrenkelig.

Kostnadseffektivitet

Dersom man aksepterer gode leveår som det viktigste målet, melder det seg et spørsmål om hvordan man skal identifisere de tiltakene som det er viktigst å tilby. Dette betyr at man samtidig sier noe om hvilke tiltak man ikke skal tilby: Hva man skal si nei til?

Konsekvensetikken påbyr de handlingene som har de beste konsekvensene. Hvis man kan tallfeste gode leveår, så blir det ifølge konsekvensetikere moralsk påtrengende å velge det handlingsalternativet – den prioriteringen – som fører til flest gode leveår. Selv om mange ikke ønsker å sette en pengeverdi på gode leveår, vil de fleste akseptere at helse- og omsorgstjenestens innsatsfaktorer – lønn til helsepersonell, investeringer i sykehus, operasjonsutstyr, eller medikamenter – kan tilordnes en pengeverdi. Selv om vi ikke er villige til å verdsette menneskelivet, vil mange hevde at det finnes gode etiske argumenter for å redde flere mennesker heller enn færre. Om en kirurg kan gi en livreddende

operasjon til både Per og Pål eller kun til Espen, da påhviler det oss som samfunn å sørge for at de to beholder livet.⁷ Dette kalles kostnadseffektivitet.

Kostnadseffektivitet er et analyseverktøy som er godt egnet i situasjoner der man på den ene siden har et gode (effekten) som man anser at har iboende verdi, og på den andre siden andre størrelser som man anser at har instrumentell verdi, og man ønsker svar på spørsmålet: «Hvordan kan vi oppnå mest mulig av godet med de tilgjengelige ressursene?»

Dersom gode leveår er det vi bryr oss om og mener har iboende verdi, og alt som kan verdsettes i kroner og øre ansees for å ha instrumentell verdi, har kostnadseffektivitet følgende svar på spørsmålet: «Dess færre ressurser et tiltak legger beslag på, dess høyere prioritet. Dess flere gode leveår et tiltak gir, dess høyere prioritet.»

Disse prinsippene gir oss kostnadseffektivitetsprinsippet for helseprioriteringer.

Første kompromiss

Kostnadseffektivitetskriteriet kan forstås – når effektdelen måles som gode leveår – som et kompromiss mellom pliktetiske og konsekvensetiske påbud om å sette menneskeverdet og likebehandling øverst i verdihierarkiet og å handle slik at konsekvensene blir best mulige.

Rettferdig fordeling og alvorlighetsgrad

Kostnadseffektivitetskriteriet tar ikke hensyn til hvordan de gode leveårene helsetjenesten skaper, blir fordelt i befolkningen. Kostnadseffektivitet ser på «flest mulig gode leveår» og tar ikke hensyn til at de gode leveårene skal være «for alle, rettferdig fordelt» (NOU 2014: 12 2014).

I Norge har man valgt å benytte seg av alvorlighetsbegrepet for å imøtekomme kritikk av fordelingsblindhet. Ved siden av kravet om kostnadseffektiv ressursbruk har vi lagt til grunn at jo mer alvorlig et helseproblem er, desto høyere prioritet skal vi gi et tiltak som er rettet mot dette alvorlige helseproblemet.

Her er det verdt å merke seg at mens kostnadseffektivitetskriteriet ser hen til effekten av tiltaket selv, så ser alvorlighetskriteriet på alvorlighetsgraden til den tilstanden tiltaket skal behandle. Dette grepet fører til at virkemidlene – prioriteringskriteriene – tar hensyn til og støtter opp om rettferdighetsnormen som er en del av vårt verdigrunnlag.

⁷ Dette er heller ikke en enkel og entydig beslutning. Mange vil ikke godta et premiss som sier at vi ikke kan hente inn enda en kirurg og slik berge alle tre. Andre vil kreve flere detaljer om de tre for slik å finne en ordning som på en eller annen måte oppleves som «mer rettferdig» (er Espen gammel, mens Per og Pål er unge?). Her finnes det ingen fasit. Men, merk at dersom vi får vite at Per og Pål og Espen er ganske så likt stilt, så kan det oppfattes som uetisk å ikke velge å redde de to.

Andre kompromiss

Når alvorlighetskriteriet er utformet som absolutt prognosetap (se Boks 2.2), kan kriteriet forstås som et kompromiss mellom konsekvensetiske og fordelingsetiske hensyn der man er villig til å gi avkall på noen gode leveår dersom fordelingen av gode leveår blir likere. I tillegg kan alvorlighetskriteriet forstås som et kompromiss mellom pliktetiske påbud om å lindre stor nød og konsekvensetiske hensyn.

Andre etiske hensyn

Gode leveår, verdsatt som QALY-er, kan også betraktes som en anerkjennelse av autonomi- og demokrati-idealene, ved at man søker å la befolkningen tallfeste og verdsette gode leveår selv.

Et siste viktig moment er at med dagens system skal en kostnadseffektivitetsanalyse i all hovedsak ta hensyn til ressurser innad i helse- og omsorgstjenesten. Ressurser til et tiltak som kommer fra andre sektorer i samfunnet, skal som hovedregel ikke inkluderes i analysene. Likeledes skal det ikke tas hensyn til om et tiltak skaper ressurser i andre sektorer.

Det strider mot et konsekvensetisk grunnsyn: *Alle* gode konsekvenser av en beslutning bør tillegges like stor vekt. Om et tiltak i helse- og omsorgstjenesten øker tilfanget av ressurser, kan disse benyttes til flere helse- og omsorgstjenester, eller bedre veier, ungdomsklubber eller miljøtiltak.

Til gjengjeld vil en pliktetiker kunne innvende at en beslutning om å iverksette et tiltak ikke burde påvirkes av hvor «god investering» den kan sies å være: Hensynet til produktivitet vil kunne komme på kant med påbudet om at alle gode leveår er like mye verdt for den det gjelder.

Det er mulig å argumentere pragmatisk for at helsetjenesteperspektivet bør begrense seg til ressursbruken innenfor helse- og omsorgstjenesten fordi helse- og omsorgstjenestens ressurser i stor grad bestemmes av det samfunnet som helse- og omsorgstjenesten betjener. Siden helse- og omsorgstjenesten er spesialisert på helsehjelp og ikke samfunnsøkonomi, bør den ikke påta seg oppgaver den ikke er skodd for. Oppgavefordelingen blir da at helse- og omsorgstjenesten forvalter de ressursene den får tildelt, på en slik måte at de skaper flest mulig gode leveår, og myndighetenes oppgave blir å fordele ressursene mellom sektorene. Et motargument er at dette i for stor grad begrenser myndighetenes mulighet til å benytte helsetjenesten til samfunnsnyttig aktivitet utover helsetjenester.

Samfunnsperspektivet

Som en grov forenkling kan man si at samfunnsperspektivet skiller seg fra helsetjenesteperspektivet ved at det vektlegger konsekvensetikken sterkere enn det helsetjenesteperspektivet gjør.

«Samfunnsperspektivet» er ikke ett perspektiv, og det finnes mange ulike tradisjoner og teorier om hvordan man best anlegger «det bredest mulige perspektivet» på økonomi og velferd for befolkningen. Samfunnsperspektivet er dessuten avhengig av hvilket mål på verdi, nytte eller velferd man velger. Innenfor noen tradisjoner bruker man «kroner og øre» for alle størrelser og legger til grunn at penger kan benyttes som målestokk for de aller fleste goder. Andre teoretiske rammeverk legger til grunn at velferd må forstås (mye) bredere, og utvikler gode-leveår-lignende mål for alle konsekvenser av alle handlinger på befolkningens velferd. Der «gode leveår» skal gi en felles målestokk for smertelindring og nyretransplantasjon, skal denne typen velferdsøkonomiske velferdsbegrep gi en felles målestokk for smertelindring, sykkelveier, sosiale relasjoner og teateropplevelser. Mye av det teoretiske arbeidet som er gjort innenfor denne tradisjonen, er nettopp det: teoretisk. Formålet blir å undersøke og argumentere etisk for hvorfor man bør innrette seg på en bestemt måte dersom man kunne tallfeste og verdsette velferd utfyllende og presist. I anvendt samfunnsøkonomi vektlegges det i stedet at mange av de elementene som bidrar til velferd, ofte kan tilordnes en omtrentlig verdi i kroner og øre, og at når man verdsetter noen effekter, som lønnet arbeid, bør man også kunne tallfeste for eksempel ikke-lønnet arbeid, samfunnsdeltagelse eller uformell omsorg. Mange oppfatter dette som viktige verdier som ikke bør nedvurderes når man utformer politikk eller bevilger ressurser.

Verdigrunnlag og perspektiv

Utfordringen med et – for noen – snevert helsetjenesteperspektiv er at det kan gi uheldige konsekvenser. Alle kan tape på det dersom prioriteringsbeslutninger ikke noen gang og under noen omstendigheter tar hensyn til at et tiltak som tilbys av helsetjenesten, kan representere en betydelig investering i samfunnets produksjonsevne, eller at noen tiltak kan føre til betydelige ressursbesparelser i andre sektorer.

Utfordringen med et samfunnsperspektiv er todelt. For det første er det uklart hvilket samfunnsperspektiv man skal velge. Et samfunnsperspektiv som måler alt i kroner og øre, kommer fort på kant med normen om likebehandling og ukrenkelig menneskeverd. Et samfunnsperspektiv med et velferdsbasert verdibegrep kan minne mer om et helsetjenesteperspektiv, men er teoretisk og praktisk utfordrende. Noen mener at et samfunnsperspektiv uunngåelig vil føre til at de bedre stilte blir prioritert høyere, og at din verdi som menneske – verdien av dine gode leveår – vil bli avhengig av sosial status, arbeidsevne og mulighet til å få behandling som ikke bare gjør deg frisk, men også «produktiv».

Verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten kan betraktes som motsetningsfylt. Utfordringene skissert ovenfor er reelle. Hvilket analyseperspektiv som skal ligge til grunn for prioriteringer – hva som er viktigst – vil altså delvis være med på å bestemme hvor man skal finne kompromisset mellom etiske hensyn. En anbefaling av perspektiv kan betraktes som en anbefaling om hvilke etiske prinsipper som skal vektlegges sterkest.

5.3 Relevans av beslutningsnivå

Som beskrevet i kapittel 4 prioriterer helsevesenet på ulike nivåer, fra beslutninger i møtet med enkeltbrukere og opp til et politisk nivå der man tar større beslutninger om overordnet ressursbruk og dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten. For noen vil anbefalinger om perspektiv og vektlegging av ulike etiske prinsipper avhenge av dette nivået.

På det øverste nivået er varianter av samfunnsperspektivet naturlig og etisk forsvarlig når man avgjør hvor mye man skal bruke på helse sammenlignet med andre sektorer. Det ligger som en føring i prioriteringsmeldingen fra 2016 at folkehelseiltak skal vurderes i et samfunnsperspektiv, og at tiltak mot smittsomme sykdommer skal ha et bredere perspektiv enn andre tiltak (Meld. St. 34 (2015–2016) 2016). Bedring av folkehelsen og bekjempelse av smittsomme sykdommer kjennetegnes ved at hovedformålet er å fremme nyttegevinsten både til den enkelte og til samfunnet som helhet.

På nivået over brukere og pasienter, men under det politiske nivået, ligger et nivå som tar beslutninger om å innføre intervensjoner som påvirker grupper av pasienter. Det er til slutt individene som merker konsekvensene av beslutningene, og i den forstand er prioritering av intervensjoner også en prioritering av individer. Selv om gruppebeslutninger påvirker individer, er det praktiske og etiske forhold som gjør at det er relevant å skille mellom beslutninger på gruppenivå og beslutninger på individnivå. Et godt eksempel på dette er vurderinger av nye legemidler. Vurderinger av offentlig finansiering av ny diagnostikk og behandling er lagt til Nye metoder.

Når man bruker dagens prioriteringskriterier for å vurdere et nytt tiltak, bygger det på gjennomsnittsvurderinger av hvor stor endring i helsetilstand tiltaket vil føre til for en gruppe mennesker. Alvorligheten vurderes også ut fra gjennomsnittlig tap av gode leveår uten den nye behandlingen. Internt i gruppen kan det være betydelige forskjeller i nytte og alvorlighet. Det skaper et etisk dilemma fordi beslutningen er basert på gruppens egenskaper, mens det etisk relevante er individets nytte og alvorlighet. Det er etisk irrelevant for behandlingen av en enkeltpasient at mange andre som har samme tilstand, er unge eller gamle, eller at de har høy eller lav helsegevinst. Et konkret eksempel er kreft i livmorhalsen, som er kategorisert som en alvorlig sykdom fordi den fører til et stort tap av gode leveår (24 år i gjennomsnitt), mens kreft i prostata ikke er i den alvorligste kategorien fordi de som rammes, i gjennomsnitt taper færre leveår (8 år) (Brustugun 2014). En ung mann med prostatakreft kan ende opp i en gruppe der legemidler og behandlinger har fått lavere prioritet, mens en eldre kvinne med livmorhalskreft kan få tilgang til behandling med høyere prioritet. Behandlingen av individet påvirkes av egenskaper ved gruppen. Selv om man i praksis kan redusere dette problemet ved hjelp av unntaksordninger, vurderinger av undergrupper og retningslinjer, vil det i praksis være vanskelig å unngå at man tar noen beslutninger for enkeltindivider på grunnlag av gruppens egenskaper.

I tillegg til den praktiske relevansen av gruppenivået er det et etisk argument for at man kan skille mellom beslutninger på individnivå og gruppenivå. På individnivået er det svært viktig å bevare tilliten mellom pasienten og behandleren. Hvis man innfører et perspektiv der helsepersonell skal prioritere ut fra pasientens arbeidsevne på individnivå, vil dette stride mot helsepersonellens etiske prinsipper og undergrave tilliten som er viktig for at pasienten skal stole på og følge råd fra leger og andre.

De samme argumentene gjelder ikke like sterkt på gruppenivå. Så lenge det er i samsvar med folks oppfatninger om hva som er riktig å vektlegge, vil ikke et samfunnsperspektiv undergrave tilliten til myndighetene, kommunene eller det regionale helseforetaket. Det er større forståelse for at disse institusjonene skal sørge for at samfunnets ressurser blir brukt best mulig, og at de tar hensyn til flere typer konsekvenser enn man gjør på individnivå.

Forskjeller i hva som skaper tillit på individnivå og gruppenivå, betyr ikke nødvendigvis at prioriteringskriteriene er forskjellige på ulike nivåer. Forskjellene kan skyldes at tolkningen av nyttekriteriet og ressurskriteriet og hvordan de vektlegges, kan variere med nivå. Også på individnivå er man forpliktet til å gjøre en avveining i samsvar med kriteriene i prioriteringsforskriften og ta hensyn til ressursbruk. De samme kriteriene brukes på gruppenivå. Argumentet er at hva som inngår i nyttekriteriet og ressurskriteriet, og vektingen kan variere med befolkningens preferanser for hva som er relevant på de ulike nivåene.

5.4 Relevans av befolkningens preferanser

Avsnittet ovenfor la vekt på befolkningens oppfatninger om hva som er riktig perspektiv på ulike nivåer. Dette åpner for spørsmålet om i hvor stor grad og hvordan man skal legge vekt på befolkningens etiske oppfatninger i prioriteringer.

Målet med vurderingene av ulike tiltak er å bidra med et grunnlag, slik at de som tar beslutningen, kan gjøre informerte valg på vegne av befolkningen. I en slik prosess bør man i utgangspunktet ta med de konsekvensene befolkningen mener det er riktig å ta med, og bruke en vektlegging som samsvarer med befolkningens preferanser.

Et slikt argument gjelder på alle nivåer: Å si ja til samfunnsperspektivet impliserer ikke logisk at man sier ja til at alle elementene skal vektles likt eller inkluderes. På både nytte- og kostnadssiden kan det være kategorier som befolkningen mener bør ha liten eller ingen vekt. Det samme gjelder helsetjenesteperspektivet. Det at man i dagens system har valgt å bruke et utvidet helsetjenesteperspektiv, betyr nettopp at man bruker de elementene man mener er etisk akseptable og praktisk mulige, og ekskluderer andre.

Et problem med å legge stor vekt på befolkningens oppfatninger, spesielt i enkeltsaker, er at befolkningens preferanser kan være inkonsistente eller skyldes

dårlig informasjon. Det kan også hende at mange ikke har tenkt spesielt mye over problemstillingen. Ved å bruke informerte og reflekterte preferanser, for eksempel gjennom vekter vedtatt av folkets representanter, kan man få et bedre grunnlag for å velge mellom hva slags konsekvenser som skal telle, og hvordan de skal vektes.

For at vi skal komme frem til slike reflekterte etiske preferanser, er det nyttig å bruke eksempler, ikke bare som staffasje for å illustrere prinsipper, men for å vise en prosess der man kommer frem til bedre konklusjoner.

5.5 Etisk refleksjon og eksempler

En etisk vurdering forbedres ved at man bryner prinsipper mot konkrete eksempler og ikke bare teoretiske argumenter (se diskusjonen i (NOU 2014: 12 2014), boks 3.1, s. 26). I en slik prosess vil man noen ganger revidere prinsippene man startet med, og selv om man ikke oppnår full enighet ved en slik prosess, er eksemplene viktige fordi de kan utkrystallisere de viktigste argumentene: De overfladiske uenighetene reduseres, slik at man står igjen med en klarere oversikt over de mest grunnleggende etiske skillelinjene.

Tre konkrete vurderinger kan vise hvordan den etiske oppfatningen kan variere når vi bruker samfunnsperspektiv og helsetjenesteperspektiv for å prioritere mellom ulike helsetiltak.

Den første vurderingen handler om medikamentassistert behandling av personer med rusproblemer. Når man vurderer å innføre slik behandling, er det for mange naturlig å inkludere helsegevinsten, men også positive konsekvenser for pårørende, økte muligheter for deltagelse i arbeidslivet og samfunnslivet generelt samt konsekvenser i andre sektorer, for eksempel redusert hjemløshet, fattigdom, kriminalitet og aktivitet i det illegale markedet for narkotika. Å utelate dette fra vurderingen vil for mange oppleves som feil.

Det er imidlertid også mulig å finne eksempler på situasjoner der mange vil mene at det er feil å legge vekt på andre konsekvenser enn helsegevinst ved evaluering av tiltak. Mange vil mene at tiltak rettet mot pasientgrupper i arbeidsfør alder, ikke skal få prioritet over tiltak rettet mot pasientgrupper utenfor arbeidslivet. Mer generelt vil mange mene at individuelle kjennetegn som bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og yrke er irrelevante for hva slags prioritet et tiltak skal ha i helsevesenet.

