

RAPPORT

# ULIK PRAKSIS OG PRIORITERING AV LIV OG HELSE I HELSERELATERTE INVESTERINGER





## Forord

Menon har gjennomført en vurdering av dagens praksis knyttet til samfunnsøkonomiske vurderinger av helsetiltak i Norge. Prosjektet er finansiert av Legemiddelindustrien (LMI). Vi vil takke intervjuobjekter og fagfolk vi har konsultert for viktige bidrag til denne diskusjonen. Forfatterne står ansvarlig for alt innhold i rapporten.

---

Desember 2021

Erland Skogli  
Prosjektleder  
Menon Economics

# Innhold

|  |           |
|--|-----------|
| <b>SAMMENDRAG</b>  | <b>3</b>  |
| <b>1. INNLEDNING</b>   | <b>5</b>  |
| 1.1. Kontinuerlig utvikling for bedre og mer konsistente metodiske rammeverk     | 5         |
| 1.2. Faglig innspill som setter problemstillingen på dagsorden                   | 5         |
| 1.3. Rapportens oppbygning   | 6         |
| 1.4. Begrepsavklaringer  | 6         |
| <b>2. LIKE VIRKNINGER VURDERES ULIKT</b>   | <b>7</b>  |
| 2.1. Kvalitetsjusterte leveår (QALY)   | 7         |
| 2.2. Liv og helse målt som en økonomisk størrelse                                | 7         |
| 2.3. Produksjonsvirkninger   | 12        |
| 2.4. Helsesektoren «underselger» seg selv i kampen om ressursene                 | 15        |
| <b>3. SAMFUNNSØKONOMISKE VURDERINGER KNYTTET TIL COVID-19</b>                    | <b>17</b> |
| 3.1. Diskusjonen rundt det metodiske rammeverket                                 | 17        |
| 3.2. Tapte verdiskaping og velferd som kostnad                                   | 19        |
| <b>4. INKONSISTENTE VURDERINGER INNAD OG PÅ TVERS AV SEKTORER</b>                | <b>21</b> |
| 4.1. Tilgang til nye legemidler  | 21        |
| 4.2. Samfunnsperspektiv og utvidet helseperspektiv                               | 26        |
| 4.3. Metodisk rammeverk i helsesektoren hvor helseeffekter vanligvis ikke inngår | 28        |
| 4.4. Måling og verdsetting av helseeffekter utenfor helsesektoren                | 31        |
| <b>5. KONKLUSJON</b>   | <b>34</b> |
| 5.1. Like virkninger vurderes ulikt  | 34        |
| 5.2. Inkonsistente valg av metode og analyseperspektiv                           | 35        |
| 5.3. Uheldige konsekvenser   | 35        |
| 5.4. Anbefaling  | 36        |
| <b>REFERANSER</b>  | <b>37</b> |

## Sammendrag

Samfunnsøkonomiske analyser er et viktig verktøy for å kunne sammenligne virkningene av ulike tiltak på tvers av samfunnsområder og sikre et godt beslutningsunderlag for viktige prioriteringer. Det pågår et kontinuerlig arbeid med å videreutvikle og forbedre verktøyene, også når det kommer til anvendelse innenfor helsefeltet.

Denne rapporten fokuserer på to viktige elementer i samfunnsøkonomiske analyser knyttet til helse, og peker på en systematisk inkonsistens i dagens praksis:

- Ulik vurdering og anvendelse av verdien av liv og helse, såkalte *kvalitetsjusterte leveår*
- Ulik vurdering og anvendelse av *produksjonsvirkninger*, det vil blant annet si samfunnskostnaden knyttet til sykefravær og uførhet

Vurdering og anvendelse av disse elementene avhenger i dag av hva slags tiltak det er snakk om, og om tiltaket retter seg mot en frisk eller en syk befolkningsgruppe. Hvis et tiltak retter seg mot en frisk befolkningsgruppe skal vurderingene gjøres innenfor et *helhetlig samfunnsperspektiv*, mens for syke befolkningsgrupper skal tiltakene vurderes innenfor et såkalt *utvidet helsetjenesteperspektiv*. Dette selv om tiltakene har samme formål: å redusere samfunnskostnadene knyttet til tap av liv og god helse.

Rapporten viser gjennom syv ulike eksempler at hvorvidt man velger et samfunnsperspektiv eller helsetjenesteperspektiv kan være noe tilfeldig (og at begrunnelsen er uklar eller manglende), men at valget kan ha store konsekvenser for resultatene av analysen:

- Med et utvidet helsetjenesteperspektiv skal produksjonsvirkninger ikke hensyntas.
- Videre tildeles en lik helsegevinst en vesentlig lavere økonomisk verdi med et utvidet helsetjenesteperspektiv enn med et samfunnsperspektiv.

Resultatet er at myndigheter og beslutningstakere må forholde seg til inkonsistente informasjonsgrunnlag, der verdien av liv som spares avhenger av tiltaket og den kategorien tiltaket faller inn under. Fra et skattebetaler-, innbygger-, pasient- og folkevalgtperspektiv er det imidlertid nytten i form av sparte liv og helse, sett opp mot kostnaden, som er interessant, og ikke hvorvidt tiltaket sorterer i den ene eller andre tiltakskategorien.

