
Perspektiver på prioritering

KRONIKK

ELINE AAS

Eline Aas er professor i helseøkonomi ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GUDRUN WAALER BJØRNELV

Gudrun Waaler Bjørnelv er førsteamanuensis i helseøkonomi ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CHRISTINA HANSEN EDWARDS

Christina Hansen Edwards er forsker ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGRID HJORT

ingrid.hjort@bi.no

Ingrid Hjort er postdoktor ved Institutt for samfunnsøkonomi, Handelshøyskolen BI. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Når nye tiltak skal innføres i helsetjenesten, må vi som samfunn ta stilling til om tiltaket er verdt ressursene det krever. Vi må prioritere. Men hvilke hensyn skal telle med i vurderingen?



Vaksiner som folkehelseiltak, er et særskilt tilfelle hvor man i dag tillater at vurderinger gjøres ut fra et samfunnsperspektiv. Illustrasjonsfoto: iStock

Valg av perspektiv på samfunns- eller helsetjenestenivå kan ha stor betydning for hvilke helsefremmende tiltak som blir finansiert av det offentlige og inkludert i behandlingsretningslinjene. Nylig vedtok Stortinget en ny prioriteringsmelding for helsetjenesten: *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste* (1). I denne ble det vedtatt å videreføre et «utvidet helsetjenesteperspektiv». Samtidig åpnes det i særskilte tilfeller for elementer fra et samfunnsperspektiv i tilleggsanalyse («sekundæranalyse»).

For å forstå Stortingets beslutning, er det nødvendig med innsikt i hva som menes med et utvidet helsetjenesteperspektiv, og hvordan dette perspektivet avviker fra et (mer omfattende) samfunnsperspektiv. I denne kronikken ønsker vi å forklare dette.

Vi diskuterer beslutninger om tiltak rettet mot en definert pasientgruppe (brukere), ikke prioritering av individer på klinisk nivå. Valg av perspektiv gjelder en gruppes tilgang til et helsetiltak som vurderes innført. Når tiltaket først er innført, vil det være klinisk skjønn og samvalg som avgjør den enkeltes tilgang.

Rammene for prioritering

Beslutningene på gruppenivå baseres i hovedsak på kostnadseffektivitetsanalyser der valget av perspektiv for analysen handler om hvilke konsekvenser (virkninger) som er relevante å ta med, og hvilke som ikke blir belyst.

I Norge er det bestemt at prioritering av et nytt tiltak i helsetjenesten skal gjøres på grunnlag av tiltakets effekt, ressursbruk og alvorlighet (1). Kriteriene er generelle og skal gjelde for alle tiltak og sykdomsgrupper. Effekt, også omtalt som nyttekriteriet eller helsegevinst, skal måles i «gode leveår» og kvantifiseres

som kvalitetsjusterte leveår (*quality-adjusted life years, QALYs*). Alvorlighet skal måles i absolutt prognosetap, og kvantifiseres i tapte QALYs over livsløpet for en tilstand, sammenlignet med gjennomsnittspopulasjonen. Ressurser verdsettes i monetære enheter. Effekt- og ressurskriteriet sammenstilles i en kostnadseffektivitetsanalyse [\(2\)](#), mens alvorlighet påvirker beslutningsregelen. Jo mer alvorlig en tilstand er, forutsatt at alt annet er likt, desto høyere ressursbruk kan aksepteres.

«I Norge er det bestemt at prioritering av et nytt tiltak i helsetjenesten skal gjøres på grunnlag av tiltakets effekt, ressursbruk og alvorlighet»

Det er i all hovedsak ressurskriteriet vi tenker på når vi diskuterer ulike perspektiv.

Perspektiv på gruppe- versus individnivå

Beslutninger i helsetjenesten skjer på ulike nivå. Lønning II-utvalget pekte på at det er viktig å skille beslutningsnivåene i prioriteringsdebatten, da ulike nivå har ulike siktemål og avveininger [\(3\)](#). Vi skiller mellom gruppenivå og individnivå. På gruppenivå tas det beslutninger om hvorvidt tiltak skal bli tilgjengelige, oppdateres eller byttes ut. På klinisk nivå, i møtet mellom behandler og pasient, tas det beslutninger ut fra de tiltakene som er tilgjengelig på behandlingstidspunktet. I diskusjonen om analyseperspektiv forholder vi oss til beslutninger på gruppenivå.