De to første eksemplene viser hvordan både samfunnsperspektivet og helsetjenesteperspektivet kan virke intuitivt riktige på ulike områder. Et tredje eksempel viser at det ikke alltid er like klart. Dersom man har et nytt og effektivt legemiddel mot migrene, vil det kunne føre til en reduksjon i sykefraværet. Noen vil mene at det er innlysende at en økt produksjon burde telle når man vurderer å innføre et slikt legemiddel. Problemet er at det å inkludere denne produksjonseffekten også skaper en ulikhet. Rett nok får alle – produktive eller

ikke – tilgang til legemiddelet, men ulikheten oppstår når man sammenligner med et annet tiltak for en annen sykdom med like konsekvenser (helsegevinst, ressursbruk og alvorlighet) bortsett fra at dette tiltaket ikke gir like store produksjonsvirkninger. Personene i denne gruppen får en annen tilgang til legemidler enn migrenepasientene basert på at de tilhører en gruppe som ikke har like store produksjonsgevinster. Dette viser dilemmaet som oppstår når man både ønsker å bidra til arbeidsdeltagelse (samfunnsperspektivet) og ønsker å unngå forskjellsbehandling av pasienter basert på et potensial for yrkesdeltagelse. Kjernen i det etiske problemet blir da som følger: Er det etisk akseptabelt å tillate det som i utgangspunktet er uønsket forskjellsbehandling hvis det kan gi positive konsekvenser på andre områder?

Mange vil mene at det er relevante forskjeller på eksemplene, og at disse forskjellene løser det som på overflaten synes å være motstridende konklusjoner. Man kan mene at eksemplene ikke er sammenlignbare fordi det er forskjell på hva som er relevant når man skal vedta et helsetiltak, og det å gi noen en forrang i en kø basert på yrkesstatus i en allerede innført behandling. Et annet argument er at man må skille mellom forskjellsbehandling som skal bedre den samlede helsetilstanden, og forskjellsbehandling som har andre konsekvenser enn helseforbedringer (økt inntekt, økt velferd) som mål. Det er nettopp dette som er styrken til prosessen der man konfronteres med ulike eksempler. Det introduserer mulige relevante argumenter som kan bidra til nyanser som kan løse de etiske dilemmaene. For eksempel vil en slik metode kunne brukes hvis man skal etablere vekter som skal ivareta ulike hensyn i verdigrunnlaget.

5.6 Prinsipper for å veie velferdsgevinster mot likebehandling

I verdigrunnlaget til helse- og omsorgstjenesten, som er beskrevet tidligere i dette kapitlet, legges det vekt på at «befolkningen skal ha likeverdige tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt.» Likt defineres her som både likhet i tilgang og som likhet i behandling, og det nevnes spesifikt at menneskers egenverdi er «uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet.» I tillegg til likhet i tilgang og behandling nevnes rettferdig fordeling av helsegoder, som innebærer at de med størst behov blir prioritert. Dette gir til sammen tre verdier: likhet i tilgang, likhet i behandling og rettferdig resultat. Alle tre er relevante, og de må også avveies mot hverandre. Noen ganger vil man for eksempel ha ulikheter i tilgang for å skape større likhet i hvor mye ressurser som til slutt ender opp hos ulike grupper.

Verdigrunnlaget viser også til flere andre hensyn og anerkjenner at disse noen ganger kan komme i konflikt. Når man nevner målet om rettferdig resultat og det å gi prioritet til dem med størst behov, skriver man: «Samtidig må dette sees i sammenheng med hva som gir mest mulig helse i befolkningen over tid.» Man legger også vekt på at pasienter skal møtes med verdighet, og at man

ønsker å ivareta «relasjonen mellom helsepersonell og pasient, både til den kjente pasienten der og da og til den neste pasienten som trenger helse- og omsorgstjenester.»

Verdigrunnlaget er relevant i debatten om perspektiv fordi det kan oppstå konflikt mellom de ulike hensynene. Dette gjelder i begge perspektivene. I helsetjenesteperspektivet er det en konflikt mellom det å sørge for mest mulig helse og det å prioritere de mest alvorlige tilfellene. Man har da valgt å legge ekstra vekt på de mest alvorlige tilfellene, selv når man kunne fått mer samlet helse hvis man hadde fokusert på mindre alvorlige tilfeller. Det er en avveining mellom det å skape mest mulig av et gode (helse) og det å ta hensyn til et prinsipp om at de mest alvorlig syke skal få ekstra vekt.

Et samfunnsperspektiv har tilsvarende konflikter, men på nye områder. For eksempel kan det være en avveining mellom likhetsprinsippene og det å sørge for mest mulig helse eller velferd. Rotavirusvaksinen ble innført blant annet for at pårørende skulle slippe å sykmelde seg fra jobben for å være hjemme med syke barn. Dette er en velferdsgevinst for samfunnet. Men når man i samfunnsperspektivet inkluderer konsekvenser for pårørende på denne måten, kan det skape en ulikhet ved at intervensjoner mot sykdommene som har konsekvenser for pårørende, får større prioritet enn de sykdommene som er like for pasientene, men som ikke har samme konsekvens for pårørende. På samme måte som med vektning av alvorlighet i helsetjenesteperspektivet blir det viktig å finne en avveining mellom de ulike hensynene som oppstår når man bruker samfunnsperspektivet.

Når etiske hensyn drar i ulik retning, blir spørsmålet hvordan man skal gjøre avveiningen. På den ene siden ønsker vi så mye velferd som mulig (summen av alle individenes nytte). På den andre siden ønsker vi et samfunn med likebehandling av individer, der forskjellsbehandling kun tillates når det er i samsvar med relevante egenskaper; helse- og omsorgstjenester kan fordeles etter helsetilstand, men ikke etter inntekt eller yrkesstatus.

Det er mange etiske prinsipper for å håndtere konflikten mellom mest mulig velferd og hensynet til likebehandling. Disse varierer fra å legge all vekt på likhet til å legge all vekt på å maksimere velferd. De er beskrevet nedenfor.

Ingen avveining: Et mulig svar på dilemmaet er å legge all vekt på hensynet til likebehandling. I dette perspektivet vil noen egenskaper alltid være irrelevante i prioriteringen av helsetiltak, uansett hvor mye velferd det kunne skape å ta hensyn til egenskapene. Det er som om alle individene har en vetorett mot visse ulikheter som alltid trumfer andre hensyn. I et slikt samfunn mener man at helsegoder bør fordeles kun etter helse, og at det er etisk uakseptabelt å bruke andre kriterier eller å bytte bort litt helse for mer velferd (Walzer 1984; Dworkin 2013).

Bare når ingen taper på det: Et annet perspektiv på bytteforholdet er at man vil akseptere noen ulikheter, men bare så lenge ingen taper på det. Dette kalles gjerne Pareto-prinsippet (Kaplou 2006). Et eksempel er når

samfunnsperspektivet fører til at inntektene øker så mye at alle kan få bedre helse- og omsorgstjenester. I realiteten vil det svært sjelden være tilfellet at ingen grupper taper på en prioritering. Pareto-prinsippet kan ansees som en tilstrekkelig betingelse for at en prioritering er riktig, men sier ingen ting om hvordan man kan veie tap mot gevinster. Det er dermed et svakt prinsipp, som ofte ikke vil kunne avgjøre hvilket alternativ som er best. At man likevel ofte viser til Pareto-prinsippet, skyldes den fordel at man ikke trenger å sammenligne størrelsen på fordeler og ulemper for ulike personer eller grupper.

Bare når alle kunne vinne: I dette perspektivet godtar man ulikheter så lenge gevinsten er stor nok til at de som taper på ulik behandling, kunne fått kompensasjon, slik at de fikk det bedre enn før. Ikke alle vil faktisk få kompensasjon i dette perspektivet, men så lenge ulikhetene skaper en gevinst som er større enn tapene, er det etisk akseptabelt. Dette kalles Kaldor-Hicks-kriteriet (Kaldor 1939), og selv om det godtar flere ulikheter enn Pareto-kriteriet i bytte mot en større kake, vil det fremdeles være flere tiltak som ikke godtas eller rangeres med dette kriteriet. I et gitt sett med mulige intervensjoner kan det være mange som forbedrer situasjonen samlet sett. For å avgjøre hvilken av disse man skal velge, kan man ha et enda mer generelt prinsipp.

All vekt på velferd: I dette perspektivet søker man å maksimere samfunnets totale velferd. Alle individene er like mye verdt i den forstand at én persons velferd ikke veier mer enn en annens, men man vil godta forskjellsbehandling så lenge samfunnet som helhet ender opp med høyere velferd. Dette kalles ofte utilitarisme, og man antar da at det som betyr noe for mennesker, er hvor høy nytte de oppnår, ikke bare helse (Bentham og Mill 2004). Det kan synes intuitivt at man skal gjøre dette, men litteraturen peker på at handlingsorienterte regler som utelukkende er basert på maksimering av samlet velferd, kan føre til absurde og uønskede situasjoner. Et klassisk eksempel er et tankeeksperiment der man hvert år trekker ut noen personer som ofres for at mange andre mennesker skal få det bedre (Harris 1975).

Når man har en skala fra det ene ytterpunktet (ingen toleranse for ulikheter) til det andre (ingen bekymring for ulikheter), blir spørsmålet hvor på denne skalaen samfunnet ønsker å plassere seg. Hvor man ønsker å plassere seg, kan også begrenses av hva man i praksis eller i teorien kan vite. Dersom man mener at man ikke kan sammenligne tap og gevinster hos ulike individer på en meningsfylt måte, blir man begrenset til Pareto. Om man mener man har gode metoder for å veie ulike individers helse, nytte og velferd mot hverandre, har man flere perspektiv å velge mellom. Filosofen John Rawls foreslår en interessant metode for å finne ut av dette.

Bare når «vi» ville valgt det: Grunnideen bak dette perspektivet er at ulikheter tillates bare i den grad de samsvarer med det vi ville valgt når vi ikke vet hvilken posisjon vi selv vil få i samfunnet (Rawls 1971). I en slik situasjon vet man ikke selv om man vil bli rik eller fattig, mann eller kvinne, syk eller frisk. Noen mener at man i en slik situasjon vil velge et system der man bare tillater ulikheter så lenge det gagnar de som får minst, og at det vil tillates svært få ulikheter ved

grunnleggende goder som helse. Andre mener at vi i en slik situasjon vil være villige til å godta noen ulikheter hvis velferdsgevinsten er stor.

Dette perspektivet kan være et godt rammeverk for vanskelige avveininger mellom hvilke ulikheter vi er villige til å akseptere for at mange kan få det bedre. Med et slikt perspektiv må man normalt også ta stilling til i hvilken grad man mener det er praktisk, teoretisk og etisk mulig å sammenligne ulike menneskers nyttetap og -gevinster.

Det rammeverket som ligger nærmest dagens alvorlighetskriterium, er rammeverket med såkalte *prioritarianske velferdstransformasjoner* (Adler og Norheim 2022). Et slikt rammeverk innebærer at man verdsetter helsegevinster høyere dersom de tilfaller verre stilte personer eller grupper, enn dersom de tilfaller bedre stilte personer eller grupper.

Alvorlighetsbegrepet har mange tolkninger, og det er ikke opplagt hva det vil si å ha «en alvorlig tilstand» dersom man endrer perspektiv. Det er også uklart om absolutt prognosetap er en definisjon av «alvorlighet» som fanger alle betydningene av alvorlighet (Solberg et al. 2023; Stenmarck et al. 2023).

Dagens alvorlighetskriterium legger vekt på det å være «verre stilt» som en markør for alvorlighetsgrad. «Verre stilt» tolkes som det å ha dårligere utsikter til mange gode leveår enn «folk flest».

Dersom man skal utføre en «fullstendig samfunnsøkonomisk analyse» i forbindelse med prioriteringer i helsevesenet, der idealet er å verdsette alle effekter i kroner, må det utredes hvordan et eventuelt «alvorlighetskriterium» kan innpasses teoretisk og teknisk som et verdihensyn på en best mulig måte.

6 Konsekvenser av ulike perspektiv

6.1 Konsekvenser for ressursbruk og pris på legemidler

Perspektiv og pris: en sammenheng

I dagens system vurderer man et nytt legemiddel ved å beregne kostnaden per vunnet gode leveår. Dersom denne kostnaden er lav nok, kan det fattes en beslutning om offentlig finansiering, i spesialisthelsetjenesten eller på blå resept, avhengig av hvor behandlingsansvaret ligger. Grensen for hvor mye myndighetene er villige til å betale per vunnet gode leveår, avhenger av sykdommens alvorlighet. Legemiddelselskapene har til en viss grad kjennskap til disse terskelverdiene, og dermed hvor grensen for maksimal mulig pris ligger.

Hvis man har en terskel for når man aksepterer et nytt legemiddel, betyr det at selskapene har et insentiv til å sette prisen opp mot det maksimale av det de kan få. I den grad det er mulig (hvis det ikke finnes konkurrerende legemidler å ta hensyn til), setter man derfor prisen slik at kostnaden for hvert gode leveår til slutt ender omtrent på terskelen av det myndighetene er villige til å betale. Det er denne sammenheng som gjør at valg av perspektiv kan påvirke prisen på legemiddelet.

Når man endrer perspektiv, vil man i dagens system ta med elementer i analysen som gjør at den beregnede kostnaden per vunnet kvalitetsjustert leveår endres, og legemiddelprodusentene kan noen ganger øke prisen og fremdeles komme under terskelen. Anta for eksempel at et nytt legemiddel kan tas hjemme og man ikke trenger å reise til sykehuset for å få infusjon. Det nye legemiddelet har den samme effekten på kvalitetsjusterte leveår, og hvis perspektivet ikke inkluderer reisekostnader, vil det ikke være noen endringer i kostnad per spart leveår.

Hvis perspektivet tillater at reduserte reisekostnader skal telle med i analysen, må dette operasjonaliseres. I dag gjør man dette ved at de reduserte reiseutgiftene trekkes fra de andre kostnadene til intervensjonen, noe som er enkelt fordi begge måles i kroner og øre. Det fører til at når man bruker et perspektiv der reisekostnader er relevante, vil det endre prisen per vunnet godt leveår. Når man tar med den reduserte reisekostnaden, vil den beregnede kostnaden per vunnet leveår først synke, men det betyr at det er mulig å øke prisen på legemiddelet og fremdeles være under terskelen for å få legemiddelet akseptert. En profittmaksimerende legemiddelprodusent vil derfor sette opp prisen slik at man igjen er på terskelen for hva som er akseptabel pris, når perspektivet tillater at man kan ta med reisekostnader.

Det samme gjelder generelt. Ulike perspektiv gjør at man kan ta med nye elementer i analysen. Det kan påvirke helsegevinsten (for eksempel hvis man tar med endringer i pårørendes helse), eller det kan være effekter som måles i kroner og øre (som endringer i arbeidsdeltagelse) og dermed operasjonaliseres som et fratrekk i kostnaden. Begge typer endringer vil gjøre at kostnaden for hvert gode leveår endres slik at man kan justere prisen og fremdeles holde seg under terskelen. Ethvert element som inkluderes, operasjonaliseres (som oftest ved at man endrer kostnader) og vektlegges, kan påvirke prisen.

Dette vil i sin tur påvirke hvor store offentlige ressurser som brukes på legemidler. Når prisene øker som følge av at man tar med nye elementer fra nye perspektiv, og man har myke budsjetttrammer og en beslutningsregel som tilsier at man gir refusjon når legemiddelet er under en terskel, vil økte priser føre til en økning i offentlige utgifter til legemidler.

Økt ressursbruk er i seg selv ikke en negativ konsekvens. Det er en ønsket effekt av samfunnsperspektivet at legemidler med stor samfunnsnytte skal innføres. Det er heller ikke tilfellet at samfunnsperspektivet alltid reduserer kostnadene for hvert vunnet leveår på en måte som gir rom for prisøkning. Et samfunnsperspektiv kan også føre til at man inkluderer nye kostnadselementer som reduserer nytten sammenlignet med kostnadene.

Det er i praksis generelt minst to forhold som gjør at man kan få uønskede konsekvenser. Det ene er størrelsen på prisøkningen og økt ressursbruk. Det andre er en vridningseffekt som oppstår fordi økt ressursbruk i én sektor må dekkes av kutt i en annen sektor, eller ressurser må omplasseres innad i helse- og omsorgssektoren. Vi vil her vurdere begge disse forholdene med teori og empiri.

Spiser endogen prissetting opp gevinsten?

For det første kan man i praksis risikere at prisene på legemidler stiger så mye at det spiser opp store deler av gevinsten. Et eksempel kan gjøre dette klarere. I et vanlig fritt marked med konkurranse vil en vare normalt sett ha en lavere pris enn nytten. Når en person kjøper en vare for 25 kroner, betyr det at den verdsettes til minst 25 kroner. Noen ville også vært villige til å betale 30 kroner for varen, men konkurransen gjør at prisen holdes nede, og de får den for 25 kroner. Nyttien er større enn kostnaden, og man får et overskudd av handelen – også kalt konsumentoverskuddet.

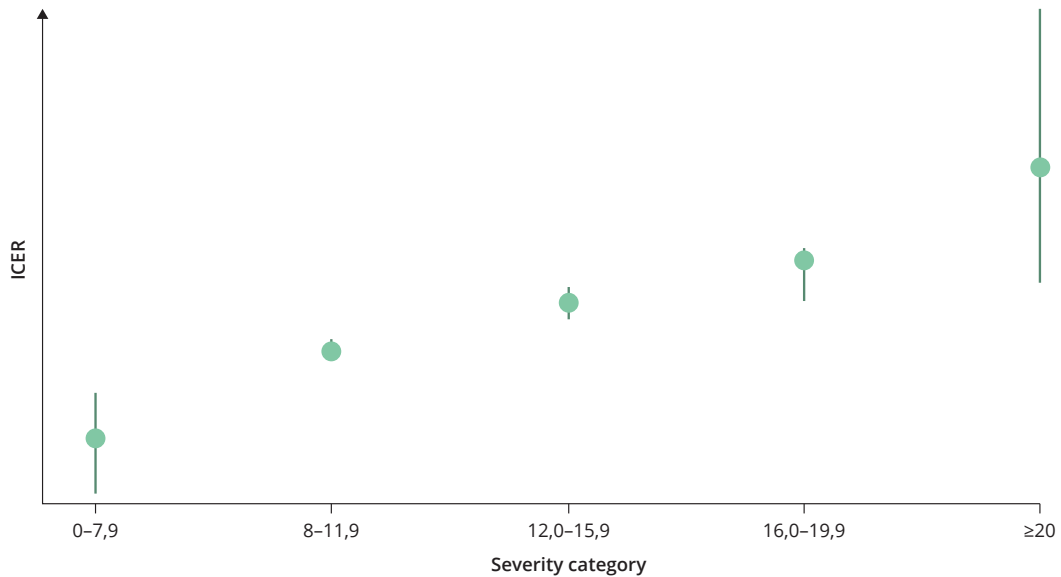
Prisen på mange legemidler settes imidlertid ikke i et fritt marked, men ved forhandlinger mellom industrien og myndighetene. I noen tilfeller vil det være konkurranse og muligheter for å regulere pris (gjennom anbud og referansepriser), mens i andre tilfeller har selskapene få konkurrenter og stor forhandlingsmakt. Det er også en situasjon kjennetegnet av asymmetrisk informasjon. Industrien har innsikt i hvilken nytteberegning som ligger til grunn for myndighetenes etterspørsel, men myndighetene vet ikke kostnaden av å tilby legemiddelet.

Dersom samfunnsperspektivet gjør at den beregnede kostnaden for hvert gode leveår endres, kan industrien også endre prisene i forhandlingene. Hvis myndighetene har en kjent beslutningsregel der man innfører legemidler så lenge kostnaden for hvert gode leveår er under en terskelverdi, vil prisen settes opp til det maksimale som myndighetene er villige til å betale. Konkurransemekanismen holder ikke igjen prisen, og perspektivendringen vil føre til en tilsvarende prisøkning: Prisen spiser opp gevinsten, og myndighetene sitter ikke igjen med et konsumentoverskudd.

