
Hvordan ta hensyn til helsetjenestens verdiskaping ved prioritering av helsetiltak?

KRONIKK

JENS TORUP ØSTBY

jens_torup@hotmail.com

Jens Torup Østby er samfunnsøkonom og direktør for markedstilgang og myndighetskontakt i legemiddelfirmaet Biogen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er ansatt i Biogen, som er et internasjonalt legemiddelselskap som utvikler og markedsfører legemidler innen flere terapiområder.

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN

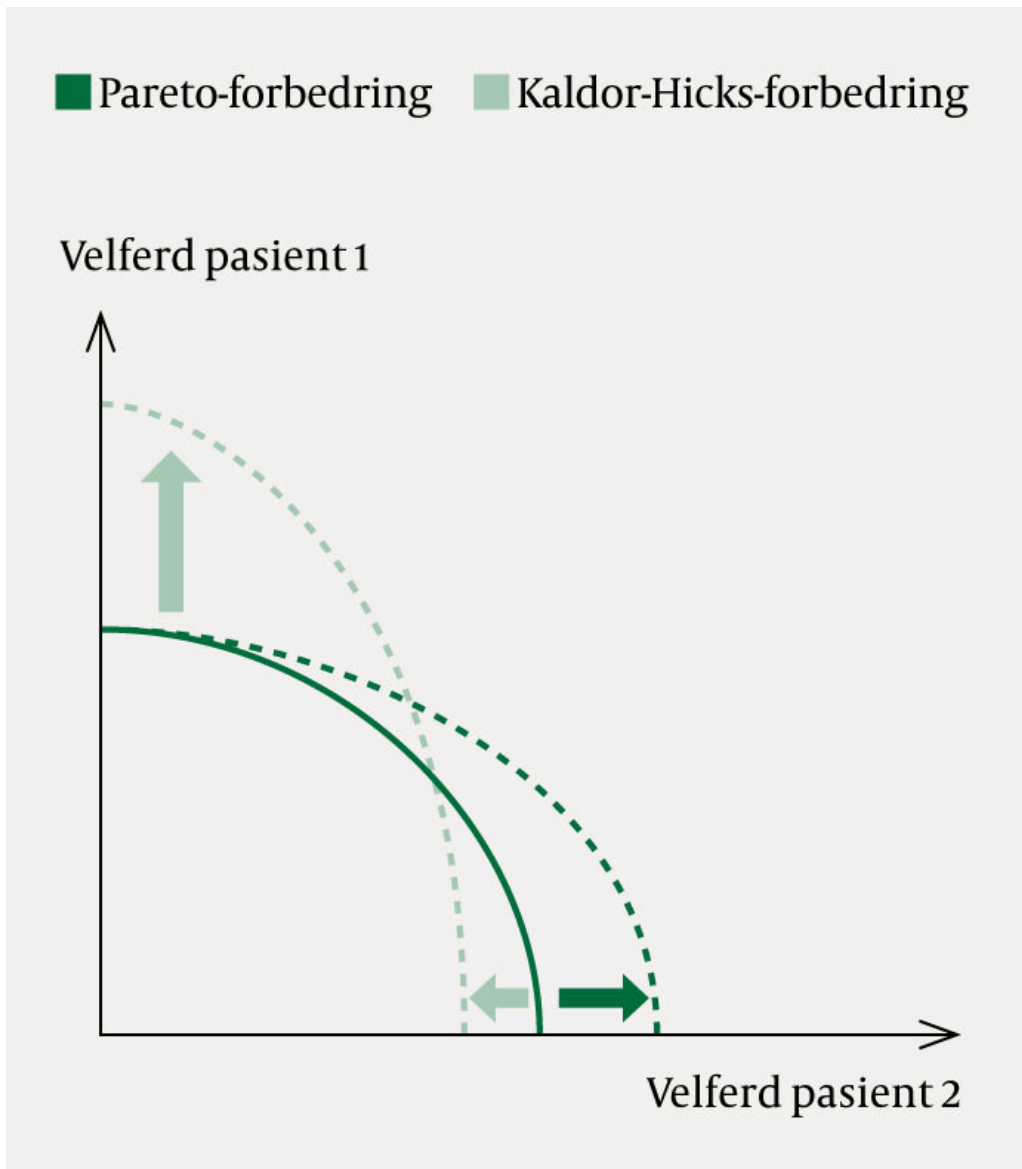
Ivar Sønbo Kristiansen er professor emeritus ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Hans forskningsinteresser er blant annet prioritering og økonomisk evaluering.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt lønn, honorar, måltider, reisestøtte og gaver fra en lang rekke offentlige institusjoner og private profit- og nonprofitinstitusjoner.

