

Ønsker åpenhet om helsekostnader

AKTUELT I FORENINGEN

JULIE KALVELAND

julie.kalveland@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Det finnes en øvre grense for hvor mye det offentlige er villig til å bruke på å behandle sykdom, men akkurat hvor den ligger vil ikke staten ut med. Hemmeligholdet er urovekkende, mener helseøkonom Torbjørn Wisløff.



VIL HA TRANSPARENS: Torbjørn Wisløff er førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Folkehelseinstituttet. Han mener maksgrensen for utgifter til nye legemidler og behandlinger i den offentlige helsetjenesten bør være tilgjengelig for alle. Foto: Julie Kalveland

– For ett år siden godkjente Stortinget Prioriteringsmeldingen. Torbjørn Wisløff, er det tydeligere hvordan man prioriterer i helsetjenesten nå?

– Nei. Det er fortsatt mye som er uklart, for eksempel hvilken grenseverdi man skal bruke.

– *Ja, hva er egentlig den øvre grensen for hvor mye staten er villig til å betale for å gjøre en syk nordmann frisk?*

– Det korte svaret er at det er hemmelig. Det virker som om man helst ikke vil gå ut med en grense offentlig.

– *Så vi som ikke sitter og tar avgjørelser om hvilke legemidler og behandlinger som skal innføres, vi vet ingenting om maksverdien staten betaler for et såkalt «godt leveår»?*

– Jo, for en stund siden gikk bransjeforeningen Legemiddelindustrien gjennom Beslutningsforums vedtak de siste årene. De fant at det lå på mellom 600 000 og 700 000 kroner per vunnet gode leveår. Jeg vil tippe at det kanskje er litt høyere i dag, siden det har vært en tradisjon for at denne verdien går opp over tid.

– *Men det er jo mye mer enn det Stortinget satt som øvre grense i Prioriteringsmeldingen. Den er kun satt til 275 000?*

– Ja, men i tillegg skal man vekte for alvorlighet. Dersom det er snakk om såkalt høy grad av alvorlighet skal grensen kunne ganges med tre. Da ender man på 825 000.

– *I et innlegg i Tidsskriftet i vår pekte du på problemer med akkurat tallet 275 000. Hva er galt med det?*

– Først må jeg presisere at dette er mine egne vurderinger og ikke noen av institusjonene jeg jobber for. Verdien er så vidt jeg forstår hentet fra Nordheim-rapporten. Der verserer det tre forskjellige tall. De bruker 275 000 én plass, 250 000 en annen, og 215 000 et tredje sted, uten at det er gitt noen forklaring på hvorfor. Det at man endte opp med 275 000 virker for meg litt tilfeldig.

– *Det fremstår unektelig veldig rart at det ikke er mer orden i tallbruken?*

– Ja, jeg vet ikke hvorfor det er sånn. Det kan hende de fant ut at når de allikevel endte opp med å skulle vekte verdien ved å gange med tre, så kom man til et tall som ikke var så langt unna de beslutningene man allerede hadde tatt. Det virker litt som om det var beleilig.

– *Men tallet er hentet fra et sted?*

– Ja, 275 000 er tilsynelatende basert på tall fra en stor rapport fra Storbritannia. For hver gang du prioriterer et tiltak som koster penger, må du ta pengene fra et sted. Disse forskerne har satt opp en utregning basert på en vurdering av hvor mye helse som går tapt ved å prioritere noen tiltak fremfor andre. Jeg skrev innlegget for å påpeke at gjengen som laget den opprinnelige britiske rapporten nå har satt opp forslag til tall for andre land, blant annet Norge.

– *Du foreslår å bruke verdien 385 721 kroner, basert på de samme beregningene som er brukt i Storbritannia. Hvorfor?*

– Hovedpoenget mitt er ikke at vi bør bruke akkurat den verdien, men at man skal bruke noe som er basert på forskning og er etterprøvbart, ikke bare et konkret tall som vi ikke vet nok om hvor kommer fra.

– *Hva med vektingen? Ganger du denne verdien med tre lander man på mer enn det som brukes i dag?*

– Utregningen til de engelske forskerne var ikke gjort med tanke på vekting for alvorlighet. Jeg er egentlig uenig i bruken av alvorlighetsvekting i det hele tatt. Ett av problemene er at vi ikke kan vite om følgen av å bruke logikken som er vedtatt for vekting av alvorlighet faktisk er prioritering av de mest alvorlige pasientene.

– *Forskerne tar utgangspunkt i britiske forhold. Kan det da overføres til andre land?*

– Det er godt mulig at omregningen deres for Norge ikke er riktig. Men det vet vi ikke, fordi vi ikke har gjort egne analyser for Norge. Både Norheim-utvalget, Magnussen-utvalget og Prioriteringsmeldingen pekte på at det bør gjøres forskning på dette i Norge, men jeg vet ikke om noen har bevilget penger til den type forskning ennå.

– *Til slutt, tilbake til der vi startet: Hemmeligholdet. Er det problematisk at vurderingene skjer bak lukkede dører?*

– Jeg mener det. Selv om det kan være vanskelig, bør det være mulig å gjenskape resultatene som er framkommet. Det bør være transparens. Det er jo et paradoks at Norheim-rapporten hadde tittelen *Åpent og rettferdig*, men at hemmeligholdet har blitt utvidet etter at den kom.

Publisert: 30. oktober 2017. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. september 2026.