Fra et samfunnsperspektiv representerer den økte prisen en omfordeling mellom forhandlingspartene. Produsentene tjener det myndighetene taper. En slik omfordeling er ikke i samsvar med beslutningstagerens hensikt med å bruke et samfunnsperspektiv i helseprioriteringene og representerer en negativ konsekvens. Om den oppstår, og i hvor stor grad, vil avhenge av metoden for å fastsette prisen på legemidler.

De erfaringene man har fra dagens system, antyder, som teorien tilsier, at produsentene får høyere pris når den beregnede nytten og alvorligheten øker. Både terskelverdier og endelige innkjøpspriser er ikke offentlige, og det er derfor vanskelig å trekke sikre konklusjoner. Men gjentatte forhandlinger over tid vil avsløre informasjon om myndighetenes etterspørsel.

Det er gjennomført en studie av Tranvåg mfl. (Tranvåg et al. 2022), som analyserte 83 beslutninger om legemiddelinnkjøp mellom 2014 og 2019 med estimert IKER etter prisforhandlinger, alvorlighet og betalingsterskler i et utvalg av konfidensielle forhandlinger mellom industrien og legemiddelverket. Studien finner en sammenheng mellom økende alvorlighet og den oppnådde prisen, noe som tyder på at dersom man har tilgang på fullstendig data om alle forhandlinger, vil man kunne estimere myndighetenes terskelverdier i etterspørselen etter legemidler og dermed tilby den prisen som tilsvarer makspris.



Figur 6.1 IKER ved ulike alvorlighetsgrader (Tranvåg et al. 2022)

Tabell 6.1 Forholdet mellom absolutt prognosetap og øvre betalingsvillighet for et godt leveår slik det er presentert i «På ramme alvor – Alvorlighet og prioritering» (Magnussen et al. 2015)

Gruppe	1	2	3	4	5	6
Absolutt prognosetap	0-3,9	4-7,9	8-11,9	12-15,9	16-19,9	20+
Vekt	1	1,4	1,80	2,2	2,6	3
Øvre grense (1000 kr) for betalingsvillighet per godt leveår	275	385	495	605	715	825

Den empiriske studien av priser og alvorlighet viser at myndighetene navigerer etter en beslutningsregel der betalingsvilligheten øker med sykdommens alvorlighet. Det er ikke det eneste elementet, men det ser ut til å påvirke beslutningene. Hvilke terskler som foreligger for ulike alvorlighetsgrader, er unntatt offentligheten, men ved kjennskap til mange beslutninger vil det være mulig å estimere omtrentlige terskelverdier. I tillegg kan produsentene i forhandlingssammenheng gå ned i pris i en enkeltsak for å identifisere hvor terskelverdien ligger. Her vil det selvfølgelig være noe variasjon, både fordi grensene ikke er absolutte, fordi det brukes flere metoder for prissetting (anbud, referansepris), og fordi det er ulik grad av konkurranse fra andre legemidler.

Basert på teori og empiri er det samlet sett grunn til å tro at hvis man bruker et perspektiv der den beregnede kostnaden for hvert gode leveår endres, uten at man justerer terskelverdiene eller systemet for prisfastsetting, vil dette føre til at prisen på noen legemidler stiger, og at man vil bruke flere ressurser på

legemidler. Produsentene vil hvis mulig forsøke å sette prisen slik at IKER-en for tiltaket samlet sett når, men ikke overstiger den maksimale terskelverdien som produsenten kan oppnå. Når kriteriene inkluderer en ny gevinst, kan de øke prisen. Motsatt er det slik at når kriteriene endres slik at kostnadene stiger, og alt annet er likt, vil prisene kunne falle.

6.2 Vridningseffekter og alternativkostnad

I tillegg til å påvirke innkjøpsprisen på legemidler vil endringen til et samfunnsperspektiv gi vridninger mellom ulike aktiviteter innad i helsevesenet. Noen behandlinger som kun er kostnadseffektive i et utvidet helsetjenesteperspektiv, vil bli nedprioritert til fordel for behandlinger som kun er kostnadseffektive i et samfunnsperspektiv. Dette er en ønsket omfordeling hvis befolkningen ønsker å innrette den offentlige helse- og omsorgstjenesten etter samfunnsperspektivet.

Det kan oppstå et problem om innføringen av et samfunnsperspektiv i størst grad påvirker beslutninger om privatproduserte medisinske produkter (nye legemidler, medisinsk utstyr osv.) og ikke de samlede beslutningene i hele tjenesten sett under et gitt budsjett. Hvis kun legemiddelområdet blir påvirket av et endret perspektiv, vil det skape en uheldig ubalanse mellom ressurser til legemidler og ressurser til andre tiltak i spesialisthelsetjenesten. Problemet oppstår fordi man i praksis ikke foretar en helhetlig vurdering der man bruker de samme vurderingene for alle typer beslutninger. Endring av perspektiv kan virke mot sin hensikt om tjenesten ikke er konsistent.

På legemiddelområdet har man i stor grad en formalisert beslutningsprosess der man veier nytte og kostnad og tar i bruk legemiddelet dersom kostnaden for hvert gode leveår er under en terskel. I denne prosessen brukes helseøkonomiske analyser som et direkte beslutningsverktøy. På mange andre områder vurderer man også nytte og kostnad, men både metode og beslutningsprosess er ulik den man har ved legemidler og visse nye intervensjoner. For eksempel vil beslutninger om kapasitet og antall ansatte på ulike avdelinger ha stor betydning for hvor stor prioritet ulike pasientgrupper gis. Slike vurderinger gjøres i budsjettprosesser og på en annen måte enn ved innføring av legemidler og andre tiltak.

I praksis betyr dette at man i spesialisthelsetjenesten har to områder med et felles budsjett, men ulike beslutningsprosesser. Det ene området har en mer formell og terskelbasert beslutningsregel om når intervensjonen skal innføres. Hvis man velger et nytt perspektiv der nytten på intervensjonene øker, vil man si ja til flere og dyrere intervensjoner på det området der man har en formalisert prosess med en gitt terskel for å si ja. Den tapende sektoren er den som ikke har en tilsvarende formalisert prosess. Denne ubalansen er problematisk fordi man kan ende opp med å si ja til nye intervensjoner, som gjør at man må kutte ned på andre som faktisk ga mer netto nytte enn det nye som innføres, altså en samlet

forverring. I hvor stor grad dette faktisk skjer, vil avhenge av hvor man har satt terskelen. Hvis terskelen ikke reflekterer den reelle alternativkostnaden, kan man også ha det motsatte problemet: Man lar være å innføre et legemiddel som burde ha vært innført.

Det praktiske problemet er ikke bare knyttet til balansen mellom ulike områder i helsevesenet. Når man innfører en ny metode, vil det skape et skille mellom de vurderingene som ble gjort før en ny metode ble innført, og de vurderingene som ble gjort etterpå. I et system der man vurderer nye intervensjoner når de kommer, uten å vurdere dem like helhetlig som ved eldre avgjørelser som ble tatt med et annet system, kan man bli sittende med en portefølje som ikke er i samsvar med det man ville valgt med det nye perspektivet. Problemet er her det sekvensielle systemet som gjør at man ikke vurderer alle tiltakene samlet. Det teoretisk korrekte med et fast budsjett ville være å bare si ja til noe dersom det samlet sett ga mer enn det man må gi opp når man tar inn noe nytt. I praksis er det umulig å foreta nyvurderinger av alt hele tiden, men det er mulig å åpne mer for nyvurderinger og prisendringer og forsøke å finne en terskel som i så stor grad som mulig samsvarer med verdien på det man må kaste ut når man sier ja til noe annet (alternativkostnaden).

6.3 Konsekvenser for noen ulike grupper

Et vanlig argument mot samfunnsperspektivet er at det over tid kan føre til en dreining mot tiltak for de som allerede har mye: Tiltak rettet mot pasientgrupper som i hovedsak er i arbeidsfør alder prioriteres fremfor tiltak rettet mot pasientgrupper med pensjonister og arbeidsledige. For å vurdere dette argumentet må vi vite mer om hvilke grupper som ofte blir berørt, og hvor mye de blir berørt.

6.3.1 Sykdomsgrupper

I litteraturen om produksjonstap er det mange studier der man prøver å beregne hvilke grupper som har det største tapet. Disse studiene brukes ofte av andre som en indikasjon på hvilke sykdommer og grupper som vil bli prioritert opp dersom man bruker et samfunnsperspektiv. Fordi dette er så vanlig, kan det være nyttig å vurdere relevansen av slike studier.

I en stor norsk studie ble produksjonstapet knyttet til sykdom beregnet til over 350 milliarder kroner årlig, og de sykdomsgruppene som hadde det største tapet, var psykiske lidelser og rusmisbruk (33 prosent), muskel- og skjelettlidelser (25 prosent) og nevrologiske lidelser (7 prosent) (Kinge et al. 2023). Studien er beskrivende og trekker ikke slutninger om hvilke typer intervensjoner man bør prioritere, men konkluderer med følgende:

«The inclusion of production losses in health care priority debates in Norway could result in an emphasis on chronic diseases that occur among younger

populations at the expense of fatal diseases among older age groups.»
(Kinge et al. 2023)

En intervensjon vil sjelden føre til en gevinst som er like stor som den maksimalt mulige; nye legemidler mot migrene kan føre til en reduksjon i sykedager og uførhet, men mange vil fortsatt ha redusert arbeidsdeltagelse. Man bør derfor ikke tolke tall på totale samfunnskostnader som en form for gevinst man kan hente ved å bruke et samfunnsperspektiv.

Det er også usikkert om de samme gruppene vil bli prioritert opp og ned når man ser på endringer etter en intervensjon. En gruppe kan ha et høyt produksjonstap samtidig som det er svært vanskelig å endre det. En annen gruppe med et mindre absolutt tap kan ha intervensjoner som lettere endrer produksjonstapet. I stedet for studier av sykdomsbyrden må man ha informasjon om hvilke tiltak som kan ventes å ha størst effekt på produksjon med så lite ressurser som mulig. Det er få slike studier, spesielt på norske data, blant annet fordi informasjon om produksjonsvirkninger ikke kreves når man søker om refusjon for nye medisinske produkter. Vi har derfor liten oversikt over hvilke konkrete tiltak som vil bli mest berørt av at vi inkluderer produksjonsgevinster.

På et mer generelt grunnlag ville noen mene at å inkludere produksjonsgevinster vil favorisere tiltak som gagnar «de som er i arbeid», men også her er det viktige nyanser som bør trekkes frem.

6.3.2 Prioriterer samfunnsperspektivet «de som er i arbeid»?

Tiltak som ofte antas å få høyere prioritet med et samfunnsperspektiv, er tiltak rettet mot pasientgrupper som i hovedsak er i arbeid. Argumentet om at samfunnsperspektivet favoriserer de som er i arbeid, bygger på en antagelse om hvilke elementer som inkluderes i samfunnsperspektivet, og hvem som får størst effekt. Som vist i kapittel 3 rommer samfunnsperspektivet mer enn lønnet arbeid. Besteforeldre som tar vare på barn i en sommerferie, eller en ektefelle som hjelper sin partner med demens, får ikke lønn, men det betyr ikke at de er uproduktive. Dette er elementer som også tas med i et helhetlig samfunnsperspektiv, og som nyanserer argumentet om at samfunnsperspektivet bare gagnar de som er i jobb.

Argumentet nyanseres videre når man ser på hvilke grupper som trolig vil prioriteres høyere dersom man bruker et samfunnsperspektiv. En spesielt relevant gruppe er «de som nå ikke er i arbeid, men som kunne vært i arbeid». For eksempel viste en studie av MS-pasienter at over halvparten ikke var i lønnet arbeid 19 år etter diagnosen (Bøe Lunde et al. 2014). Når man vurderer nye legemidler, vil samfunnsperspektivet også inkludere i hvor stor grad tiltaket eventuelt hindrer eller utsetter uførhet. Det samme gjelder personer med kronisk betennelse i tarmen (ulcerøs kolitt og Crohns sykdom). Et samfunnsperspektiv som inkluderer produksjonsvirkninger, vil trolig gi prioritet til tiltak hvor pasientgruppen er unge personer med visse kroniske sykdommer,

men ikke tiltak hvor pasientgruppen er personer med kroniske diagnoser som gjør at arbeidsevnen ikke kan gjenopprettes.

En tredje nyanse er at et samfunnsperspektiv trolig vil påvirke de som er i faresonen – ikke bare «de som er i jobb», og «de som kunne vært i jobb», men også «de som er i ferd med å falle ut av jobb».

Til sist er det mange tiltak som innføres på gruppenivå, og det betyr at det vil bli tilgjengelig for både de som er i jobb, og de som ikke er i jobb. Et samfunnsperspektiv som inkluderer produksjonsgevinster, vil da prioritere tiltak som hjelper yrkesaktive grupper, men det vil bli tilgjengelig for alle – uansett om de er i jobb eller ikke (innad i den aktuelle pasientgruppen som tiltaket er besluttet innført for).

Selv om tiltaket tilbys alle, kan det å ta med produksjonsgevinster fremdeles føre til en form for ulikhet. Det er ikke diskriminering på individnivå, men på gruppenivå. Intervensjoner mot sykdommer som er like på alle de andre kriteriene (alvorlighet, helsegevinst og ressursbruk), vil få en ekstra prioritet hvis de rammer en gruppe med produksjonsgevinster. Det etiske problemet blir noe mer nyansert når det ikke foregår en diskriminering på individnivå, men det vil i begge tilfeller være en avveining mellom ønsket om likhet og andre hensyn.

6.4 Konsekvenser for bemanning

Helsepersonellkommisjonen har beskrevet betydelige bemanningsutfordringer for helse- og omsorgstjenesten i Norge. Disse utfordringene gjør det viktig å se på konsekvensene av helsetjenesteperspektivet og samfunnsperspektivet på bemanning.

Når man ser på hvilke konsekvenser ulike perspektiv har for bemanning, er det nyttig å skille mellom konsekvenser på kort og lang sikt. Det er videre nyttig å skille mellom bemanningsrelaterte konsekvenser som allerede er inkludert i analysene, og mer prinsipielle skiller der perspektivet er avgjørende for om og hvordan man skal ta med bemanningskonsekvenser.

For eksempel vil det å innføre et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft øke etterspørselen etter leger som er spesialisert i gastroenterologi. Dersom det er mangel på slike leger, vil innføringen gå ut over andre grupper, for eksempel vil den øke ventetiden på tarmundersøkelser for personer som kan ha inflammatoriske tarmsykdommer, og i realiteten føre til en nedprioritering av disse. På lang sikt vil man kunne få flere spesialister, men den midlertidige mangelen på bemanning og kostnaden dette skaper, bør inkluderes i analysen.

I tillegg til den midlertidige mangelen er det en mulig langsiktig utfordring dersom det ikke er ønskelig eller bærekraftig at bemanningen i helse- og omsorgssektoren vokser betydelig. Dette er et spørsmål om politiske prioriteringer. Det er naturlig at helse- og omsorgssektoren vokser når samfunnet både blir rikere og får flere eldre. Ekspertgruppens utgangspunkt

er derfor ikke en grense for hvor mange som kan arbeide i helse- og omsorgssektoren, eller en regel om at man ikke skal innføre tiltak som øker bemanningen i helsevesenet. En slik grense ville fungere som et bemanningsrelatert prioriteringskriterium og kunne hindre samfunnsnyttige tiltak. I stedet ønsker ekspertgruppen å utforske i hvor stor grad kostnader knyttet til bemanningsproblemer kan håndteres med de eksisterende prioriteringskriteriene, og foreslå endringer der man ser mulige svakheter.

Dagens utvidede helsetjenesteperspektiv skal i prinsippet inkludere flere viktige bemanningskonsekvenser. Når man regner på kostnadene ved en intervensjon, inkluderes lønn og andre utgifter til bemanning. En intervensjon som krever økt bemanning, vil dermed også få økte bemanningskostnader og lavere prioritet.

Videre sier retningslinjene at analysen skal inkludere endringer i andre bemanningskostnader i spesialisthelsetjenesten og noen konsekvenser for andre sektorer. Når man for eksempel sammenligner en ny intervensjon der pasientene selv kan sette en sprøyte, med en alternativ behandling med infusjon som krever oppmøte på sykehus og tilgjengelig helsepersonell, vil de sparte kostnadene til bemanning være inkludert i analysen. Det samme gjelder intervensjoner som påvirker behov for personell og plass på sykehjem. Hvis et nytt legemiddel mot demens reduserer behov for sykehjems plass, vil en korrekt analyse med det utvidede helsetjenesteperspektivet reflektere dette.

At eksisterende analyser i prinsippet kan ta hensyn til mange bemanningskonsekvenser, betyr ikke at systemet er uten forbedringsmuligheter. I praksis har analysene ofte lagt vekt på lokale effekter og antatt at bemanningsendringer som følger av et enkelt tiltak, er så små og få at det har liten påvirkning på mangel på personell, lønnsbetingelser og behandling for andre grupper. Dette kan skape et mange-bekker-små-problem i den forstand at vurderingen av hvert enkelt tiltak tar utgangspunkt i en kostnadsberegning som antar at helheten ikke endres nevneverdig, mens tiltakene samlet vil ha konsekvenser for etterspørselen etter visse grupper og for lønnen til disse gruppene.

6.4.1 Samfunnsperspektivet

Et samfunnsperspektiv skal i prinsippet ta med seg et bredere sett med konsekvenser for bemanning enn helsetjenesteperspektivet, både på tilbudssiden og på etterspørselssiden. Et konkret eksempel er når det er knapphet på en vaksine og man må vurdere om man skal prioritere å gi vaksinen til helsepersonell fremfor andre grupper. Hvis man bruker et samfunnsperspektiv på slike vurderinger, vil man legge betydelig vekt på konsekvenser relatert til bemanning og kostnader som følge av redusert kapasitet. I et slikt perspektiv vil helsepersonell bli høyt prioritert i en vaksinekø. En streng versjon av helsetjenesteperspektivet vil ikke gjøre dette, fordi arbeidsstatus og fremtidige produksjonsgevinster er moralsk irrelevante for fordelingen av helsegoder.

Samfunnsperspektivet vil også mer generelt legge vekt på konsekvenser for bemanning, ikke bare i helse- og omsorgssektoren, men i samfunnet som helhet.

6.4.2 Felles problemer

Et samfunnsperspektiv og et helsetjenesteperspektiv vektlegger ulike faktorer, men de praktiske problemene er i stor grad felles for begge perspektivene: Analysene som gjøres, tar sjelden hensyn til bemanningsmangler og påfølgende vridningseffekter. I stedet ser analysen på lokale konsekvenser, og bemanning tas med som en timebasert kostnad for ulike intervensjoner. Den timebaserte kostnaden reflekterer nåværende kostnad, men ikke den kostnaden som vil oppstå dersom mange enkelttiltak gjennomføres og det oppstår lønnspress, bruk av overtid og lignende.