Prioritering handler om fordeling av knappe goder. Endring av prioriteringsregler medfører omfordeling av goder. Vi presenterer to forslag til hvordan endrede regler kan bidra til å skape mer velferd og akseptabel fordeling.

Regjeringen har bebudet en ny prioriteringsmelding i 2024 [\(1\)](#). Her er det knyttet spenning til om regjeringen ønsker prioriteringsregler som trekker inn helsetiltakenes effekter på verdiskaping i samfunnet. Enkelt sagt vil slike regler bety prioritering av pasientgrupper som kan bidra til verdiskapingen, men med risiko for at andre grupper taper. Vi omtaler dette som omfordelingseffekter.

Det er omfordelingseffektene som gjør endring av prioriteringsregler utfordrende, og det er ulike syn på hva som er akseptabelt (2). I samfunnsøkonomisk velferdsteori er en omfordeling der minst én person får økt velferd samtidig som ingen andre får den redusert, definert som en Pareto-forbedring. Slike omfordelinger bør utvilsomt gjennomføres, men forekommer sjelden. En vanligere omfordeling er en såkalt Kaldor-Hicks-forbedring. Det er en omfordeling av goder slik at de som opplever økt velferd, hypotetisk sett kunne kompensert de som fikk redusert velferd (3) (figur 1). En forutsetning er at den samlede velferden øker som følge av omfordelingen og er god samfunnsøkonomi. Allikevel kan tiltaket være kontroversielt, fordi det er vanskelig å kompensere den tapende part. Når regjeringen nå skal vurdere om verdiskaping skal hensyntas ved prioriteringer, er det nettopp Kaldor-Hicks-forbedringer det er snakk om.



Figur 1 Pareto- og Kaldor-Hicks-forbedringer illustrert med utgangspunkt i to pasienter, der deres respektive velferd måles langs aksene. Kaldor-Hicks-forbedringen øker den totale velferden, og hypotetisk sett kunne begge pasientene kommet bedre ut dersom pasient 1 hadde kompensert pasient 2.

Perspektiv i prioritering

I juni 2023 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet tre ekspertgrupper som skal bidra med kunnskapsgrunnlag for den varslede prioriteringsmeldingen. Én av gruppene skal vurdere hvilket analyseperspektiv som bør ligge til grunn for prioriteringer i helsesektoren. Med dette menes hvilke typer nytte og ressursbruk som skal tillegges vekt (4). Praksis i Norge er at helseøkonomiske analyser med små unntak fanger opp kostnader bare i helsetjenesten. Det er nå særlig spørsmål om analysene bør inkludere helsetiltakenes effekt på pasienters og pårørendes arbeidsevne. Endret arbeidsevne kan påvirke verdiskapingen i samfunnet og derigjennom skatteinntekter, offentlige velferdsytelser samt pasienter og pårørendes privatøkonomi. Slike effekter, som kalles produksjonseffekter, tas ikke hensyn til i dag.

«Mens det er bred enighet om at helsetiltak kan øke verdiskapingen i samfunnet, har diskusjonen stått rundt etiske aspekter knyttet til fordelingseffekter»

Temaet har vært mye diskutert (5–7). Mens det er bred enighet om at helsetiltak kan øke verdiskapingen i samfunnet, har diskusjonen stått rundt etiske aspekter knyttet til fordelingseffekter. Dersom produksjonseffekter tillegges vekt ved prioritering, vil pasientgrupper som ikke kan bli mer arbeidsføre, få relativt sett lavere prioritet. I en nylig publisert studie konkluderer man med at vektlegging av produksjonseffekter kan føre til høyere prioritering av yngre pasientgrupper med kroniske sykdommer i arbeidsfør alder, mens dagens praksis kan være i favør av eldre pasientgrupper med dødelige sykdommer (8). Ettersom nye helsetiltak finansieres over gitte budsjetter i helsetjenesten, skjer økt prioritet for én gruppe på bekostning av en annen.