Et eksempel på hvordan valg av perspektiv kan påvirke vurderinger, kan være et nytt dyrere legemiddel med lik effekt, men med dokumentert positiv virkning på deltakelse og muligheten til å stå i jobb. På dette området, legemidler med moderate budsjettkonsekvenser, skal vurderinger gjøres ut fra et «utvidet helsetjenesteperspektiv» [\(1\)](#). Hvis legemiddelet hadde blitt innført på bakgrunn av et samfunnsperspektiv, og ikke med et utvidet helsetjenesteperspektiv, ville alle relevante pasienter likefullt få tilgang til og tilbud om medikamentet – uavhengig av om de selv er i jobb eller ikke.

Et annet eksempel er vurderingen av en ny vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksiner som folkehelseiltak, er et særskilt tilfelle hvor man i dag tillater at vurderinger gjøres ut fra et samfunnsperspektiv [\(1\)](#). La oss si at denne vaksinen har en positiv samfunnsgevinst ved at den, i tillegg til å redusere sykkelighet (effekt) og dermed behovet for helsetjenester (ressursbruk), også kan redusere foreldrenes arbeidsfravær (produksjonsgevinst for samfunnet). Denne siste effekten inngår ikke i vurderinger med et utvidet helsetjenesteperspektiv (tabell 1). Hvis vaksinen blir innført på bakgrunn av vurderingen i et samfunnsperspektiv, vil den bli tilbudt til alle i barnevaksinasjonsprogrammet – uavhengig av om foreldrene er i jobb eller ikke.

Definisjon av perspektiv

I et helsetjenesteperspektiv inkluderes ressursbruken for helse- og omsorgstjenestene som finansieres av det offentlige. Samfunnsperspektivet inkluderer de samme komponentene, men i tillegg inngår produksjon og deltagelse for dem tiltaket er rettet mot, samt andre involverte (som uformelle omsorgsgivere). Positive eller negative virkninger på ressursbruken i andre sektorer (som kriminalomsorg, barnevern, utdanningssektoren og privat næringsliv), skal også inkluderes. Generelt innebærer et samfunnsperspektiv at vi inkluderer alle vesentlige konsekvenser som oppstår som følge av et tiltak, uavhengig av hvilken sektor som opplever gevinsten eller bærer kostnadene. Målet er å få en helhetlig forståelse av tiltakets samlede virkning på samfunnet.

«Generelt innebærer et samfunnsperspektiv at vi inkluderer alle vesentlige konsekvenser som oppstår som følge av et tiltak, uavhengig av hvilken sektor som opplever gevinsten eller bærer kostnadene»

I det utvidede helsetjenesteperspektivet, som er dagens praksis, inkluderes komponenter fra både helse- og samfunnsperspektivet. Tabell 1 gir en oversikt over virkninger som faller inn under de ulike perspektivene, se [\(4\)](#) for en mer utfyllende beskrivelse av samtlige virkninger.

I det videre vil vi belyse tre utvalgte virkninger som ofte blir gjenstand for diskusjon. Disse er uformell omsorg, produksjonsvirkninger og stønader.

Sektor	Konsekvenser	Perspektiv		
		Helsetjeneste	Samfunn	Utvidet helsetjeneste
Helse	<i>Helseeffekt (i form av gode leveår)</i>			
	Kvalitetsjusterte leveår (QALY-er), pasient	■	■	■
	Kvalitetsjusterte leveår (QALY-er), pårørende ¹		■	■
	Smitte (indirekte beskyttelse, QALY-er)	■	■	■
	Andre helseeffekter (uønskede hendelser, mestring og verdighet)	■	■	■
	<i>Ressursbruk i offentlige helse- og omsorgstjenester (Inkluderer spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og legemidler)</i>			
	Kostnader ved tiltaket	■	■	■
	Fremtidige relaterte helsetjenestekostnader	■	■	■
	Fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader	■	■	■
	Helse- og omsorgstjenester som ikke er offentlig finansierte	Uformell omsorg (tidskostnad)		■
Helse- og omsorgstjenester betalt av pasient (helprivate tjenester)			■	
Tidsbruk ved tiltaket (intervensjon, behandling og oppfølging)			■	■
Transportkostnader			■	■
Andre samfunnsområder	Arbeid i formell sektor (betalt produksjon)		■	
	Deltagelse i uformell sektor (ikke-betalt produksjon) ²		■	
	Stønader (sykepenger, arbeidsavklaringspenger, ulike pensjoner osv.)		■	
	Offentlig finansierte tjenester (barnevern, familievernkontor, hjelpemidler osv.)		■	
	Justissektoren (ressursbruk, kriminalitet)		■	
	Utdanningssektoren (ressursbruk, deltagelse)		■	
	Miljø- og klimaavtrykk		■	
	Andre relevante konsekvenser (næringsliv, innovasjon, kunnskapsutvikling, beredskap osv.)		■	