Et praktisk tiltak vil være å inkludere en egen analyse av bemanningskonsekvenser og vridningseffekter i de tilfeller der det er grunn til å anta at disse er betydelige. Dette vil spesielt gjelde store tiltak på områder der det er stor mangel på kvalifisert personell (se Boks 6.1). Analysen bør utføres både når det er positive konsekvenser, og når det er negative konsekvenser. Et tiltak kan også redusere bruken av mangelpersonell og dermed vurderes ekstra positivt fordi det har positive ringvirkninger.

Boks 6.1 Konsekvens for særlig knappe ressurser i evaluering av livmorhalsprogrammet

Denne boksen viser hvordan en rådgivende gruppe for det norske screeningprogrammet for livmorhalskreft kombinerte informasjon om helseeffekter, ressursbruk (kostnadseffektivitet) og kapasitetsbegrensninger i sin beslutningsprosess.

Algoritmegruppen, som gir råd til det norske screeningprogrammet for livmorhalskreft, skulle nylig anbefale en ny metode for å håndtere kvinner med positive HPV-tester (HPV = humant papillomavirus). Dette er viktig fordi hver screeningmetode innebærer avveininger mellom helseeffekter, kostnader og hvor mye helsesystemet kan håndtere.

Gruppen måtte ta hensyn til tilgjengelige ressurser som antall leger og laboratoriekapasitet. Det var allerede begrenset med utstyr og personell til å gjennomføre diagnostiske tester som kolposkopi (en undersøkelse av skjeden og livmørtappen ved hjelp av et spesielt mikroskop) og gjøre patologiske vurderinger. Derfor fant gruppen ut at en ny screeningalgoritme som krevde mer av disse ressursene, ville være vanskelig å gjennomføre.

For å ta en avgjørelse brukte de både direkte data om ventet bruk av kolposkopi og en simuleringsmodell som kalles «Harvards sykdomssimuleringsmodell». Denne modellen ser på både helseeffektene, kostnadene (kostnadseffektivitet) og kapasiteten til å gjennomføre ulike screeningmetoder på lang sikt. Gruppen analyserte 35 ulike måter å organisere screeningen på og fant de mest lovende med hensyn til kostnadseffektivitet. I tillegg fant de ut hvordan de ulike metodene ville påvirke behov for kolposkopører og patologer. For en av de mest aktuelle strategiene estimerte modellen at behovet for koloskopi og patologiske vurderinger ville øke med rundt 10,4–18,8 prosent. De vurderte at dette var for mye for systemet å håndtere. Derfor anbefalte gruppen noen andre strategier som hadde lignende helsefordeler, men som ikke ville overbelaste systemet på samme måte.

På den måten kunne de balansere fordelene med å oppdage kreft tidlig med hensynet til de tilgjengelige ressursene i helsesystemet.

Kilder: (Portnoy et al. 2023) (Kreftregisteret 2024)

Når det gjelder mindre prosjekter, er det fremdeles et praktisk problem at man ikke ser på konsekvensene for bemanning samlet. Man kan risikere å innføre mange enkelttiltak som samlet sett skaper en mangelsituasjon. Et mulig tiltak vil da være å verdsette bemanning noe høyere enn man gjør i dagens analyse. Når man vurderer ulike intervensjoner, vil man da gi et påslag som gir en viss favorisering til de som ikke krever mye bemanning, men man bruker ingen

absolutt regel som tilsier at man ikke skal øke bemanningen. Det vil føre til en situasjon som gjør at man over tid reduserer problemet med at analysen ikke tar godt nok hensyn til manglende bemanning, og det vil gi en dytt i retning av tiltak som er mindre arbeidsintensive.

Et godt eksempel på utviklingen man kan stimulere ved hjelp av slike insentiver, er behandling av revmatologiske sykdommer. Før i tiden fikk pasientene behandling på sykehus, senere gikk man over til poliklinisk behandling med infusjonslegemidler, og i våre dager kan mange pasienter sette sprøyter eller ta legemidler på egen hånd. En slik utvikling har man sett på mange områder, og en endring av verdsettingen av bemanning vil gi insentiver til å akselerere slike prosesser, redusere problemene med bemanning og stimulere til bruk av teknologi.

På den andre siden er det en svakhet med et slik påslag at man ikke har god informasjon om hvor stort påslaget bør være. Vi kjenner ikke grensekostnaden for bemanning av ulike typer. Man vet at den vil ligge over gjennomsnittskostnaden når det mangler kvalifisert personell, fordi man da må bruke innleie eller overtid eller kutte ned på andre verdifulle aktiviteter, men vi vet ikke hvor mye.

6.5 Konsekvenser for utredningsressurser

En endring av perspektivet i analysene som skal legges til grunn for prioriteringer, vil kunne påvirke ressursbruken hos aktører som utarbeider og evaluerer disse analysene. Innføring av et samfunnsperspektiv, helt eller delvis, vil føre til at nye elementer skal inkluderes i analysene sammenlignet med dagens utvidede helsetjenesteperspektiv, og det vil kreve ressurser å vurdere disse elementene.

Ressursene til utredning av slike analyser er begrenset. Til og med 2023 har Statens legemiddelverk hatt ansvar for metodevurderinger av legemidler finansiert av folketrygden og i Nye metoder, mens FHI har hatt ansvar for fullstendige metodevurderinger og metodevurderinger av ikke-legemidler. Statens legemiddelverk ble til Direktoratet for medisinske produkter (DMP) 1. januar 2024, og ansvaret for metodevurderinger er endret slik at DMP gjennomfører alle typer metodevurderinger av legemidler og medisinsk utstyr, mens FHI gjennomfører metodevurderinger av prosedyrer.

DMP har gitt tilbakemelding til ekspertgruppen om at ressurs- og tidsbruk som er forbundet med metodevurdering, vil øke ved et samfunnsperspektiv. De angir at dette blant annet vil skyldes at det vil være flere parametere som skal valideres, vurderes og kvantifiseres.

Denne økte ressursbruken knyttet til et samfunnsperspektiv vil være like stor dersom analysen med samfunnsperspektiv kun skal benyttes som en tilleggsanalyse.

Det er også relevant å se på ressursbruken forbundet med å utarbeide saksgrunnlag i kommunens helse- og omsorgstjeneste, og det er relevant å se på om endret perspektiv vil påvirke ressursbruken til utredning i denne sektoren. Det er imidlertid ikke like lett å innhente informasjon om denne ressursbruken, siden dette er spredt utover alle landets kommuner. I tillegg er det som nevnt i 4.1.1 heller ikke kjent i hvilket omfang slike kostnadseffektivitetsanalyser gjøres i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Sannsynligvis er omfanget mye mindre enn i spesialisthelsetjenesten. Å endre anbefalt perspektiv i prioriteringer vil derfor trolig ikke få den samme effekten med økte utredningsressurser som i spesialisthelsetjenesten, med mindre det også gjøres endringer som fører til at det utarbeides flere slike analyser i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Det vil imidlertid være rimelig å anta at dersom analyseperspektivet utvides helt eller delvis til et samfunnsperspektiv, vil dette kreve mer utredningsressurser per kostnadseffektivitetsanalyse, både i spesialisthelsetjenesten, i kommunens helse- og omsorgstjeneste og i folketrygden. Det samme vil gjelde dersom analysen med et utvidet perspektiv kun skal benyttes som en tilleggsanalyse.

6.6 Tidligere erfaringer med et samfunnsperspektiv i Norge

Mellom 2004 og 2015 hadde man et system der det var mulig å legge ved en tilleggsanalyse med elementer fra samfunnsperspektivet i analysene som lå til grunn for offentlig finansiering av legemidler i Norge. For å få kunnskap om hvor ofte et slikt perspektiv var relevant, og hva slags konsekvens det fikk, ble utfallet av sakene kartlagt for de aktuelle årene. Utvalget er de sakene som var tilgjengelig på nett i arkivene til SLV.

Tabell 6.2 viser at en tilleggsanalyse ble levert i 15 prosent av sakene. Når man går nærmere inn og analyserer innholdet i hver sak, viser det seg at mange av disse sakene handlet om reisekostnader. I noen saker handlet det imidlertid om produktivitetstjenester, og da ble det en betydelig forskjell på analysene med og uten et samfunnsperspektiv (se Tabell 6.3). Da man tok med redusert sykefravær, skjedde det en endring i kostnaden for hvert gode leveår ved behandling med Entyvio (mot inflammatorisk tarmsykdom): Kostnaden endret seg fra 780 000 kroner til 260 000. Ved diabetesmedisinen Victoza var endringen mindre, fra 249 000 til 159 000 kroner per vunnet godt leveår (QALY-er).

Analysen av tallene viser også at blant de sakene der det ble levert en tilleggsanalyse, var det 84 prosent som fikk beslutning om offentlig finansiering, mens det var noe lavere for de som ikke hadde tilleggsanalyse (62 prosent). Dette antyder at et samfunnsperspektiv kan ha stor betydning for analysen av sparte kostnader (og at det dermed kan ha en prisdrivende effekt hvis man ikke treffer avbøtende tiltak). Det ser også ut til at tilleggsanalysen var mer unntaket enn regelen.

Tabell 6.2 Metodevurderinger hos SLV i perioden 2004–2015

År	Antall metodevurderinger	Kun helseperspektiv	Samfunns- perspektiv inkludert (antall)	Samfunns- perspektiv inkludert
2004	3	3	0	
2005	9	8	1	11 %
2006	9	7	2	22 %
2007	7	6	1	14 %
2008	12	10	2	17 %
2009	16	13	3	19 %
2010	13	13	0	0 %
2011	15	14	1	7 %
2012	20	15	5	25 %
2013	15	13	2	13 %
2014	20	16	4	20 %
2015	21	15	4	19 %
Samlet	160	133	25	15 %

Tabell 6.3 Resultat fra to metodevurderinger i kostnad per vunnet QALY (IKER)

Analyse	Helsetjeneste- perspektiv	Samfunns- perspektiv	Differanse
Victoza (diabetes type 2), 2011	249 653	159 004	90 649
Entyvio (ulcerøs kolitt), 2015	780 000	260 000	520 000

7 Ulikheter i systemene for prioritering innenfor folketrygdområdet og i spesialisthelsetjenesten

Som beskrevet i 4.1 har ulike tiltak i helse- og omsorgstjenesten mange ulike veier frem til beslutning om offentlig finansiering. Selv om tiltakene i prinsippet skal vurderes etter de samme kriteriene, kan de ulike veiene skape ulikheter i praksis. Et mulig eksempel på dette er tilgangen til legemidler. Hvis et legemiddel skal brukes i forbindelse med oppstart eller behandling på sykehuset, er det lederne i de regionale helseforetakene (Beslutningsforum) som tar avgjørelsen om å innføre legemiddelet. Dette gjelder for eksempel nye legemidler mot ulike kreftformer. Hvis et legemiddel skal forskrives av fastleger og andre på blå resept, er det DMP som bestemmer om legemiddelet skal få offentlig refusjon, så lenge de samlede kostnadene ligger under 100 millioner årlig (fullmaktsgrensen). Hvis kostnadene ligger over 100 millioner kroner, er det Stortinget som skal avgjøre om det skal gis refusjon. I tillegg til disse tre beslutningstagerne er det ulike unntaksordninger som gjør at et legemiddel kan brukes og refunderes. Fagdirektørene i helseforetakene kan bestemme at et legemiddel skal brukes midlertidig før Beslutningsforum har behandlet saken. Leger kan på vegne av pasienten søke Helfo om stønad til legemidler som ikke dekkes av blåreseptforskriften § 2.

Selv om de tre ulike beslutningstagerne (DMP, Stortinget og Beslutningsforum) får vurdert legemiddelet med samme metodikk og av samme institusjon (DMP), kan praksisen for skjønnsmessige vurderinger i beslutningssammenheng være ulik mellom de tre institusjonene. Det kan føre til at relativt like legemidler vurderes ulikt avhengig av hvilket organ som tar beslutningen. For eksempel kan sykdommer med sterke pasientorganisasjoner lettere påvirke beslutninger når det er stort rom for skjønn i beslutningen.

7.1 Fullmaktsgrensen

En praktisk konsekvens av at man har ulike beslutningstagere, er at noen grupper kan få raskere tilgang til legemidler enn andre. Legemidler på blå resept som antas å koste mer enn 100 millioner i ett av de fem første årene det blir innført, krever behandling i Stortinget. Begrunnelsen for å gi Statens legemiddelverk fullmakt var å unngå at Stortinget måtte involveres i alle saker, samtidig som behovet for kostnadskontroll skulle ivaretas. Fullmaktsgrensen gjør at legemidler med lave til moderate budsjettkonsekvenser raskt kan tas i bruk

dersom de oppfyller kriteriene for forhåndsgodkjent refusjon, mens legemidler med store budsjettkonsekvenser må legges frem for Stortinget, som skal ta den endelige beslutningen.

En politisk behandling av fullmaktsgrensesaker kan ta flere år, mens beslutningen om refusjon på blå resept i SLV typisk tar rundt 189 dager (median behandlingstid i 2022 (SLV 2023)). I tillegg til utsettelse i tid kan Stortinget legge vekt på samfunnsmessige konsekvenser som DMP ikke vektlegger i sine avgjørelser. På denne måten kan fullmaktsgrensen i praksis påvirke prioriteringen mellom tiltak og tilgangen til legemidler.

For å vurdere hvor stort problemet er, innhentet ekspertgruppen tall på antall saker som lå over fullmaktsgrensen. Mellom 2018 og 2023 har seks nye legemidler blitt sendt til Stortinget fordi utgiftene lå over fullmaktsgrensen på 100 millioner. Når man vurderer de prioriteringsmessige implikasjonene, må man veie det relativt beskjedne antallet med de betydelige beløpene, spesielt over tid. Videre må man ta med at fullmaktsgrensen kan ha en prisdempende effekt. For produsentene er det viktig å komme raskt til markedet, blant annet på grunn av regler som gjør patenter tidsbegrenset. Det betyr at det er lønnsomt å justere prisene slik at man kommer under fullmaktsgrensen. På grunn av antallet, beløpene og den mulige positive konsekvensen på pris mener ekspertgruppen at fordelene med fullmaktsgrensen er større enn ulempene, og at man fortsatt bør ha en slik grense.

7.2 Ulikheter i prissetting

I tillegg til at beslutningen tas av tre ulike organer, er det andre faktorer som kan skape ulikheter i tilgangen på legemidler. En av disse er ulikheter i prissettingen. Alle reseptpliktige legemidler får fastsatt en maksimalpris (offentlig tilgjengelig listepri) etter en modell der man ser på gjennomsnittsprisen på det samme legemiddelet i de tre billigste landene blant en gruppe på ni andre europeiske land (referanseprissystemet). Den reelle innkjøpsprisen for legemidler i spesialisthelsetjenesten kan imidlertid være lavere og blir satt i en forhandling der Sykehusinnkjøp forhandler med produsentene, eller det brukes en anbudsordning dersom legemiddelet er i en gruppe med andre legemidler for samme sykdom. Prisene justeres også over tid, men etter ulike regler. Når patentet går ut, justerer man prisen på blå resept trinnvis nedover, mens prisen på noen sykehuslegemidler justeres gjennom jevnlig anbuds konkurranser. Etter en pilot på anbud med kolesterolsenkende legemidler har Stortinget nylig sluttet seg til å innføre anbud på permanent basis i blåreseptordningen. Videre har man de siste årene overført finansieringsansvaret for mange legemidler fra blå resept til spesialisthelsetjenesten for legemidler i tilfeller der behandlingen styres av lege i spesialisthelsetjenesten, noe som har gjort det mulig å bruke anbud på noen av disse legemidlene.

Ulikhetene i prissetting har flere mulige effekter for tilgangen på legemidler. Referanseprissystemet fører til at produsentene har en strategisk lansering der de venter med å lansere et legemiddel i små land og markeder som er kjent for å være restriktive på pris. Dette kan begrense tilgangen i en viss periode. På den andre siden vil forhandlinger og anbud også ta tid. Man kan ikke si generelt at ulikhetene i systemet gjør at legemidler på blå resept kommer senere eller tidligere enn legemidler i spesialisthelsetjenesten, men systemulikhetene kan skape forskjeller som vil variere fra legemiddel til legemiddel. Det er også unntaksordninger både før og etter refusjonsvedtak (som er ulike) som vil skape ulikheter i tilgang (dette vurderes av ekspertgruppen for tilgang).

Anbudsordningen påvirker bruken av legemidler fordi det legemiddelet som vinner anbudet, oftere blir brukt. Typisk ser man da at nye pasienter starter på legemiddelet som vant anbudet. På den måten har systemet en direkte konsekvens for tilgangen på og bruken av ulike legemidler. Dette er legemidler som er i samme gruppe og skal ha tilsvarende effekt, men det er også relevante forskjeller (blant annet gjennom interaksjon med andre legemidler), og rekvirenten har rett til å bruke et annet legemiddel dersom det vurderes som faglig riktig.

I den grad rekvirentene vurderer prisen når de velger et legemiddel, vil ulikheter i prissettingsmekanismen kunne skape forskjeller i tilgangen. I prinsippet skulle grupper og sykdommer som trenger legemidler som er med i en anbudsordning, få lavere pris og lettere tilgang. Her er det imidlertid andre forskjeller som vil spille inn fordi de som rekvirerer legemidlene, har ulike insentiver. Dette er et tredje punkt som kan skape forskjeller: Legemidler på blå resept skrives ut av leger uten at det påvirker deres budsjett, mens en avdelingslege i et sykehus har et budsjett og vet at hvis man skriver ut dyrere legemidler, vil det redusere ressursene avdelingen har til andre pasienter. Dette gjør at de må ta hensyn til legemiddelkostnader på en annen måte enn fastlegene.

7.2.1 Myke og faste budsjettgrenser

De ulike insentivene gjelder ikke bare på behandlernivået. Legemidler som innføres i spesialisthelsetjenesten gjennom Beslutningsforum, finansieres på en annen måte enn legemidler som innføres på blå resept av DMP. Fordi medlemmene i Beslutningsforum har et eget budsjettansvar og foretakene selv må finansiere legemiddelet, har de et insentiv til å si ja til et nytt legemiddel bare hvis verdien av det som innføres, er større enn verdien av det man må kutte (alternativkostnaden). For legemidler på blå resept er det ingen tilsvarende hard budsjettgrense. Når DMP fatter vedtak om forhåndsgodkjent refusjon, blir legemiddelet betalt av folketrygden. Det betyr i praksis enten at skatter og avgifter må økes, eller at man må kutte i andre statlige utgifter. Alternativkostnaden for et vedtak om blå resept er da de lærerne man ikke har plass til på budsjettene, den tunnelen man ikke bygger, eller den reduksjonen i privat konsum som følger av økt offentlig skatteinnkreving.

Man har ingen gode norske studier for hvor mye man taper når man må kutte i helse- og omsorgsbudsjettet for å gi plass til noe nytt. Beslutningsorganene opererer heller ikke med absolutte og nøyaktige grenser, men man har vurderinger av hva slags pris per vunnet leveår man kan akseptere før man sier ja til et tiltak. Dette er som nevnt ikke ment som en moralsk verdsetting av et liv eller et leveår, men som en terskel som gjør at vi ikke sier ja til tiltak som gjør at vi må kutte noe som gir enda flere gode leveår til en mindre kostnad. For eksempel antydte Norheim-utvalget en mulig alternativkostnad på rundt 275 000 kroner for hvert sparte leveår (NOU 2014: 12 2014), noe som var basert på en engelsk studie som ble overført til norske forhold. Tiltak som kostet mer enn dette per vunnet godt leveår, ville fortrenge tiltak med større nytte.