Vi har altså med mulige Kaldor-Hicks-forbedringer å gjøre. Ved å vektlegge produksjonseffekter kan den totale velferden øke – samtidig som noen pasientgrupper blir uten helsetiltak. Et sentralt spørsmål er derfor om tapergruppen kan kompenseres, helt eller delvis, for det helsetapet de lider. Vi skisserer her et utkast til en kompensasjonsmekanisme. Målet er å inspirere til diskusjon, både i og utenfor ekspertgruppen, inn mot en ny prioriteringsmelding.

Å utvide til et samfunnsperspektiv

Verdiskaping i samfunnet i form av produksjon kan både økes og reduseres gjennom helsetiltak. I det følgende antar vi at helsetiltakene har netto positive effekter på produksjon og dermed gir grunnlag for kompensasjon av tapende grupper. Økt produksjon gir blant annet økte skatteinntekter og reduksjon i offentlige velferdsutgifter. Det er disse «friske midlene» som kan være aktuelle for omfordeling.

Én utfordring er at økte skatteinntekter og reduserte utgifter begunstiger budsjetter utenfor helsetjenesten. Det er viktig å understreke at det ikke er snakk om å omfordele eksisterende midler fra andre budsjetter til helsebudsjettene, men snarere legge til rette for at det kan oppstå friske midler som ellers ikke ville ha eksistert. En andel av disse

kan overføres som kompensasjon til helsetjenesten. Hvis ikke produksjonseffekter blir hensyntatt, blir det ventelig færre av disse midlene. Vi foreslår altså ikke å øke offentlige utgifter, men at det legges til rette for større verdiskaping på akseptabelt vis. Eierne av budsjettene hvor produksjonseffektene manifesterer seg, bør derfor ha en egeninteresse i å tilrettelegge for et samfunnsperspektiv i helseprioriteringer, dersom noe av verdiskapingen forblir i deres sektorer.

«Det er ikke snakk om å omfordele eksisterende midler fra andre budsjetter til helsebudsjettene, men snarere legge til rette for at det kan oppstå friske midler som ellers ikke ville ha eksistert»

Vi har registrert tre hovedinnvendinger mot vektlegging av produksjonseffekter ved prioritering. Den første er at det vil bli relativt sett lavere prioritet for pasientgrupper hvor få eller ingen opplever økt arbeidsevne som følge av tiltaket. Den andre er at verdiskapingen fra produksjonsvirkninger kan tilfalle helsetjenesteleverandører, siden verdien helt eller delvis prises inn i behandlingsprisen. Den tredje hovedutfordringen er at beslutningstakere mangler insentiver til å ta hensyn til samfunnsnyttens dersom den faller utenfor eget budsjett. For eksempel vil sykehus ikke ha direkte nytte av å prioritere tiltak som gir økte produksjonseffekter. Våre forslag har til hensikt å svare ut alle disse tre utfordringene.

Løsningsforslag

Til tross for omfattende forskningslitteratur er det uenighet om hvordan produksjonseffekter bør tallfestes og verdsettes (9). Vi antar myndighetene kan formulere regler for beregning av produksjonseffekter, mens vi foreslår to tiltak for å ta hensyn til dem. Tiltak A er rettet mot innvendingen om at helsetjenesteleverandør kan prise inn verdien av produksjonsvirkninger i behandlingsprisen, som beskrevet over, mens tiltak B er rettet mot de to andre hovedinnvendingene. Det kan være aktuelt å kombinere tiltakene eller benytte dem separat, avhengig av omstendigheter og ønsket effekt:

Tiltak A: Overskuddsdeling. Vektlegging av en andel $X < 100$ % av beregnet produksjonseffekt i den økonomiske analysen. Dette vil sikre at ikke hele effekten kan prises inn i behandlingsprisen. X vil åpenbart også bestemme i hvilken grad produksjonseffekter tillegges vekt i prioriteringsbeslutninger.

Tiltak B: Provenymetoden. Overføring av en andel $Y < 100$ % av forventet produksjonseffekt til helsebudsjettet. Økt produksjon betyr økte skatteinntekter og reduserte overføringer (sykmelding og uføretrygd). Ved å overføre en andel av dette til helsebudsjettene sikres det «friske penger» til behandling av flere pasienter.

Med forslaget om overskuddsdeling er det gode grunner til å anta at myndighetene og pasientene sitter igjen med en betydelig del av velferdsøkningen. Dette underbygges ved at legemiddelpriser sjelden inflasjonsjusteres over tid, i motsetning til verdien av produksjon. Andelen av verdiskapingen som tilfaller helsetjenesteleverandøren, vil derfor reduseres over tid uavhengig av verdien til X . I tillegg følger det ofte ytterligere prisreduksjoner årene etter innføring grunnet konkurranse og etter hvert patentutløp.