Oppdatert versjon, august 2025.

¹ Gjeldende anbefalinger om et utvidet helsetjenesteperspektiv kan man beregne effekter som tilfaller pårørende i separate analyser.

² Verdien av øvrig samfunnsdeltagelse kan også fanges opp i estimeringen av livskvalitet gjennom kategorien «daglige aktiviteter», i så fall må analysen ta hensyn til dobbelttelling.

Tabell 1 Konsekvensoversikt i ulike perspektiv (1, 4)

Uformell omsorg

Uformell omsorg er virkninger, positive eller negative, på pårørende. Et tiltak som er ressursbesparende i helse- og omsorgssektoren, kan ha uønskede ringvirkninger for pårørende som utøver pleie og omsorg i hjemmet. Ved å inkludere konsekvenser for uformell omsorg, synliggjør analysen de eventuelle samfunnsmessige kostnadene når pårørende blir tildelt flere omsorgsoppgaver. I et helsetjenesteperspektiv vil mer omsorg utført i hjemmet fremstå som en ren besparelse. Med et samfunnsperspektiv får man belyst den totale virkningen av å overføre byrden på en tredjepart (de uformelle omsorgsgiverne). Hvis pårørende må redusere lønnet arbeid for å ta seg av sine pleietrengende, blir det mindre arbeidsressurser tilgjengelig for andre oppgaver i samfunnet.

Produksjonsvirkninger (betalt og ikke-betalt)

Med produksjonsvirkninger mener vi endringen i samfunnets totale verdiskaping som følge av et tiltaks forventede virkning på pasientpopulasjonens arbeidsdeltagelse, arbeidsevne eller mulighet til å delta i samfunnet. Et samfunnsperspektiv vektlegger samfunnsbidraget av et tiltak, ikke konsekvensene for pasientenes privatøkonomi.

Noen tiltak påvirker også pasientgruppens mulighet til å delta i samfunnet utover lønnet arbeid. Å ta del i samfunnslivet har verdi, uavhengig om man er i betalt arbeid eller ikke. Endringer i generell samfunnsdeltagelse skal i teorien også inkluderes, selv om den ikke lønnes, registreres eller gir skatteinntekter. Ikke-betalt produksjon er for eksempel driften av en husholdning (som matlaging, barnepass, husvask og snømåking) eller annet samfunnsbidrag, som deltakelse i organiserte og uorganiserte fritidsaktiviteter, sosialt samvær eller frivillig, politisk og religiøst arbeid. Det skapes verdier og velferd også av slike aktiviteter. Med andre ord er tiden til pasientgrupper som ikke står i arbeid, men som deltar i samfunnslivet på annet vis, også viktig dersom vi velger et samfunnsperspektiv. Betalt produksjon er enklere å dokumentere enn ikke-betalt produksjon (samfunnsdeltagelse), ettersom endringer i arbeidsmarkedstilknytning registreres i nasjonale registre.

Tiltak som påvirker pasientgruppens eller populasjonens mulighet til å delta i skole og utdanning, kan ha betydningsfulle samfunnsvirkninger og er særlig aktuelt for tiltak rettet mot barn og ungdom i skolealder.

Produksjonsvirkninger vil kun være relevante for tiltak hvor det kan dokumenteres (eller sannsynliggjøres) en direkte påvirkning på pasientgruppens arbeidsevne eller samfunnsdeltagelse. I praksis vil analysen ta utgangspunkt i en forventet gjennomsnittsverdi av produksjonsvirkningen til en pasientgruppe, som reflekterer verdien av både formell og uformell produksjon. Oppsettet kan følge samme pragmatiske tilnærming som i annen samfunnsøkonomisk analyse, hvor verdien av endret produksjon er et befolkningsgjennomsnitt (som gjennomsnittslønn). Pasientgruppens alder, kjønn, yrke eller bosted vil ikke komme til uttrykk i slike aggregerte fastsatte verdier. Hvis en tilstand spesifikt rammer lavlønte eller kvinner, vil tiltakets produksjonsvirkning ha samme standardiserte enhetsverdi som om tilstanden rammet høytlønte eller menn.