Beslutningstagerne i Beslutningsforum må forholde seg til denne typen resonnementer fordi de må finne plass til det nye legemiddelet på sine budsjetter. Vedtak i DMP om innføring av legemidler på blå resept har ikke den samme konsekvensen for helse- og omsorgstjenesten. Der er alternativkostnaden det samfunnet taper. For at nye legemidler skal behandles konsistent, uansett om de gis på blå resept eller i spesialisthelsetjenesten, har man valgt å bruke det samme rammeverket med det samme perspektivet. Det betyr at terskelen for å innføre et legemiddel på blå resept påvirkes av alternativkostnaden på legemidler i spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenestens alternativkostnad), selv om den sanne alternativkostnaden for disse legemidlene er samfunnets kostnader.

Dette har betydelige følger for prioriteringen. Et legemiddel mot migrene som vurderes på blå resept, konkurrerer ikke direkte med andre tiltak i helse- og omsorgstjenesten om en plass i budsjettet, men med alt annet samfunnet bruker penger på (inkludert, men ikke begrenset til helse og omsorg). I et samfunnsperspektiv skulle man da sammenligne verdien av å bruke mer penger på å redusere migrene med andre tiltak i samfunnet generelt (med samme kategorier av nytte og kostnad som disse tiltakene blir vurdert etter). Men slik systemet er organisert, med to ulike veier frem til offentlig finansiering og med et ønske om konsistens mellom legemidler på begge områder, får man en situasjon der man bruker en felles alternativkostnad for begge beslutningene.

For å vurdere konsekvensene av dette valget er det nyttig å se på hvilke summer det er snakk om. Jo større blåreseptordningen er sammenlignet med summene man bruker på legemidler i spesialisthelsetjenesten, desto større er problemet med at man bruker en alternativkostnad som ikke er tilpasset sektoren. Tallene for legemiddelomsetning viser at folketrygden og sykehusene har omtrent like store utgifter til reseptpliktige legemidler, med 12,8 milliarder kroner via folketrygden og 12,3 milliarder kroner via helseforetakene (Apotekforeningen 2024).

Størrelsen på problemet med å bruke spesialisthelsetjenestens alternativkostnad på en sektor med en annen alternativkostnad vil ikke bare avhenge av hvor stor sektoren er, men hvor stor forskjellen mellom alternativkostnadene er. Det er vanskelig å beregne dette fordi vi vet lite om alternativkostnaden i

spesialisthelsetjenesten og den mer generelle samfunnsalternativkostnaden. Det er derfor vanskelig å konkludere hvor stort problemet er, men beløpene der man bruker en terskel som ikke representerer en sann alternativkostnad, er betydelige. Man kan også nyansere argumentet om spesialisthelsetjenestens faste og folketrygdens myke budsjettgrenser. De er begge en del av budsjettene til departementet, og en økning i utgiftene til folketrygden over tid vil ha konsekvenser for presset på helsebudsjettet. Videre har spesialisthelsetjenesten også en viss mykhet i budsjettene over tid som følge av mulige ekstrabevilgninger og økte budsjetter. Dette nyanserer argumentet, men det er fremdeles viktig å være klar over at legemidler på blå resept har en annen finansiering enn legemidler i spesialisthelsetjenesten.

7.3 Mulige løsninger

Årsaken til problemet er at legemidler har ulike veier inn, med ulike beslutningstagere, ulik prissetting og ulik finansiering. Det er generelt tre mulige løsninger, alle med ulike fordeler og ulemper.

Alle legemidler dekkes av folketrygden

Hvis folketrygden refunderte alle legemidler, også de som brukes på sykehus, på samme måte som folketrygden i dag finansierer legemidler på blå resept, kunne man bruke et felles perspektiv og samfunnets alternativkostnad. Problemet med dette alternativet er at det vil gi spesialisthelsetjenesten svake insentiver til å vurdere kostnaden av legemidlene de bruker. De ville få like svake insentiver som den kommunale helse- og omsorgstjenesten har når det gjelder bruk av legemidler på blå resept.

Alle legemidler vurderes i spesialisthelsetjenesten

Hvis Beslutningsforum eller en lignende institusjon hadde ansvaret for både spesialisthelsetjenesten og finansiering av alle legemidler, ville man også ha konsistens, men konsekvensen vil avhenge av om budsjetttrammene er harde eller myke. Med myke rammer er man i en situasjon der man både kan bestemme og bruke legemidler uten insentiver til å tenke på kostnader. Med harde rammer er man i en situasjon der man risikerer å måtte være restriktiv med legemidler når man nærmer seg budsjettgrensen. Det vil være svært krevende å innføre for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som ikke er vant med slike grenser, og det vil trolig bety en grad av sammenslåing av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Mellomløsninger: myke og harde rammer, men med avbøtende tiltak

Et konkret eksempel på mulige forskjeller er tilgangen på nye diabeteslegemidler. Da disse ble innført på blå resept for diabetespasienter, regnet man med at brukergruppen ville være langt mindre enn den viste seg å være. På grunn

av egenskapene ved legemiddelet var det mange som ønsket det, og mange fastleger vurderte det også som faglig riktig. Legemiddelet var lett tilgjengelig fordi det var innført på blå resept og antatt å være under 100-millionersgrensen. Utgiftene ble langt større enn det budsjettanalysene forutsatte. Tiltak og legemidler mot fedme i spesialisthelsetjenesten er mer krevende å få tilgang på fordi de har et annet system for tilgang og et begrenset budsjett.

Det finnes flere avbøtende tiltak som kan gjøre systemene mer like og hindre sterk kostnadsvekst. Dette inkluderer ordninger der man kan revurdere betingelser og refusjon når man ser en stor vekst, og innskjerping av regler som gir rett til refusjon. Dette motvirker den eventuelt lettere tilgangen man har via blå resept, men det vil avhenge av oppfølging fra rekvirenten. Det er også andre mulige tiltak, som å gi overtredelsesgebyrer til rekvirenter som bryter reglene, men dette må vurderes mot andre mulige konsekvenser.

8 Ekspertgruppens vurderinger og anbefalinger

8.1 Overordnede anbefalinger om perspektiv

8.1.1 Ekspertgruppen anbefaler et helsetjenesteperspektiv som primæranalyse, og en sekundæranalyse med samfunnsperspektiv når det er relevant

Et slikt rammeverk vil være fleksibelt nok til å håndtere vurderinger av et variert sett med tiltak, der man noen ganger mener at kunnskap om bredere samfunnseffekter er viktig for å fatte gode beslutninger. Samtidig skal ikke det nevnte rammeverket åpne for å inkludere store og usikre kategorier som gjør at vurderingene kan påvirkes, og at resultatene av analysene blir lite sammenlignbare.

For mange intervensjoner vil analysene med helsetjenesteperspektivet være tilstrekkelige. Primæranalysen vil sikre sammenlignbare analyser, samtidig som ordningen med en sekundæranalyse gir mulighet for å vektlegge bredere samfunnseffekter i tilfeller der det er andre dokumenterte og betydelige konsekvenser.

Primæranalysen vil være utgangspunktet for beslutninger og prisforhandlinger. Informasjon fra sekundæranalysen kan vektlegges når man gjør skjønnsmessige vurderinger, eller som grunnlag for beslutninger på overordnet nivå. Sekundæranalyser vil kunne være viktige for HOD/regjeringen sine vurderinger. Denne muligheten finnes ikke i dag siden det bare produseres primæranalyser.

8.1.2 Ekspertgruppen foreslår et rent helsetjenesteperspektiv i primæranalysen

Utgangspunktet er en analyse med et helsetjenesteperspektiv (ikke utvidet) som fokuserer på elementene helsegevinst (målt i gode leveår), alvorlighet (prognosetap) og relevant ressursbruk i helsetjenesten (spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og medisinske produkter).

Anbefalingen representerer en endring fra dagens retningslinjer, som bruker et utvidet helsetjenesteperspektiv. Argumenter for å bruke et rent helsetjenesteperspektiv som utgangspunkt, er at det representerer de grunnleggende elementene som man i stor grad er enige om er relevante for prioriteringer av tiltak, og at prioriteringer mellom tiltak gjøres innenfor budsjettammen allokert til helse- og omsorgstjenesten. Kostnader for helse- og omsorgstjenesten (spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester og medisinske produkter) brukes til å estimere forventet

inkrementell kostnad per vunnet godt leveår (QALY-er), som vektet mot alvorlighet.

Primæranalysen inkluderer ikke reisekostnader (betalt av pasienten), kostnader knyttet til tid i behandling, helsekonsekvenser for pårørende og andre kostnadskomponenter fra dagens utvidede helseperspektiv. Gruppen mener at disse og andre elementer fra samfunnsperspektivet kan og bør vurderes, men i en egen analyse (se 8.1.3). Hvilke kostnader som inkluderes, vil variere mellom tiltak, men alle som er relevante, skal inkluderes, uavhengig av nivå i tjenesten.

Ekspertgruppen er enig i at primæranalysen skal inkludere et helsetjenesteperspektiv, men det er uenighet innad i gruppen om en komponent i dette perspektivet: fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader (se 8.1.5).

8.1.3 Ekspertgruppen foreslår at samfunnsperspektivet belyses i en sekundæranalyse når dette er relevant

For tiltak der man kan forvente andre betydelige og godt dokumenterte konsekvenser for relevante elementer i konsekvensoversikten for samfunnsperspektivet (se kapittel 3), kan analysene suppleres med en vurdering av disse konsekvensene. Det generelle argumentet er at beslutninger kan bli bedre dersom man har kunnskap om og kan vektlegge konsekvenser fra samfunnsperspektivet.

Når man åpner opp for vurderinger av hvilke kategorier som er relevante å inkludere, og hvor disse kan variere mellom tiltak og populasjoner, er det behov for verktøy for å sikre konsistens og transparens. Ekspertgruppen mener man kan vurdere å bruke konsekvensoversikten som et redskap for å sikre oversikt over alle relevante konsekvenser og slik unngå at man favoriserer én virkning.

Ekspertgruppen mener at det er flere teoretiske og praktiske problemer som gjør at man vil anbefale videre arbeid for å operasjonalisere elementer i samfunnsperspektivet. Det er også nødvendig å vurdere nærmere når det er ønskelig med sekundæranalyser, og hvilken rolle de kan ha i ulike beslutningssituasjoner.

Generelt mener gruppen at konsekvensene må være dokumenterbare og store nok til å ha betydning i analysen før de bør inkluderes.

8.1.4 Analysene som beslutningsgrunnlag

Ekspertgruppen mener at primæranalysen og sekundæranalysen vil skape et bedre grunnlag enn dagens retningslinjer, der man i dag utvider helsetjenesteperspektivet selektivt med kun noen elementer fra samfunnsperspektivet. Ved å isolere helsetjenesteperspektivet får man informasjon om den inkrementelle kostnaden per vunnet godt leveår ved et tiltak, og dette kan veies mot andre konsekvenser som er beskrevet i sekundæranalysen.

En slik avveining vil avhenge av skjønn og hva beslutningstager ønsker å vektlegge. Slik skjønnsmessig vurdering foretas allerede for andre sektorer når man har ikke-prissatte virkninger.

Ekspertgruppen mener at graden av skjønn vil avhenge av beslutningskonteksten. I noen kontekster, som ved vurderinger foretatt ved DMP, er analysen nærmere en beslutningsregel, selv om det også der vil være tilfeller hvor skjønn er nødvendig.

Ekspertgruppen er enig i at for at det skal gjøres gode vurderinger, vil det være nyttig å beskrive alle konsekvensene i konsekvensoversikten (se Tabell 3.1), med unntak av to punkter der gruppen er delt: Fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader og produksjonsvirkninger. Videre ønsker gruppen å presisere hvordan man skal tolke inkluderingen av konsekvenser for pårørende. Disse tre punktene beskrives i detalj nedenfor.

8.1.5 Om fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader i et helsetjenesteperspektiv

Ekspertgruppen har delt syn på om fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader (spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og medisinske produkter) skal inkluderes i primæranalysen med et helsetjenesteperspektiv.

Ekspertgruppens medlemmer (Aas, Barra, Bjørnelv, Flobak, Hjort, Sogstad) mener at fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader bør inngå i estimater av kostnader i en kostnadseffektivitetsanalyse med et helsetjenesteperspektiv og inkluderes i IKER-en. Det er tre argumenter for dette synet:

1. Et helsetjenesteperspektiv – som skal sikre likebehandling av ulike intervensjoner ved å reflektere den *faktiske* marginale ressursbruken per vunnet godt leveår – bør inkludere *alle* forventede kostnader for helse- og omsorgstjenesten. Å utelate noen kostnadskomponenter gir feil svar på analyse spørsmålet: «hvordan få flest mulig gode leveår for ressursene tilgjengelig i helse- og omsorgstjenesten?». Inkludering av etiske hensyn, for eksempel alvorlighet eller preferanser for livsforlengende behandling, bør gjøres i andre rekke – etter estimeringen av IKER – for å skille tydelig mellom effektivitetshensyn og fordelingshensyn. Det gjør evalueringen og beslutningen mest mulig transparent. Dette er et argument basert på økonomisk konsistens og teoretisk korrekt evalueringspraksis.
2. Inkludering av fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader sikrer likebehandling mellom tiltak med likt antall vunne gode leveår og lik alvorlighetsgrad, men hvor helsegevinsten akkumuleres i ulike deler av livsløpet. Dersom fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader ekskluderes, vil et tiltak som i all hovedsak fører til helseforbedringer underveis i livet og i mindre grad påvirker levetid, få lavere prioritet enn et tiltak som i all hovedsak gir økt levetid. Når fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader ekskluderes, vil vunne gode leveår for tiltaket med

økt forventet levetid verdsettes høyere enn vunne leveår i tiltaket hvor det ikke er effekt på levetid. Det å inkludere alle kostnader for helsetjenesten ved et tiltak er det prinsippet som i størst mulig grad ivaretar likhetsprinsippet fra verdigrunnet. Dette er et etisk argument for å inkludere ikke-relaterte kostnader.

3. Når ikke-relaterte helsetjenestekostnader utelates fra et estimat av IKER, kan det få konsekvenser for pris i en forhandlingssituasjon. Dette er et argument basert på praktiske konsekvenser.

Disse tre argumentene kan oppsummeres mindre teknisk: Dersom vi inkluderer relaterte helsetjenestekostnader og utelater ikke-relaterte helsetjenestekostnader, vil noen tiltak fremstå som mer kostnadseffektive enn de egentlig er, relativt til andre typer tiltak. Dette gir livsforlengende tiltak høyere prioritet enn tiltak som sikrer bedre livskvalitet her og nå. Dette kan føre til forskjellsbehandling ved at lindring og omsorg fremstår mindre attraktivt å tilby enn omfattende inngrep som kan gi økt livslengde. Gruppens medlemmer (Aas, Barra, Bjørnelv, Flobak, Hjort, Sogstad) mener livsforlengende behandling ikke skal få en særstilling sammenlignet med annen behandling i helse- og omsorgstjenesten. Alle gode leveår er like viktige og bør derfor verdsettes likt.

Ekspertgruppens medlemmer (Husbyn, Hutchinson, Melberg, Vorland) mener at fremtidige ikke-relaterte helsekostnader ikke bør vektlegges, fordi det betyr at tiltak med tidlig død skaper gevinster i form av kostnader man slipper å betale for. Disse medlemmene mener at det ikke er i samsvar med folks verdioppfatning å vektlegge kostnadene knyttet til urelaterte sykdommer på denne måten når man vurderer en intervensjon, for eksempel at en fremtidig mulighet for kostnader knyttet til kreft skal inkluderes når man vurderer et legemiddel mot hjerteproblemer. Dette gir en nedprioritering av livsforlengende behandling som gruppen mener ikke er etisk riktig. Disse medlemmene mener videre at vektleggingen av endring i leveår relativt til livskvalitet mellom grupper av personer handler om preferanser der utgangspunktet ikke nødvendigvis er en lik vektning. Det fremheves videre at det overordnede målet ikke bare er å maksimere mengden helse, men også å sikre en fordeling som er i samsvar med de verdiene man har. Dette gjelder generelt for vurderingen når man inkluderer fremtidige konsekvenser og tiltak som endrer livslengden. På individnivå og på gruppenivå kan man ende opp med en konklusjon om å ikke bruke en intervensjon, fordi de fremtidige kostnadene vil være så store at de ikke rettfærdiggjør behandling. I noen situasjoner er dette i sterk konflikt med det mange mener er etisk riktig vurdering.

8.1.6 Om produksjonsvirkninger (betalt og ikke-betalt) i et samfunnsperspektiv

Ekspertgruppens medlemmer (Aas, Barra, Bjørnelv, Flobak, Hjort, Melberg, Sogstad) mener at det kan være situasjoner der produksjonsvirkninger i et samfunnsperspektiv er så betydelige at de bør vektlegges etter en helhetlig avveining mot andre hensyn.

Disse medlemmene mener at produksjonsvirkninger kan vektlegges når det kan sannsynliggjøres at de gevinster som skapes, kan bidra til økt verdiskaping og bedre offentlige tjenester for alle – også for de som ikke behandles av tiltaket.

Disse medlemmene mener at produksjonsvirkninger må dokumenteres på samme måte som andre effekter før de eventuelt kan vektlegges i en beslutning. Det betyr at det ikke er nok å dokumentere at en sykdom er assosiert med uførhet og sykefravær (sykdomsbyrde). Det må også dokumenteres at et konkret tiltak fører til endringer i for eksempel uførhet, sykedager og arbeidsevne eller legger beslag på tid til å delta i arbeid eller øvrig samfunnsliv.

Disse medlemmene ønsker å understreke at produksjonsvirkninger bør tolkes videre enn virkning på lønnet arbeid. Personer som ikke er yrkesaktive, som pensjonister, studenter, funksjonsnedsatte og hjemmeværende, bidrar i samfunnet og skaper også verdier. Slik samfunnsdeltagelse er ofte vanskelig å måle, men kan vektlegges når effektene kan dokumenteres.

Ekspertgruppens medlemmer (Husbyn og Hutchinson) er uenige i at produksjonsvirkninger, som følge av at pasienter kommer tilbake i arbeid eller annen aktivitet, skal tillegges vekt i prioriteringsbeslutninger, uavhengig av om det bidrar til økte skatteinntekter eller ikke. Disse medlemmene mener at inklusjon av denne typen produksjonsvirkninger vanner ut likhetsprinsippet.

Etter disse medlemmenes syn står dagens prinsipp med å utelate produksjonsvirkninger trygt, det er utviklet på grunnlag av en rekke tidligere offentlige utredninger og meldinger om prioriteringer, og det er per i dag politisk forankret i Stortinget.

Etter disse medlemmenes syn er det dagens prinsipp som ligger tettest opp til praksis i de fleste andre land som benytter økonomisk evaluering av helsetiltak i sine prioriteringsbeslutninger innenfor helsevesenet.