Hvorvidt midlene som følger med provenymetoden vil være tilstrekkelig til å kompensere eventuelle tapende pasientgrupper ved vektlegging av produksjonseffekter, avhenger av hvor mye som overføres. Men det er ikke utenkelig at de som på marginen blir nedprioritert som følge av endring i prioriteringsregler, er de første som prioriteres opp ved tilførsel av nye midler. At flere pasienter enn tidligere vil bli behandlet, vil uansett bøte på det etiske dilemmaet. Dette er også i tråd med gjeldende ressurskriterium, som innebærer at tiltak som legger beslag på få ressurser i helsevesenet, gitt at alt annet er likt, skal ha høyere prioritet. Begrunnelsen er at det frigir ressurser som kan skape mer helse. Forslaget skaper også insentiv for beslutningstakere til å vektlegge verdier utenfor eget budsjett.

Praktisk gjennomføring

Tiltakene kan implementeres på flere måter, men forutsigbarhet for aktørene er viktig. Det eksisterer andre ordninger for tilførsel av ekstra midler til helsebudsjettene (10), og noen av de bakenforliggende mekanismene kan være til inspirasjon. For å gjøre forslagene praktisk enkle foreslår vi at provenymetoden bare benyttes når de årlige produksjonseffektene ved et helsetiltak overstiger 20 millioner kroner per år på gruppenivå. På den måten unngår man ekstraarbeid med endring av budsjetter der endringene får små konsekvenser for prioritering. Forventede effekter av mindre størrelse kan fortsatt vektlegges ved prioritering. Det samme gjelder forslaget om overskuddeling (tiltak B).

Beløp over en viss grense kan behandles og overføres i forbindelse med ordinært statsbudsjett, for eksempel 150 millioner kroner og høyere, mens lavere beløp kan behandles i forbindelse med andre budsjettsalderinger gjennom året.

Hovedkritikken mot en ordning for tilførsel av midler ved store forventede budsjettkonsekvenser er at den forsinker innføring av kostnadseffektive behandlinger, fordi innføringen skal godkjennes i ordinært statsbudsjett. Ved å benytte flere salderinger gjennom året reduseres problemet.

«Hovedkritikken mot en ordning for tilførsel av midler ved store forventede budsjettkonsekvenser er at den forsinker innføring av kostnadseffektive behandlinger»

Våre forslag kan implementeres gjennom Nye metoder, som i prinsippet dekker hele spesialisthelsetjenesten og gjennom budsjettprosessene for Folkehelseinstituttet (bl.a. vaksiner) og Helsedirektoratet (bl.a. screening). Beregning av X baseres på metodevurderinger som allerede gjøres for vurdering av en rekke tiltak.

Et sentralt spørsmål er hvilken andel av produksjonseffekten som skal overføres til helsesektoren. Med tanke på at produksjonseffekter ofte virker over flere år, kan det gjøres en engangsoverføring på basis av tiltakets forventede produksjonseffekter og levetid eller som årlige overføringer. I begge tilfeller vil Y medføre at produksjonseffekten forventes å bidra med økt skatteproveny og reduksjon i offentlige utgifter langt ut over beløpet som overføres til helsetjenesten.

Diskusjon

Våre forslag betyr at helsetiltakenes bidrag til verdiskaping i samfunnet skal telle ved prioritering. Dette er i strid med gjeldende prioriteringsmelding, men har også vært anvendt i helsetjenesten tidligere. I en periode fikk norske sykehus tilført ekstra midler for å behandle pasienter raskere når de var sykmeldte i påvente av behandling (11).

Verdiskaping ble tillagt vekt da man vurderte omfanget av koronatiltak, og kommuner har kjøpt privat helseforsikring for sine ansatte for å unngå lange sykmeldinger.

Dersom verdiskaping ble tillagt vekt ved prioritering av helsetiltak, vil det med provenymetoden bety økte helsebudsjetter. Budsjetteffekten vil bli større jo større endringen i rangering av tiltak blir. Dersom verdiskapingen medfører store endringer i hvilke tiltak som prioriteres, innebærer det at produksjonseffekter av stor verdi er sannsynliggjort. Følgelig vil beløpet som overføres til helsebudsjettet, bli relativt stort. Det betyr at den totale mengden helsegevinster øker, men prioriteringen av tiltakene endres. Vi håper den videre prioriteringsdebatten vektlegger prinsipper og ikke enkeltteksempler på konsekvenser av de standpunkter man inntar.