Stønader

Ofte pekes det på at et nytt tiltak i helsetjenesten vil redusere offentlige utgifter i form av færre trygdeytelser. Her må et samfunnsperspektiv ikke forveksles med et statsfinansielt perspektiv. Formålet ved prioriteringer i helsetjenesten må være å maksimere velferd, ikke minimere utgifter på statsbudsjettet.

Tiltak i helsetjenesten kan påvirke antallet personer som mottar ulike stønader og velferdsytelser. For eksempel kan spesialisert rusbehandling redusere behov for dagpenger, sosialhjelp, bostøtte og andre ytelser. I et samfunnsperspektiv er disse stønadene en «overføring» og ikke en virkning, og de skal derfor ikke inkluderes i analysen.

«Formålet ved prioriteringer i helsetjenesten må være å maksimere velferd, ikke minimere utgifter på statsbudsjettet»

En overføring er en forflytning av (økonomiske) midler i befolkningen og ikke en utgift for samfunnet. Det noen betaler inn i skatt, får andre utbetalt gjennom stønader. Det er skatteinnskrevningen og ikke stønadsutbetalingene som legger beslag på samfunnets ressurser. Skal denne virkningen være aktuell må det foreligge overbevisende dokumentasjon på at nettovirkningen av det nye ressurskrevende helsetiltaket faktisk er redusert behov for skatteinntekter i økonomien. Den reelle samfunnsmessige virkningen skal måles ved skattefinansieringskostnaden, som er satt til 20 øre per offentlige krone brukt eller spart (5).

Viktige hensyn når perspektivet utvides

Enhver analyse, uavhengig av perspektiv, stiller krav til dokumentasjon av virkninger. Å inkludere flere virkninger i en sekundæranalyse medfører at flere komponenter må dokumenteres, og usikkerheten vil trolig bli høyere. Dokumentasjonskravene står fast uavhengig om virkningen faller innenfor eller utenfor helsesektoren.

Utvidede analyser vil gi behov for dokumentasjon på andre områder. Forskningen fremover bør derfor se på flere konsekvenser av et tiltak som faller utenfor ressursbruk i helsetjenesten, som for eksempel uformell omsorg, virkningen på betalt- og ikke-betalt produksjon eller utdanningsutfall.

Når elementer fra et samfunnsperspektiv belyses i en sekundæranalyse, vil det kunne oppstå situasjoner hvor noen relevante konsekvenser ikke kan dokumenteres. En konsekvensoversikt, som vist i tabell 1, kan bidra til å informere beslutningstagerne om årsaker til at virkninger utelates.

Kommende prioriteringer må muliggjøre systematisk observasjon av hvilke konsekvenser som sjelden eller aldri inkluderes på grunn av manglende dokumentasjon – noe som på sikt vil kunne gi uønskede skjevheter. Dette bør igjen lede til målrettet innsats for å forbedre dokumentasjonsgrunnlaget, for eksempel gjennom forskning på området.

Forfatterne var, med unntak av Edwards, medlemmer i den regjeringsoppnevnte ekspertgruppen Perspektiv i prioritering (2024).

REFERENCES

1. Meld. St. 21 (2024-2025). Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20242025/id3096827/> Lest 22.8.2025.
2. Bjørnelv GMW, Aas E. Kostnadseffektivitetsanalyse: et rammeverk for prioriteringskriteriene. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0474. [PubMed][CrossRef]
3. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 1997: 18 Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956/> Lest 22.8.2025.

4. Melberg HO, Aas E, Barra M et al. Perspektiv og prioriteringer.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-ekspertgruppe-om-perspektiv-og-prioriteringer/id3025560/?ch=1> Lest 22.8.2025.

5. Finansdepartementet. Rundskriv R-109. Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/run-dskriv/faste/r_109_2021.pdf Lest 22.8.2025.

Publisert: 4. september 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0419

Mottatt 26.6.2025, første revisjon innsendt 31.7.2025, godkjent 22.8.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.