Disse medlemmenes ser ikke vesentlige forhold som tilsier at gjeldende prinsipp om å prinsipielt utelate produksjonsvirkninger, også i tilleggsanalyser, bør endres, heller ikke som følge av forhold knyttet til den demografiske utviklingen.

Disse medlemmene mener at bruk av flere IKER-er for samme tiltak, med og uten produksjonsvirkninger, kan føre til usikkerhet om hvilken IKER som skal legges til grunn for en beslutning, og hvilket prinsipp som faktisk blir anvendt. Videre vil det være uklart når produksjonsvirkninger bør, kan eller skal benyttes.

Dersom produksjonsvirkninger allikevel skal tas med, mener disse medlemmene at gevinsten ikke skal inngå i beregning av IKER, men komme til uttrykk ved at produksjonsvirkningene måles i fysiske enheter, for eksempel «antall arbeidsdager spart».

8.1.7 Om konsekvenser for pårørende i samfunnsperspektiv

Ekspertgruppen mener at konsekvenser for pårørende bør beskrives i en sekundæranalyse, men at det ofte vil være praktisk vanskelig å dokumentere

og verdsette disse effektene. Unntaksvis vil det kunne være store konsekvenser som kan dokumenteres, og disse bør da beskrives og kunne vektlegges av beslutningstager.

Ekspertgruppen mener at en eventuell vektlegging av denne kategorien er svært kontekstavhengig. For mindre konsekvenser vil man ofte betrakte effekter på pårørende som en del av livet, der man ikke forventer at staten skal gi de pårørende kompensasjon (tap av fritid som skyldes enkel omsorgshjelp ved kortvarig sykdom), men for noen sykdomskategorier er konsekvensene så langvarige og omfattende at ekspertgruppen mener de bør tas med i sekundæranalysen. Et eksempel på dette er demens, der mange pårørende blir betydelig påvirket over lang tid. Ekspertgruppens konklusjon er at vedvarende og betydelige konsekvenser er relevante i en prioritering og kan inkluderes i en vurdering av et tiltak.

Ekspertgruppen mener det generelt vil være praktisk vanskelig å tallfeste ringvirkninger utover nære pårørende, og anbefaler at dette ikke inkluderes.

8.1.8 Om konsekvenser for andre sektorer i et samfunnsperspektiv

Videre er ekspertgruppen enig om at konsekvenser for andre offentlige sektorer (som utdanning, kriminalomsorg, barnevern), miljø og klima og privat bruk av helse- og omsorgstjenester skal inkluderes når disse konsekvensene er relevante.

8.2 Vurdering om verdier, avveining, nivå og perspektiv

8.2.1 Avveining mellom ulike hensyn

Ekspertgruppen legger til grunn det gjeldende verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten og at det kan oppstå konflikter mellom ulike hensyn. Ekspertgruppen mener at det vil være en avveining mellom ulike hensyn, der man må veie ønsket om helse og velferd mot ønsket om rettferdig fordeling og likebehandling.

Dagens retningslinjer innebærer for eksempel en avveining mellom alvorlighet og hensynet til kostnadseffektivitet. Samfunnsperspektivet skaper også slike avveininger. Det er for eksempel lignende avveininger mellom likhetsprinsippene og det å skape mest mulig helse eller velferd.

8.2.2 Nivå og perspektiv

Ekspertgruppen mener at prioriteringskriteriene bør gjelde på alle nivåer, men at det er praktiske og etiske relevante forskjeller på nivåene som gjør at man vil ha noen forskjeller i vektlegging av de ulike elementene som inngår i de ulike kriteriene. På klinisk nivå har man for eksempel ikke tid, informasjon eller

kapasitet til å vurdere alle relevante kostnader og gevinster fullstendig, spesielt ikke for samfunnsperspektivet, som har mange flere elementer. I møtet med den enkelte pasient på klinisk nivå er det også viktig at tilliten bevares mellom pasienten og behandleren, og at behandleren får bruke sitt kliniske skjønn.

Ekspertgruppen mener at man også på klinisk nivå foretar en avveining av prioriteringskriteriene med den kunnskapen man har, og at prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne gir både råd og legitimitet i slike avgjørelser.

Ekspertgruppen legger til grunn bruk av samfunnsperspektivet ved intervensjoner mot pandemier, store screeningprogrammer, vaksineprogrammer og samfunnsrettet forebygging. Ekspertgruppen mener at erfaringene fra pandemien viste at det er viktig at vurderinger i helse- og omsorgssektoren på dette nivået bruker et samfunnsperspektiv der man tar med konsekvensene for alle sektorer. For eksempel bør intensivplasser og behandling dimensjoneres og organiseres slik at man tar hensyn til konsekvenser utover helsevesenet. Sekundæranalyser som utarbeides, kan gi et bedre grunnlag for beslutninger som fattes på overordnet nivå.

8.3 Vurderinger om praktisk bruk av perspektivet

8.3.1 Analysestøtte for prioritering

Mange kommuner er for små til selv å foreta omfattende evalueringer av tiltak innenfor helse og omsorg. Ekspertgruppen mener derfor at beslutningene kan bli bedre, og prioriteringene mer konsistente, dersom kommunene får støtte til slike analyser.

Ekspertgruppen mener det er en ubalanse. Spesialisthelsetjenesten har et godt utbygget system for vurderinger og prioritering – spesielt av legemidler – mens systemet for beslutningsstøtte og vurderinger er mindre utviklet i kommunesektoren. *NOU 2018: 16 – Det viktigste først og Meld. St. 38 (2020–2021) – Nytte, ressurs og alvorlighet* pekte på at det til dels er store hull i kunnskapen om tiltak som vurderes iverksatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i offentlig finansierte tannhelsetjenester. Når det mangler kunnskap om tjenestene og tjenestetilbudet, er det vanskelig å si noe sikkert om nytten og effekten av tiltak som vurderes iverksatt.

Det har vært en økning i forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester de senere årene. Men det mangler fortsatt kunnskap om mange tiltak som vurderes iverksatt. Ekspertgruppen er kjent med at Forskningsrådet har fått bevilget midler til å finansiere forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester og innovasjon rettet mot disse tjenestene. Ekspertgruppen mener dette er et viktig skritt på veien til å etablere mer kunnskapsbaserte og bærekraftige helse- og omsorgstjenester i kommunene.

I *Meld. St. 38 (2020–2021) – Nytte, ressurs og alvorlighet* pekes det videre på et behov for å etablere et nasjonalt system som kan bidra til informasjonsinnhenting og analyser, og som kan understøtte lokale prioriteringer og beslutninger. For spesialisthelsetjenesten er det etablert et system for analyse- og kunnskapsstøtte gjennom Nye metoder. Ekspertgruppen mener, i tråd med *Meld. St. 38 (2020–2021) – Nytte, ressurs og alvorlighet*, at det er naturlig å ta utgangspunkt i denne modellen når et system for kommunene skal utvikles.

Ekspertgruppen er kjent med at Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å utvikle et kunnskapsstøttesystem som retter seg mot kommunale helse- og omsorgstjenester, og mener at dette, sammen med etableringen av Kommunenes strategiske forskningsorgan (jf. *NOU 2018: 16, Meld. St. 38 (2020–2021)* og *Prop. 1 S (2023–2024)*), er et viktig utgangspunkt i arbeidet med å utvikle et beslutningsstøttesystem for kommunene.

8.3.2 Evaluering av veiledere, rettigheter og andre tiltak med betydelige prioriteringseffekter

Både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten må håndtere et omfattende system med rettigheter, veiledere, faglige retningslinjer, fagspesifikke prioriteringsveiledere, garantier og krav som har betydelige konsekvenser for muligheten for prioriteringer. Disse kan skape en uheldig situasjon der man bruker svært mye ressurser på en gruppe, mens andre får langt mindre, uten at dette skyldes prioriteringsrelevante forhold. Ekspertgruppen vil understreke hvor viktig det er at man ved utvikling av nye rettigheter og kliniske retningslinjer vektlegger vurderinger av hvilken ressursbruk rettigheter og kliniske retningslinjer vil kunne innebære, og hvilke konsekvenser de vil ha.

8.3.3 Kunnskapsutvikling og legitimitet

Ekspertgruppen mener at det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag for å operasjonalisere deler av helsetjenesteperspektivet og samfunnsperspektivet og kartlegge konsekvensene, hvis dette skal innføres. Det er behov for å

- utrede hvordan produksjonsvirkninger best kan operasjonaliseres, slik at betalt og ikke-betalt produksjon kan inkluderes på en god måte
- utrede hvordan man best kan identifisere konsekvenser for pårørende
- utrede hvordan man best kan identifisere konsekvenser for andre sektorer
- estimere terskelverdien (estimere Norges alternativkostnad)
- vurdere løpende vurdering av eksisterende og nye tiltak der de med størst budsjettkonsekvens prioriteres for evaluering
- estimere fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader

Dette kan for eksempel skje gjennom et samarbeid mellom DMP, FHI, DFØ, relevante direktorat og akademiske miljøer innenfor økonomisk evaluering i helse- og omsorgssektoren og andre samfunnssektorer. Ekspertgruppen

mener også at for at samfunnsperspektivet spesielt og prioriteringsarbeidet generelt skal ha legitimitet og gjennomslag, er det viktig å bidra til kunnskap om prioritering i befolkningen generelt, men dette er særlig viktig for aktører som daglig forholder seg til prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten (helseprofesjonene, offentlige beslutningstagere, leverandører av helseteknologi). Dette kan oppnås blant annet ved økt fokus på prioritering i pensum og å styrke undervisningen i dette, og mer generelt skape arena for diskusjon og samarbeid i utviklingen av veiledere og operasjonalisering av prinsipper.

Ekspertgruppen anbefaler at helsemyndighetene sørger for et løpende arbeid med å systematisere og sammenligne kostnadseffektiviteten til ulike tiltak og behandlinger i helse- og omsorgstjenesten. Kostnadseffektivitetsanalyser med et helsetjenesteperspektiv forutsetter at kostnadseffektivitetsstørskelen reflekterer den faktiske alternativkostnaden målt i gode leveår. For at prioriteringsrammeverket skal fungere etter hensikten, må man derfor sørge for å vedlikeholde oppdaterte oversikter over kostnadseffektivitetsestimater for både eksisterende behandlinger og nye behandlinger. Ny teknologi og varierende økonomiske forutsetninger gjør at kostnadseffektivitetsanalyser til en viss grad er ferskvare. Norge har også gode registerdata som gjør det mulig å vurdere effekten av ulike tiltak etter at de er innført. Dette bør håndteres innenfor et kontinuerlig og helhetlig arbeid med (re)evaluering av tiltak, der de tiltakene med størst budsjettkonsekvens prioriteres for evaluering. Man kan vurdere i større grad å pålegge legemiddelselskaper oppfølgende studier som betingelse når en ny intervensjon innføres. Et system for mer systematisk reevaluering vil føre til mer konsistente prioriteringer der man ikke bare baserer seg på dokumentasjonen som forelå da intervensjonen ble innført, men tar hensyn til oppdatert informasjon.

8.3.4 Fellesbevilgninger

Å kreve at man skal bruke et bestemt perspektiv i analysene av kommunale tiltak, vil ikke løse insentivene i systemet (til å tenke mest på eget budsjett), men det vil synliggjøre konsekvensene og gjøre det vanskeligere å ignorere gevinster på tvers av sektorer. For eksempel kan forebygging på kommunalt nivå gi gevinster for spesialisthelsetjenesten og for andre sektorer (reduert uførhet osv.). Spesialisthelsetjenesten tar heller ikke alltid hensyn til konsekvenser for kommunene. Analysen vil vise disse konsekvensene, men det vil i mindre grad føre til endringer i prioriteringene så lenge kommunen selv ikke kan få del av gevinsten.

Ekspertgruppen anbefaler at man prøver ut en ordning med felles budsjettbevilgninger som skal forvaltes av spesialisthelsetjenesten og kommunene i fellesskap. Dette er også foreslått i (NOU 2023: 8 2023), og ekspertgruppen vil støtte dette. Ekspertgruppen mener at dette er en måte å ivareta tverrsektorielle konsekvenser på i prioriteringsarbeidet.

8.4 Andre vurderinger

8.4.1 Om bemanning: budsjettkonsekvensanalyse

Ekspertgruppen mener at utfordringer knyttet til bemanning bør belyses når man tar prioriteringsbeslutninger. I analyser som ser på kostnader per vunnet godt leveår, inngår kostnadene til bemanning, men disse analysene vil ikke vise om tiltaket har spesielle utfordringer knyttet til bemanning. Ekspertgruppen mener derfor – uavhengig av perspektiv – at en vurdering av tiltak også bør inkludere en budsjettkonsekvensanalyse for hele helse- og omsorgstjenesten, med en vurdering av bemanningsimplikasjoner, kapasitetsbegrensninger og mulige vridningskonsekvenser. Dette bør gjøres når tiltaket er av en slik størrelse at slike konsekvenser forventes å være betydelige.

8.4.2 Folketrygden vs. spesialisthelsetjenesten

I dagens system kan et legemiddel få avtale om refusjon i folketrygden ved vedtak i DMP eller Stortinget – hvis kostnaden er over fullmaktsgrensen på 100 millioner per år i ett av de første fem årene. Det er Beslutningsforum som beslutter hvilke legemidler som kan innføres i spesialisthelsetjenesten. Selv om saksforberedelsene og analysene i forkant i stor grad er like, finnes det prioriteringsrelevante ulikheter mellom de tre nevnte beslutningstagerne DMP, Stortinget og Beslutningsforum. Disse ulikhetene kan blant annet ha betydning for tilgangen på legemidler. For eksempel vil saksgangen for legemidler som må vurderes av Stortinget, ofte ta lengre tid enn saksgangen for legemidler som vurderes av DMP. Dette kan skape ulikheter i tilgangen på legemidler. En annen ulikhet kan oppstå fordi legemidler på blå resept betales av folketrygden, mens legemidler som brukes i spesialisthelsetjenesten, må betales av spesialisthelsetjenesten selv. Ekspertgruppen ser at de ulike systemene kan skape forskjeller, men vurderer at det også er betydelige ulemper med å endre på disse strukturene. Påfølgende avsnitt oppsummerer ekspertgruppens vurderinger:

Oppretthold fullmaktsgrensen

Ekspertgruppen mener at dagens ordning med en fullmaktsgrense bør opprettholdes fordi den prisdempende effekten oppveier mulige ulikheter som oppstår i behandlingsprosessen av ellers like legemidler.

Harmoniserende tiltak

Ekspertgruppen mener at hensynet til kostnadskontroll gjør at spesialisthelsetjenesten selv fortsatt bør bestemme og betale for legemidler i spesialisthelsetjenesten. For at behandlingen og tilgangen på legemidler skal harmoniseres i folketrygden og spesialisthelsetjenesten, mener ekspertgruppen at det så langt det er praktisk mulig bør brukes de samme anskaffelsesprinsipper uavhengig av finansieringsordning. For eksempel bør det brukes anbud på blå resept, slik Stortinget nylig har bestemt. Videre kan man styrke arbeidet med

å sikre at også legemidler i folketrygden skrives ut i samsvar med etablerte retningslinjer, og at det er mulighet for å endre praksis når man ser at tilgangen på enkelte legemidler er større eller mindre enn forventet.

9 Økonomiske og administrative konsekvenser

Av mandatet fremgår det at utredningen skal gjennomføres i tråd med kravene i utredningsinstruksen og med de føringene som ligger i mandatet for øvrig. I utredningsinstruksen trekkes det frem at alle relevante og viktige virkninger skal vurderes, og disse virkningene er derfor ikke begrenset til økonomiske og administrative konsekvenser. I tråd med vanlig praksis for utvalg og grupper oppsummeres likevel vurderingene av økonomiske og administrative konsekvenser i dette kapittelet.

Ekspertgruppens vurderinger og anbefalinger er beskrevet i kapittel 8. Hovedanbefalingen er å ha et helsetjenesteperspektiv som primæranalyse, og en sekundæranalyse med samfunnsperspektiv når det er relevant. En sekundæranalyse med samfunnsperspektiv vil potensielt innebære at flere virkninger av tiltak i helse- og omsorgssektoren inkluderes enn tidligere. Dette vil kunne påvirke beslutninger om hvordan budsjettmidler skal prioriteres og tjenestetilbud utformes. Det vil generelt ikke være mulig på forhånd å forutse mer spesifikt hvilke konsekvenser endringer i perspektiv vil ha for budsjetter og tjenestetilbud.

Ekspertgruppens anbefaling er også at helsetjenesteperspektivet rendyrkes slik at enkelte virkninger (knyttet til effekter for pårørende) ikke lenger skal inngå i primæranalysene. Dette ville kunne påvirke analysene i enkelte tilfeller og kunne påvirke enkelte beslutninger.

Mandatet sier at forslag skal kunne gjennomføres innenfor eksisterende ressurser og rammer for spesialisthelsetjenesten, folketrygden og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Anbefalingen om å utrede samfunnsvirkninger i en sekundæranalyse innebærer at flere virkninger av tiltak eller behandlingsformer vil bli inkludert. Dette medfører at flere virkninger inkluderes i analysen, og vil dermed endre forholdet mellom samlet nytte og samlede kostnader av et tiltak og dermed gi grunnlag for både høyere og lavere prioritering. Det vil være mulig å endre perspektiv under en forutsetning om gitt budsjetttramme. Dersom budsjetttrammen er gitt, vil konsekvensene av endret perspektiv innebære at ressurser og bevilgninger flyttes innenfor disse rammene.

Sekundæranalysene vil kunne være viktige i vurderinger for Helse- og omsorgsdepartementet og regjeringen ved at man tilrettelegger for å kunne vektlegge bredere samfunns effekter. Det vil kunne påvirke dimensjoneringen av helse- og omsorgstjenestens budsjett og også gi grunnlag for justeringer av andre sektors budsjetter og ressursbruk. Hvorvidt dette vil kunne føre til større eller mindre rammer for helse- og omsorgstjenesten eller andre sektorer,

avhenger av hva de konkrete analysene vil frembringe. Det er ekspertgruppens vurdering at sekundæranalyser i noen tilfeller vil kunne gi bedre grunnlag for informerte beslutninger og prioriteringer om ulike tiltak og behandlingsformer.

Ekspertgruppens vurderinger av konsekvenser av ulike perspektiv er beskrevet videre i kapittel 6. Enkelte av ekspertgruppens anbefalinger kan føre til behov for økt ressursbruk. Dette gjelder blant annet mengden utredningsressurser som brukes på å utarbeide beslutningsgrunnlag for prioriteringer. Gruppens anbefaling om at man bør styrke analysestøtten til prioriteringer i kommunens helse- og omsorgstjeneste, vil kunne gi behov for økte ressurser til dette arbeidet. Gruppens anbefaling om bruk av sekundæranalyser med et samfunnsperspektiv og nye typer budsjettanalyser vil også kunne gi behov for økte utredningsressurser. Ekspertgruppen trekker også frem at det er behov for å utvide kunnskapsgrunnlaget for å operasjonalisere deler av helse- og samfunnsperspektivet og kartlegge konsekvensene. Dette vil også føre til økt ressursbruk.