Det norske velferdssamfunnet står overfor betydelige utfordringer i tiden fremover (12), med en aldrende befolkning, lav produktivitetsvekst og en høy andel som lever på offentlige overføringer i arbeidsfør alder. Helsepersonellkommisjonen (13) påpekte i tillegg at personell vil være en begrensende faktor for et bærekraftig helsevesen og at politikk må utformes deretter. Med over 300 000 ansatte i helsevesenet er det ingen urimelig antagelse at økt verdiskaping også kan bidra til at flere kommer i arbeid i helsesektoren.

Våre forslag vil kunne bidra både til finansiering av flere helsetjenester og bevisstgjøring av at verdiskaping er en forutsetning for velferdsstaten. Undersøkelser har vist bred oppslutning blant nordmenn for å styrke finansieringen av den offentlige helsetjenesten (14, 15). Våre løsningsforslag kan bidra til at det skjer på målrettet og økonomisk bærekraftig vis.

REFERENCES

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen setter ned tre ekspertgrupper. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-setter-ned-tre-ekspertgrupper-til-prioriteringsmeldingen/id2989600/> Lest 27.10.2023.
2. Olsen JA, Richardson J. Production gains from health care: what should be included in cost-effectiveness analyses? *Soc Sci Med* 1999; 49: 17–26. [PubMed] [CrossRef]
3. Oxford Reference. Kaldor-Hicks efficiency. <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/oi/authority.20110803100028833> Lest 27.10.2023.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Ekspertgruppen om perspektiv i prioriteringer. <https://www.regjeringen.no/contentassets/09eeba65923f4ef99c605074816028ac/ekspertgruppen-om-perspektiv-i-prioriteringer02.pdf> Lest 27.10.2023.

5. Østby JT, Holmboe F, Hansen A et al. Bør arbeidsevne vektlegges i metodevurderinger? Dagens Medisin 23.8.2022. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/bor-arbeidsevne-vektlegges-i-metodevurderinger/302488> Lest 27.10.2023.
6. Kjerkol I. Skal arbeidsevnen vår telle i møte med helsetjenesten? Dagens Medisin 17.6.2022. <https://www.dagensmedisin.no/blogg/skal-arbeidsevnen-var-telle-i-mote-med-helsetjenesten/324502> Lest 27.10.2023.
7. Skogli E, Stokke OM. Skal ikke samfunnsnyttene telle? Dagens Medisin 23.6.2022. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/skal-ikke-samfunnsnyttene-telle/244653>
8. Kinge JM, de Linde A, Dieleman JL et al. Production losses from morbidity and mortality by disease, age and sex in Norway. Scand J Public Health 2023; 0: 14034948231188237. [PubMed][CrossRef]
9. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. <https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser> Lest 27.10.2023.
10. Statens legemiddelverk. Slik får legemidler offentlig finansiering. <https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/slik-far-legemidler-offentlig-finansiering> Lest 27.10.2023.
11. Folkehelseinstituttet. Brukererfaringer med "Raskere tilbake". <https://www.fhi.no/publ/2017/brukererfaringer-med-raskere-tilbake/> Lest 27.10.2023.
12. Finansdepartementet. Perspektivmeldingen 2021. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/> Lest 27.10.2023.
13. Helse- og omsorgsdepartementet. Helsepersonellkommisjonen. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/tidligere-styrer-rad-og-utvalg/helsepersonellkommisjonen/id2920239/> Lest 27.10.2023.
14. Solberg CT, Tranvåg EJ, Magelssen M. Attitudes towards priority setting in the norwegian health care system: a general population survey. BMC Health Serv Res 2022; 22: 444. [PubMed][CrossRef]
15. Norheim OF. Bør Norge bruke mer penger på helsetjenester? Dagens Medisin 29.6.2022. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/bor-norge-bruke-mer-penger-pa-helsetjenester/308385> Lest 27.10.2023.

Publisert: 10. november 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0706
Mottatt 16.10.2023, første revisjon innsendt 24.10.2023, godkjent 27.10.2023.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. juli 2026.