Det er usikkert hvor mye den fremtidige ressursbruken vil øke som følge av økt utredningsbehov, analysestøtte, kunnskapsutvikling og evaluering. Økningen i ressursbruk vil avhenge av analyseomfang og kompleksiteten i hver enkelt analyse. Ekspertgruppens forslag er også skalerbare og må vurderes nærmere omfang av. Det vil potensielt være mangel på kompetent personell til omfattende utvidelser av utredningskrav.

Referanseliste

- Adler, Matthew D og Ole F Norheim. 2022. *Prioritarianism in practice*: Cambridge University Press.
- Angelsen, Holm, Hartviksen og Solbakken. 2024. (Under utarbeidelse).
- Apotekforeningen. 2024. «Legemiddelstatisikk.» <https://www.apotek.no/statistikk/legemiddelstatistikk/hvem-betaler>.
- Bentham, Jeremy og John Stuart Mill. 2004. *Utilitarianism and other essays*: Penguin UK.
- Briggs, Andrew H, Milton C Weinstein, Elisabeth AL Fenwick, Jonathan Karnon, Mark J Sculpher og A David Paltiel. 2012. «Model parameter estimation and uncertainty analysis: a report of the ISPOR-SMDM Modeling Good Research Practices Task Force Working Group-6.» *Medical decision making* 32 (5):722-732.
- Brustugun, Odd Terje. 2014. «Tapte leveår som følge av kreft.» *Tidsskrift for Den norske legeforening* Utgave 18.
- Burrell, L. V, T Wentzel-Larsen og M. Sogstad. 2024. Support services for informal carers: A register-based case-control study of Norwegian care recipients (under utarbeidelse).
- Burrell, Lisa Victoria, Hanne Marie Rostad, Tore Wentzel-Larsen, Marianne Sundlisæter Skinner og Maren Kristine Raknes Sogstad. 2023. «The influence of individual and municipality characteristics on allocation of long-term care services: a register-based cross-sectional study.» *BMC Health Services Research* 23 (1):801.
- Burrell, V L, M S Skinner og H M Rostad. 2024. Tildelingsmodeller i norske kommuner: Forekomst og sammenheng med kommunale karakteristika (under utarbeidelse).
- Bøe Lunde, Hanne Marie, Wenche Telstad, Nina Grytten, Lars Kyte, Jan Aarseth, Kjell-Morten Myhr og Lars Bø. 2014. «Employment among patients with multiple sclerosis-a population study.» *PloS one* 9 (7):e103317.
- CADTH. 2017. Guidelines for the economic evaluation of health technologies: Canada - 4 th. edition
- CADTH. 2023. Procedures for CADTH Reimbursement Reviews https://www.cadth.ca/sites/default/files/Drug_Review_Process/CADTH%20Drug%20Reimbursement%20Review%20Procedures.pdf.
- Devlin, Nancy J., og Richard Brooks. 2017. «EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future.» *Applied Health Economics and Health Policy* 15 (2):127-137. doi: 10.1007/s40258-017-0310-5.
- DFØ. 2023. Veileder i samfunnsøkonomiske analyser.

- Drummond, Michael F, Mark J Sculpher, Karl Claxton, Greg L Stoddart og George W Torrance. 2015. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*: Oxford university press.
- Dworkin, Ronald. 2013. *Taking rights seriously*: A&C Black.
- Edemekong, Peter F, Deb L Bomgaars, Sukesh Sukumaran og Caroline Schoo. 2023 «Activities of Daily Lives.» *StatPearls*
- Fagertun, A og L Tingvold. 2024 Aktiviseringspolitikk og prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre: Tjenestetildelingens «fortjenestfullhet» (under utarbeidelse).
- Fenwick, Elisabeth, Lotte Steuten, Saskia Knies, Salah Ghabri, Anirban Basu, James F Murray, Hendrik Erik Koffijberg, Mark Strong, Gillian D Sanders Schmidler og Claire Rothery. 2020. «Value of information analysis for research decisions—an introduction: report 1 of the ISPOR Value of Information Analysis Emerging Good Practices Task Force.» *Value in Health* 23 (2):139–150.
- Finansdepartementet. 2021. Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser (R-109/21).
- Folketrygdloven. 1997. Lov om folketrygd Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Førland, O, Eliva Atieno Ambugo, Ø Døhl, B Folkestad, Hanne Marie Rostad og A. O. Sundsbø. 2020. Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. Senter for omsorgsforskning.
- Førland, O og A Fagertun. 2024. The shaping of prioritisations in municipal long-term care. A case study from Norway (under utarbeidelse).
- Goorden, Maartje, E Van Der Schee, VM Hendriks og Leona Hakkaart-van Roijen. 2016. «Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: Data from a randomized controlled trial.» *Drug and alcohol dependence* 162:154–161.
- Hagen, T P og T Tjerbo. 2023. «Vi forbereder oss på «eldrebølgen», men i kommunehelsetjenesten er det en «yngrebølge».» *Tidsskrift for omsorgsforskning* (2):92–104.
- Hagen, T. P. og L. Tingvold. 2018. «Planning future care services: Analyses of investments in Norwegian municipalities.» *Scand J Public Health* 46 (4):495–502. doi: 10.1177/1403494817730996.
- Hamran, Torunn og Siri Moe. 2012. «Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten—ulike behov eller forskjellsbehandling. Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv.» *Senter for omsorgsforskning- rapportserie* 3- 2012.
- Harris, John. 1975. «The survival lottery.» *Philosophy* 50:81–87.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

- Helsedirektoratet. 2018. Prioritering på klinisk nivå
- Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS. 2021. Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram.
- HelseNorge. 2023 «Helse og arbeid.» <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud/helse-og-arbeid>.
- Hem, Karl-Gerhard og Øystein Dale. 2016. «Nyttekostnadsanalyse av hjelpemidler.» *SINTEF Rapport*.
- Hem, Karl-Gerhard, Trond Uhre Halvorsen, Elin Sundby Boysen og Ingrid Storruste Svagård. 2016. «Gevinstanalyse av IMATIS i Bærum kommune. Økonomisk analyse av konsekvenser av bruk på Dønski bo og behandlingssenter.» *SINTEF Rapport*
- Håkonsen, Lars og Trond Erik Lunder. 2015. «Matching versus General Grants: Local Government Response to Child-Care Subsidies.» *FinanzArchiv/Public Finance Analysis*:299–327.
- Håkonsen, Lars og Knut Løyland. 2011. «Er øremerking treffsikkert? Om hvordan kommunene påvirkes av øremerkede tilskudd og andre former for statlig styring.» *Telemarksforskning*
- institute for Medical Technology Assessment. 2024 «Costing tool for reference prices.» <https://www.imta.nl/tools/>.
- Kaldor, Nicholas. 1939. «Welfare propositions of economics and interpersonal comparisons of utility.» *The economic journal* 49 (195):549–552.
- Kaplow, Louis. 2006. «Pareto principle and competing principles.» *The new palgrave dictionary of economics*, Steven Durlauf & Lawrence Blume, eds., McMillan (Paper no. 519).
- Kinge, Jonas Minet, Astrid de Linde, Joseph L Dieleman, Stein Emil Vollset, ann Kristin Knudsen og Eline Aas. 2023. «Production losses from morbidity and mortality by disease, age and sex in Norway.» *Scandinavian Journal of Public Health*:14034948231188237.
- Kommunal- og distriktsdepartementet. 2023. «Finansiering av kommunesektoren», Last Modified 27.01.23 <https://www.regjeringen.no/no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/finansiering-av-kommunesektoren/finansiering-av-sektoren-samlet-herunder/id552048/>.
- Koopmanschap, Marc A, Frans FH Rutten, B Martin Van Ineveld og Leona Van Roijen. 1995. «The friction cost method for measuring indirect costs of disease.» *Journal of health economics* 14 (2):171–189.
- Kreftregisteret. 2024 «Livmorhalsprogrammet». <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/>.
- Lian, Olaug S og Steinar Westin. 2007. «Raskere tilbake?» *Tidsskrift for Den norske legeförening* 127(11).

- Lunder, Trond Erik. 2023. *Øremerket finansiering av kommunale velferdstjenester. Økonomiske insentiver i møte med et begrenset handlingsrom, Hvordan kommuner tenker: Politik- og praksisnær forskning i kommunale virkeligheter*: Universitetsforlaget
- Magnussen, J, M Aaserud, T Granaas, M Magelssen, A Syse, EG Celius og ID Syversen. 2015. På ramme alvor: Alvorlighet og prioritering Helse- og omsorgsdepartementet
- Medicinrådet. 2021. Medicinrådets metodeveiledning for vurdering av nye lægemidler. . <https://medicinraadet.dk/media/gleh0mfq/medicinr%C3%A5dets-metodeveiledning-for-vurdering-af-nye-l%C3%A6gemidler-vers-1-3.pdf>.
- Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier om pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*. Helse og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet
- NICE. 2022. NICE health technology evaluations – the manual <https://www.nice.org.uk/process/pmg36/chapter/introduction-to-health-technology-evaluation>.
- NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Sosialdepartementet
- NOU 1997: 18 *Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2014: 12 *Åpen og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet
- NOU 2018: 16 *Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet
- NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Nye metoder. 2023 Nye metoder. Årsoppsummering 2022. <https://nyemetoder.no/Documents/%c3%85rsrapporter/Nye%20metoder%20-%20%c3%a5rsoppsummering%202022.pdf>.
- Olsen, Rose Mari, Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik, Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland og Jill-Marit Moholt. 2023. «Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem.»
- Pedersen, Skinner og Sogstad. 2024. Needs assessment in long-term care: Expression of national principles for priority setting in service allocation (under utarbeidelse).
- Pedersen, Reidar og Ståle Fredriksen. 2004. «Prioriteringer er mer enn å si nei.» *Tidsskrift for Den norske legeförening*.

- Portnoy, Allison, Kine Pedersen, Stephen Sy, Ameli Tropé, Birgit Engesæter, Jane J Kim og Emily A Burger. 2023. «Cost-effectiveness of primary human papillomavirus triage approaches among vaccinated women in Norway: A model-based analysis.» *International Journal of Cancer*.
- Prestmo, Anders, Gunhild Hagen, Olav Sletvold, Jorunn L Helbostad, Pernille Thingstad, Kristin Taraldsen, Stian Lydersen, Vidar Halsteinli, Turi Saltnes og Sarah E Lamb. 2015. «Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial.» *The Lancet* 385 (9978):1623–1633.
- Rawls, John. 1971. *A theory of justice*: Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rostad, Hanne Marie, Marianne Sundlisæter Skinner, Ragnhild Hellesø og Maren Kristine Raknes Sogstad. 2020. «Towards specialised and differentiated long-term care services: a cross-sectional study.» *BMC health services research* 20 (1):1–9.
- Rothery, Claire, Mark Strong, Hendrik Erik Koffijberg, Anirban Basu, Salah Ghabri, Saskia Knies, James F Murray, Gillian D Sanders Schmidler, Lotte Steuten og Elisabeth Fenwick. 2020. «Value of information analytical methods: report 2 of the ISPOR value of information analysis emerging good practices task force.» *Value in Health* 23 (3):277–286.
- Rødal, J H, L Hansson og R Kirchhoff. 2024. Standardisering og variasjon i kommunale forskrifter for tildeling av langtids sykehjemsplass (under utarbeidelse).
- Sanders, Gillian D, Peter J Neumann, Anirban Basu, Dan W Brock, David Feeny, Murray Krahn, Karen M Kuntz, David O Meltzer, Douglas K Owens og Lisa A Prosser. 2016. «Recommendations for conduct, methodological practices, and reporting of cost-effectiveness analyses: second panel on cost-effectiveness in health and medicine.» *Jama* 316 (10):1093–1103.
- Skinner, M. S, O Førland, M Sogstad og H. M Rostad. 2024. Strategiske prioriteringer på nasjonalt og lokalt nivå: Gir omsorgspolitikken på nasjonalt plan gjenklang i kommunene? (under utarbeidelse).
- SLV. 2023 Legemiddelverkets årsrapport for 2022.
- SMC. 2023. Working with SMC – A guide to manufactures <https://www.scottishmedicines.org.uk/media/7486/working-with-smc.pdf>.
- Sogstad, Maren, Ragnhild Hellesø og Marianne Sundlisæter Skinner. 2020. «The development of a new care service landscape in Norway.» *Health Services Insights* 13:1178632920922221.
- Solberg, Carl Tollef, Mathias Barra, Lars Sandman og Bjørn Hoffmann. 2023. «Severity as a moral qualifier of malady.» *BMC medical ethics* 24 (1):25.
- SSB. 2023. «Norge blant landene med flest i jobb.» <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/arbeidskraftundersokelsen/artikler/norge-blant-landene-med-flest-i-jobb>.

- St Olavshospital. 2022. «Avansert hjemmesykehus for barn (AHS)». <https://www.stolav.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/barn-poliklinikk/barn-poliklinikk-avansert-hjemmesykehus/avansert-hjemmesykehus-ahs/>.
- Statens legemiddelverk. 2023 Submission Guidelines For Single Technology Assessment of Medicinal Products.
- Stenmarck, Mille Sofie, Borgar Jølstad, Rachel Baker, David GT Whitehurst og Mathias Barra. 2023. «A severely fragmented concept: Uncovering citizens' subjective accounts of severity of illness.» *Social Science & Medicine*:116046.
- Stevens, Bonnie, Ruth Croxford, Patricia McKeever, Janet Yamada, Marilyn Booth, Stacey Daub, Amiram Gafni, Janet Gammon og Mark Greenberg. 2006. «Hospital and home chemotherapy for children with leukemia: A randomized cross-over study.» *Pediatric blood & cancer* 47 (3):285–292.
- Sullivan, Sean D, Josephine A Mauskopf, Federico Augustovski, J Jaime Caro, Karen M Lee, Mark Minchin, Ewa Orlewska, Pete Penna, Jose-Manuel Rodriguez Barrios og Wen-Yi Shau. 2014. «Budget impact analysis—principles of good practice: report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis Good Practice II Task Force.» *Value in health* 17 (1):5–14.
- Sundsbo, Astrid O. 2024 «Vi er ingen selskapsdamer (under utarbeidelse)».
- Sundsbo, Astrid O, Anette Fagertun og Oddvar Førland. 2023 «Contested care: gendered renegotiations of care needs for the frail elderly population in Norway.» *European Journal of Politics and Gender*:1–17.
- Sustainable healthcare coalition. 2024. «Care Pathway Carbon Calculator.» <https://shcoalition.org/care-pathway-carbon-calculator-2/>.
- TLV. 2023. «Halsoekonomi.» <https://www.tlv.se/download/18.467926b615d084471ac3396b/1510316350460/introduktion-halsoekonomi.pdf>.
- Tranvåg, Eirik Joakim, Øystein Ariansen Haaland, Bjarne Robberstad og Ole Frithjof Norheim. 2022. «Appraising Drugs Based on Cost-effectiveness and Severity of Disease in Norwegian Drug Coverage Decisions.» *JAMA Network Open* 5 (6):e2219503-e2219503.
- Tuntland, Hanne og Nils Erik Ness. 2021. «Hverdagsrehabilitering – ti år etter oppstart og veien videre1.» *Tidsskrift for omsorgsforskning* 7 (3):1–7. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2021-03-12.
- Tønnessen, Siri, Per Nortvedt og Reidun Førde. 2011. «Rationing home-based nursing care: professional ethical implications.» *Nursing ethics* 18 (3):386–396.
- van Baal, Pieter HM, Albert Wong, Laurentius CJ Slobbe, Johan J Polder, Werner BF Brouwer og G Ardine de Wit. 2011. «Standardizing the inclusion of indirect medical costs in economic evaluations.» *Pharmacoeconomics* 29:175–187.

- Van Hout, Ben, MF Janssen, You-Shan Feng, Thomas Kohlmann, Jan Busschbach, Dominik Golicki, Andrew Lloyd, Luciana Scalone, Paul Kind og A Simon Pickard. 2012. «Interim scoring for the EQ-5D-5L: mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets.» *Value in health* 15 (5):708–715.
- Walzer, Michael. 1984. *Spheres of justice: a defense of pluralism and equality*. Basic Books.
- Zorginstituut Nederland. 2016. Guideline for economic evaluations in health care.

Vedlegg 1: Oversikt over aktører som har gitt innspill til ekspertgruppen

Innspill fra	Form på innspill
Finansdepartementet	Innlegg på ekspertgruppemøte
Funksjonshemmedes fellesforbund (FFO)	Innlegg på ekspertgruppemøte
Jon Magnussen, professor NTNU	Innlegg på ekspertgruppemøte
Kreftforeningen	Innlegg på innspillsmøte for ekspertgruppen
Kommunenes sentralforbund (KS)	Innlegg på ekspertgruppemøte
Legeforeningen (DNLF)	Innlegg på ekspertgruppemøte
Legemiddelindustrien (LMI)	Innlegg på ekspertgruppemøte
Medronic	Skriftlig innspill
MS-forbundet	Innlegg på innspillsmøte for ekspertgruppen
Nasjonal forening for sjeldne diagnoser	Skriftlig innspill
Nasjonalt kompetansesenter for personlighetspsykologi	Skriftlig innspill
Norsk sykepleierforbund (NSF)	Innlegg på innspillsmøte for ekspertgruppen
Norway Health Tech	Skriftlig innspill
Ole Frithjof Norheim, professor UiB	Innlegg på ekspertgruppemøte
Roche	Skriftlig innspill
Rådet for psykisk helse	Skriftlig innspill (ble invitert til å holde et innlegg for ekspertgruppen)
Statens legemiddelverk	Innlegg på ekspertgruppemøte
Sykehusinnkjøp, avdeling for Nye metoder	Innlegg på ekspertgruppemøte
Tåndvårds- og läkemedelförmånsverket (TLV, Sverige)	Innlegg på ekspertgruppemøte

Vedlegg 2: Tidligere vurderinger knyttet til perspektiv i prioriteringer

Tabellen nedenfor gir en oversikt over anbefalinger gitt i de nevnte utredningene samt i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering (Meld. St. 34 (2015–2016) 2016)* og Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 38 (2020–2021) 2021)*. Gjeldende anbefalte perspektiv er et utvidet helsetjenesteperspektiv som Stortinget har gitt sin tilslutning til.

Tabell v2.1: Anbefalinger om perspektiv, produksjonsvirkninger og konsekvenser utenfor helse- og omsorgstjenesten gitt i tidligere utvalg og meldinger til Stortinget

Utredning / Meld. St.	Anbefalt perspektiv	Produksjonsvirkninger	Konsekvenser for andre sektorer
Lønning II-utvalget (NOU 1997: 18 1997)	«Begrenset samfunns-perspektiv»	Anbefalt å ikke inkludere	Anbefalte å inkludere konsekvenser for andre sektorer, så lenge likebehandlingsprinsippet ikke ble utfordret.
Norheim-utvalget (NOU 2014: 12 2014)	«Utvidet helsetjeneste-perspektiv»	<p>Utvalget anbefalte at beslutningstagere tar utgangspunkt i gevinstene innenfor helse-tjenesten.</p> <p>Dersom et aktuelt tiltak har betydelige gevinster utenfor helsetjenesten, kan dette tillegges vekt så fremt det er sikret at det ikke vil gi urettferdige fordelingsvirkninger.</p> <p>Beslutningstageren bør gjøre en spesielt grundig vurdering før økonomiske gevinster blir vektlagt.</p>	<p>Utvalget anbefalte at beslutningstagere tar utgangspunkt i ressursbruken og gevinstene innenfor helsetjenesten.</p> <p>Dersom et aktuelt tiltak utløser betydelig ressursbruk eller har betydelige gevinster utenfor helsetjenesten, kan dette tillegges vekt så fremt det er sikret at det ikke vil gi urettferdige fordelingsvirkninger.</p>

<i>Meld. St. 34 (2015–2016)</i> «Prioriteringsmeldingen» (Meld. St. 34 (2015–2016) 2016)	«Utvidet helsetjenesteperspektiv»	Anbefalt å ikke inkludere	Ikke anbefalt inkludert, men analysene bør inkludere konsekvenser for hele helsetjenesten (både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten)
Blankholm-utvalget (NOU 2018: 16 2018)	«Bredt tjenesteperspektiv»	Anbefalt å ikke inkludere	Foreslår at hvis et tiltak utløser endringer i ressursbruk på andre kommunale områder enn helse og omsorg, skal disse endringene vektlegges i prioriteringsbeslutningene i helse- og omsorgstjenesten. NB! Gjelder kun tiltak som gjennomføres i kommunale helse- og omsorgstjenester, og som påvirker ressursbruk i andre kommunale sektorer (ikke omvendt!)
<i>Meld. St. 38 (2020–2021)</i> (Meld. St. 38 (2020–2021) 2021)	«Utvidet helsetjenesteperspektiv»	Anbefalt å ikke inkludere	Anbefales at disse ikke inkluderes, men det anerkjennes at det kan være tilfeller der det er hensiktsmessig for beslutningstagere i kommunen å vektlegge konsekvenser for andre kommunale sektorer. Dette bør i så fall inngå som skjønsmessige vurderinger i en totalvurdering av tiltak.

I de tidligere diskusjonene av perspektiv har i hovedsak produksjonsvirkninger i form av arbeidsdeltagelse blitt trukket frem som kjernen i et samfunnsperspektiv, noe som ikke har fått tilslutning politisk.

Ekspertgruppen mener imidlertid dette er en for snever fremstilling av samfunnsperspektivet. Ekspertgruppen mener på denne bakgrunn at flere aspekter ved samfunnsperspektivet må belyses og drøftes grundigere enn det har vært gjort hittil. Dette er nødvendig for at man skal kunne ta en mer informert beslutning om eventuelt å utvide dagens utvidede helsetjenesteperspektiv til et samfunnsperspektiv. Da blir det også lettere å beslutte hva som eventuelt skal inngå i et samfunnsperspektiv.

Lønning II-utvalget (NOU 1997: 18 1997)

Lønning II-utvalget anbefalte et «begrenset samfunnsperspektiv», som innebar at man kunne ta hensyn til konsekvenser for gevinster og ressurser utenfor helsetjenesten så lenge likhetsprinsippet ikke ble utfordret.

Lønning II-utvalget skrev følgende om perspektiv (NOU 1997: 18, s. 115 og 116):

«Valg av perspektiv avgjør hvilke kostnader og konsekvenser som skal regnes med i en helseøkonomisk undersøkelse. Fra utvalgets ståsted er det åpenbart at det er det samfunnsmessige perspektivet som er det mest relevante. [...]

For eksempel kan et legemiddel som reduserer liggetiden i sykehus, føre til større behov for hjemmepleie. Noen av disse kostnadene betales av sykehuset, andre av Rikstrygdeverket, kommunen og pasientene.»

Lønning II-utvalget var kritiske til i prioritering å legge vekt på fremtidig produktivitet for samfunnet av at pasienter som får helsehjelp, returnerer til arbeid (NOU 1997: 18, s. 133):

«Utvalget er av den oppfatning at systematisk prioritering på gruppenivå etter produktivitetshensyn kan marginalisere dem som ikke har inntektsgivende arbeid, for eksempel husmødre, pensjonister, arbeidsløse, funksjonshemmede, studenter. Det kan gi uheldige og utilsiktede konsekvenser på lengre sikt, og det vil være i strid med det likeverdsprinsipp vi ønsker at det norske samfunn skal tuftes på. I en offentlig helsetjeneste, må det være universell tilgang til de tjenester som tilbys.»

Norheim-utvalget (NOU 2014: 12 2014)

Norheim-utvalget anbefalte et utvidet helsetjenesteperspektiv, det vil si at konsekvenser for gevinster og ressursbruk utenfor helsetjenesten kan vektlegges så fremt det ikke gir urettferdige fordelingsvirkninger.

Norheim-utvalget viste til at det er omdiskutert hvordan øvrige gevinster bør påvirke prioriteringer. Utvalget pekte på at det er vanskelig å forsvare at beslutningstagere innenfor én sektor ikke skal måtte ta hensyn til konsekvensene for andre sektorer. Dette er et argument for å inkludere gevinster utenfor helsetjenesten. På den andre siden pekte utvalget på at hensynet til noen former for øvrige gevinster kunne gi uønskede fordelingsvirkninger. Dette gjaldt særlig prioritering som vektlegger økonomiske gevinster ved endret produktivitet for arbeidsføre. Det vil for eksempel kunne fremstå som urettferdig å ta direkte hensyn til produktivitet på en måte som gjør at de som har høy inntekt og er i arbeid, får prioritet fremfor de som har lav inntekt og er uten arbeidstilknytning.

Utvalget gjorde imidlertid et skille mellom ulike former for produksjonsgevinster. Det mente at «de deler av produksjonsgevinster som påvirker fellesskapets ressurser, økt skatteinngang og sparte trygdeutgifter, kan være mer relevant for prioritering enn produksjonsgevinstene som påvirker privat konsum og

overskudd i privat sektor» (NOU 2014: 12 2014), s. 135. En vektlegging av slike gevinster kan føre til at helsetiltak for den arbeidsføre befolkningen blir favorisert i for stor grad. Produksjonsgevinster som påvirker offentlige budsjetter, kunne på den andre siden være til nytte for andre grupper, gjennom finansiering av helsetiltak eller offentlige fellesgoder.

Norheim-utvalget pekte på at det er særlig omdiskutert om man skal la prioriteringer påvirkes av pasientenes fremtidige forbruk av offentlige tjenester og stønader, for eksempel pensjon og pleie- og omsorgstjenester: «Å ta hensyn til framtidig ressursbruk kan også gi konsekvenser som vil kunne oppleves som urettferdige og til dels absurde. Dette gjelder særlig dersom spart ressursbruk på grunn av at pasienter dør, får påvirke prioriteringer.» (NOU 2014: 12 2014), s. 88.

Norheim-utvalget skrev følgende om sin tilnærming:

«Utvalget mener det er nødvendig med en nyansert tilnærming til øvrige gevinster. Utvalget mener de fleste øvrige gevinster er potensielt relevante for prioritering. (...) Samtidig mener utvalget at det er betydelige begrensninger for rollen øvrige gevinster, og særlig økonomiske gevinster, bør ha i prioritering» (NOU 2014: 12 2014), s. 88.

Norheim-utvalget la vekt på tre argumenter. Det første var praktiske begrensninger som gjør at vektlegging av kun helsegevinster er en nyttig forenkling. Det andre var fordelingsmessige begrensninger. Utvalget mente at øvrige gevinster ikke burde vektlegges i den grad det ville gi urettferdige fordelingsvirkninger, noe som igjen vil avhenge av flere forhold, som type gevinst og beslutningsnivå. Det tredje argumentet var knyttet til hvordan man teknisk kunne unngå dobbelttelling når øvrige gevinster blir inkludert. Norheim-utvalget anbefalte at beslutninger i helsetjenesten skjer med utgangspunkt i et utvidet helsetjenesteperspektiv, og konkluderte følgende om sin tilnærming:

«På denne bakgrunn anbefaler utvalget at beslutningstakere tar utgangspunkt i helsegevinstene. Dersom et aktuelt tiltak også har andre betydelige gevinster, kan disse tillegges vekt så fremt det er sikret at det ikke vil gi urettferdige fordelingsvirkninger. Beslutningstakeren bør gjøre en spesielt grundig vurdering før økonomiske gevinster blir vektlagt» (NOU 2014: 12 2014), s. 88.

Magnussen-gruppen (Magnussen et al. 2015)

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i juni 2015 en arbeidsgruppe (Magnussen-gruppen) som skulle utrede hvordan grad av alvorlighet skulle vurderes i prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten. Vurdering av perspektiv i prioriteringer var ikke en del av denne arbeidsgruppens mandat. Gruppen ferdigstilte sin rapport, «På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering» (Magnussen et al. 2015), i oktober 2015.

Meld. St. 34 (2015–2016) (Meld. St. 34 (2015–2016) 2016)

I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* ble det vist til at helsehjelp kan ha konsekvenser for pasientenes arbeidsevne, det vil si deres fremtidige bidrag til verdiskaping i økonomien. Solberg-regjeringen mente at konsekvenser av helsehjelp for pasienters produktivitet ikke skulle vektlegges, da dette ville bryte med helsetjenestens verdigrunnlag. Det ble imidlertid gjort en avgrensning mot forebyggende tiltak, for eksempel det nasjonale vaksinasjonsprogrammet eller informasjonskampanjer der utgangspunktet er å vurdere ut fra samfunnsøkonomiske analyser der produksjonsvirkninger kan inngå.

Meld. St. 34 (2015–2016) trakk opp følgende avgrensninger for hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger:

- «Helseforbedringer for pårørende kan i relevante tilfeller telles med i beregning av nytte.
- All relevant ressursbruk i helsetjenesten skal så langt som mulig tas hensyn til.
 - Konsekvenser for ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utløst av tiltak i spesialisthelsetjenesten skal tas hensyn til i metodevurderinger på gruppenivå.
 - Helseforbedringer for pårørende kan i relevante tilfeller telles med i beregning av nytte.
 - Det skal tas hensyn til pasientens tidsbruk knyttet til gjennomføring av helsehjelpen.
 - Konsekvenser av helsehjelp for pasientens fremtidige produktivitet skal ikke tillegges vekt.
 - Konsekvenser av helsehjelp for pasienters fremtidige forbruk av offentlige tjenester og mottak av stønader/pensjoner skal ikke tillegges vekt.»

Perspektivet som defineres i punktene ovenfor, blir betraktet som et utvidet helsetjenesteperspektiv.

Blankholm-utvalget (NOU 2018: 16 – Det viktigste først) (NOU 2018: 16 2018)

Blankholm-utvalget mente det var relevant å ta hensyn til ressursbruk og eventuelt ressursbesparelser i andre kommunale sektorer enn helse- og omsorgssektoren når ressursbruk/besparelse kunne knyttes direkte til tiltak i helse- og omsorgstjenestene. Utvalget pekte på at kommunene har ansvar for et bredt sett av oppgaver, og at de på den måten skiller seg vesentlig fra spesialisthelsetjenesten. Mens spesialisthelsetjenesten må prioritere mellom ulike pasientgrupper og tiltak, må kommunene også prioritere mellom helse- og omsorgstjenester og andre kommunale oppgaver. Når kommunene vurderer hvilke tiltak og oppgaver som skal prioriteres, vil det være naturlig å vurdere den samlede ressursbruken på tvers av sektorer (s. 100).

Snarere enn å skille mellom et samfunnsperspektiv og et helsetjenesteperspektiv mente utvalget at det for de kommunale tjenestene er riktigere å skille mellom et samfunnsperspektiv og et bredt tjenesteperspektiv. Et slikt tjenesteperspektiv må omfatte alle tjenester som direkte påvirkes av tiltaket under vurdering, altså mer enn bare helse- og omsorgstjenester.

Meld. St. 38 (2020–2021) – Nytte, ressurs og alvorlighet (Meld. St. 34 (2015–2016) 2016)

Departementet delte ikke Blankholm-utvalgets vurdering av et bredt tjenesteperspektiv. Ifølge departementet innebar forslaget at et tiltak som kan redusere kommunens kostnader utenfor helse- og omsorgstjenesten, skal få høyere prioritet enn et annet tiltak som ikke fører til slike kostnadsbesparelser, selv om nytten og alvorligheten for pasientene er den samme ved de to tiltakene. Det er forskjeller i kommunenes tilbud på ulike områder, og dermed vil tiltak i helse- og omsorgstjenesten ha forskjellige konsekvenser for ressursbruken på andre områder. Derfor innebærer forslaget også at like tilfeller kan bli behandlet ulikt fra kommune til kommune. Departementet påpekte at forslaget vil føre til at kommunene og helseforetakene vil ha ulik inngang til hvilke ressurser som skal regnes med. Dette vil være uheldig i et system med gjennomgående prioriteringskriterier og økende behov for felles utvikling av tjenester på tvers av nivåene.

Det ble også pekt på hvordan logikken i forslaget vil slå ut på nasjonalt nivå. Tiltak i spesialisthelsetjenesten kan for eksempel ha konsekvenser for utgifter til dagpenger eller arbeidsmarkedstiltak. Etter departementets vurdering ville det imidlertid være i strid med verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten dersom konsekvenser for denne ressursbruken av tiltak i spesialisthelsetjenesten skal påvirke fordelingen av ressursene og tilgangen til spesialisthelsetjenester for ulike pasientgrupper. Etter departementets vurdering ville Blankholm-utvalgets forslag på dette punktet gi utfall som er i strid med verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten, og forslaget ville verken gi en rettferdig fordeling av ressursene eller likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* ble det slått fast en avgrensning av hvilken ressursbruk som skal telles med. Etter departementets syn i *Meld. St. 38 (2020–2021)* skal denne avgrensningen også gjelde for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik at ressursbruk som er knyttet til andre offentlige tjenester eller stønader, ikke tillegges vekt i prioriteringsbeslutninger.

Departementet understreket samtidig at det selvfølgelig er viktig å se ulike sektorer i sammenheng når budsjettmidler skal fordeles mellom sektorene, både for kommunene og for regjering og Storting. Til grunn for disse beslutningene ligger det nødvendigvis et bredt samfunnsperspektiv. Dette beskriver imidlertid en annen beslutningssituasjon enn den som er knyttet til fordeling av ressursrammen som henholdsvis kommunestyre og Storting har satt av til helse- og omsorgstjenester.

Vedlegg 3: Bruk av perspektiv i andre land

Nedenfor presenteres det hvilke perspektiv som benyttes i fem land Norge ofte sammenlignes med når det gjelder prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er Nederland inkludert som et eksempel på et land som benytter et samfunnsperspektiv i sine prioriteringsbeslutninger.

Tabell v3.1 Bruk av perspektiv i prioriteringer i andre land

Land	Perspektiv	Produksjonsvirkninger inkludert?	Kommentar
Canada (CADTH 2023, 2017)	Offentlig helsetjenesteperspektiv	Nei	
Danmark (Medicinrådet 2021)	Begrenset samfunnsperspektiv	Nei (kan heller ikke leveres som en tilleggsanalyse)	-
Nederland (Zorginstituut Nederland 2016)	Samfunnsperspektiv	Ja Har også inkludert faktorer som ikke-lønnet arbeid, uformell omsorg (tid og QALY), ikke-relaterte helsetjenestekostnader, tidsbruk og kostnader for familien.	Ved bruk av friksjonskostnader regnes friksjonsperioden på tolv uker. Dette innebærer at det kun inkluderes produksjonsvirkninger i tolv uker, etter dette antas det at den sykemeldte har blitt erstattet. Veilederen anbefaler ikke å benytte humankapitaltilnærmingen for å estimere produktivitetstap. Terskelverdien er estimert fra etterspørselssiden ved betalingsvillighet (<i>willingness to pay</i>).
Skottland (SMC 2023)	Offentlig helsetjenesteperspektiv	Nei	
Sverige (TLV 2023) ¹	Samfunnsperspektiv	Nei	Har tidligere inkludert produksjonsvirkninger, men har gått bort fra dette.
England (NICE 2022)	Offentlig helsetjenesteperspektiv	Nei (kan heller ikke leveres som en tilleggsanalyse)	

¹ Det er gjort relevante endringer fra retningslinjene som er publisert 30.08.2022, Ny tillämpning av etiska plattformen – Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV. Dette er blant annet knyttet til produksjonsvirkninger.

Som det går frem av tabellen, benyttes ulike analyseperspektiv i ulike land. I noen tilfeller er imidlertid enkelte perspektiv som er angitt med ulike navn, i realiteten i stor grad overlappende. Eksempelvis er det stort samsvar mellom hva som er inkludert i det danske begrensede samfunnsperspektivet og i det norske utvidede helsetjenesteperspektivet. I begge tilfellene er produksjonsvirkninger utelatt, mens den tiden pasienter og pårørende bruker på behandling, kan inkluderes (sammenlignet med et «rent» helsetjenesteperspektiv).

I England, Skottland og Canada angir de valg av perspektiv som «offentlig helsetjenesteperspektiv». I disse tre landene har de på kostnadssiden definert dette som betaler av de offentlige helsetjenestene, pluss personlige sosiale tjenester (personlige sosiale tjenester (PPS) gjelder kun England og Skottland). Sistnevnte (PPS) vurderes i noen grad som overlappende med tjenester som tilbys gjennom kommunenes helse- og omsorgstjenester i Norge.

I England kan det leveres tilleggsanalyser med et større perspektiv enn «offentlig helsetjenesteperspektiv», men da skal dette avtales og være avklart med relevante myndigheter før analysen leveres inn til myndighetene. Det er ikke rom for å inkludere produksjonsvirkninger i tilleggsanalysene.

Også i Canada er det rom for å levere tilleggsanalyser med et større analyseperspektiv dersom det vurderes som relevant. Her kan elementer som er relevante for andre sektorer, og produksjonsvirkninger inkluderes. Det angis følgende i deres retningslinjer: «*When a broader societal perspective is of interest to the decision-maker, the impact of the intervention on time lost from paid and unpaid work by both patients and informal caregivers as a result of illness, treatment, disability, or premature death should be included in an additional non-reference case analysis*» (CADTH 2017).

Sverige har tidligere benyttet et samfunnsperspektiv som inkluderte både produksjonsvirkninger og ikke-relaterte helsetjenestekostnader i sine hovedanalyser (TLV 2023). De har imidlertid gått bort fra dette perspektivet⁸ og inkluderer nå verken produksjonsvirkninger eller ikke-relaterte helsetjenestekostnader i sine hovedanalyser. I Sverige pågår det også et arbeid hvor man vurderer om og hvordan pårørendenyttelse kan inkluderes i analysene.

Av landene i oversikten er det kun Nederland som benytter et samfunnsperspektiv som inkluderer produksjonsvirkninger, i sin hovedanalyse. Både lønnet og ulønnet produktivitet inkluderes. De anbefaler at produksjonsvirkninger verdsettes ved hjelp av friksjonskostnadstilnærmingen, med en friksjonsperiode på tolv uker. Det anbefales ikke å benytte seg av humankapitaltilnærmingen for å estimere produktivitetstap. I tillegg er ikke-relaterte helsetjenestekostnader, kostnader og tidsbruk for familiemedlemmer og kostnader for andre sektorer inkludert i deres hovedanalyse.

⁸ Det er gjort relevante endringer fra retningslinjene som er publisert 30.08.2022, Ny tillämpning av etiska plattformen – Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV. Dette er blant annet knyttet til produksjonsvirkninger.

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00
Publikasjoner er også tilgjengelige på:
www.regjeringen.no
Publikasjonskode: I-1219 B