Offentlig finansierte tiltak skal altså sikte mot å gi høyest mulig avkastning tilbake til samfunnet, samfunnsnytte per budsjettkrone. For tiltak med helseeffekt handler investeringen om å minimere tap av liv og helse, produksjonstap og andre negative samfunnskonsekvenser som følger av sykdom og ulykker. Helsesektorens fokus på *egen alternativkostnad* i prioritering av behandling, er en metode for å minimere sykdomsbyrden innenfor sektorens tildelte økonomiske rammer. Samtidig representerer helsetjenestens alternativkostnad en langt lavere betalingsvillighet for kvalitetsjusterte leveår enn det som er lagt til grunn som «samfunnets betalingsvillighet» for tilsvarende helsegevinst. Vi viser i denne rapporten at *samfunnets betalingsvillighet* for et kvalitetsjustert leveår, det vil si *samfunnets alternativkostnad*, er en mer relevant måleparameter.

Et utvidet helseperspektiv i vurdering av helsetiltak fremfor et samfunnsperspektiv er uttrykk for en silotankegang, hvor den fulle samfunnsnytte knyttet til investeringer i helsesektoren tilsynelatende ikke gjenspeiles i beslutningsgrunnlaget myndighetene legger til grunn for investeringer i sektoren. Dette er ulikt den praksis vi ellers finner i andre offentlige sektorer. For eksempel er det ikke slik at et samferdselstiltak som bygging av motorvei med fysisk midtdeler skal vurderes opp mot samferdselsektorens alternativkostnad når det gjøres en obligatorisk samfunnsøkonomisk analyse av slike store investeringer. Det er samfunnets alternativkostnad som legges til grunn. Dermed vil dette også i prinsippet påvirke myndighetenes totale prioriteringer av ressurser til samferdsel.

Når vi også vet at sparte liv og helse ofte utgjør en betydelig del av nytten knyttet til slike samferdselsinvesteringer, blir det vanskelig å forstå hvorfor investeringer i helsesektoren med samme formål

skal vurderes med samfunnsøkonomiske analyser som følger helt andre prinsipper. Det er da en betydelig fare for at ulike nyttevurderinger av samme effekt bidrar til en suboptimal allokering av samfunnets ressurser. I klartekst kan vi si at tiltak i helsesektoren vil være mindre verdt enn helsetiltak i andre sektorer. Det er neppe hensikten med dagens praksis. I den grad politiske beslutninger bygger på økonomiske analyser vil dette kunne føre til at nasjonal transportplan får for høye bevilgninger mens nasjonal sykehusplan får for lave bevilgninger.

Videre vil også tilsvarende inkonsistens innad i helsesektoren kunne føre til at ett tiltak, for eksempel protonterapi, velges fremfor et annet, for eksempel migreneterapi eller innføring av en ny e-helseløsning, for å benytte tre av eksemplene vi beskriver i denne rapporten. Det er altså ikke slik at denne metodiske inkonsistensen knyttet til verdien av kvalitetsjusterte leveår og inkludering/ekskludering av produksjonsvirkninger er begrenset til forhold som handler om hvorvidt tiltaket foregår innad i helsesektoren eller utenfor helsesektoren.

«Det er helse i alt vi gjør», fastslår Helse- og omsorgsdepartementet. Tiltak som har som formål å spare liv og helse bør fra et samfunnsøkonomisk perspektiv vurderes så konsistent og likeartet som mulig for at beslutningstagere skal kunne ta raske beslutninger med et best mulig informasjonsgrunnlag. Dette har vi fått en viktig påminnelse om gjennom pandemien, der vi som samfunn har vært villige til å investere flere hundre milliarder kroner i tiltak både innenfor og utenfor helsesektoren, rettet mot både frisk og en syk del av befolkningen, for å redusere sykdomsbyrden knyttet til virusykdommen covid-19.

Basert på informasjonen som er sammenstilt i denne rapporten, vil vi anbefale å utjevne dagens skille i metodisk rammeverk og verdsetting. Vårt forslag er å gå bort i fra helsesektorens særegne tilnærming, og gjøre vurderinger som er konsistente med hvordan vurderinger gjøres i andre sektorer. Det innebærer å gå bort i fra et utvidet helsetjenesteperspektiv og over til et samfunnsperspektiv.

Med andre ord anbefaler vi å inkludere produksjonsvirkninger i vurdering av helsetiltak. Vi anbefaler også at kvalitetsjusterte leveår tildeles en konkret verdi som er konsistent på tvers av sektorer. Her støttes vi av ledende økonomer fra både academia, forvaltningen og helseøkonomiske miljøer ellers. Dette er også anbefalingen i en ny veileder fra Helsedirektoratet, som igjen støttes av Finansdepartementet: «*FIN er (...) positive til at Helsedirektoratet arbeider for å harmonisere hvordan helseeffekter verdsettes på tvers av tiltak og på tvers av sektorer, gjerne ut fra en QALY-metodikk*». Finansdepartementet peker også på at helsesektoren gjennomfører kostbare tiltak rettet mot en frisk del av befolkningen, bl.a. gjennom vaksineprogrammer, og illustrerer med dette inkonsistensen i dagens prinsipper og praksis.

Oppsummert mener vi at endringene vi foreslår vil bidra til at vi får et mer transparent og sammenlignbart informasjonsgrunnlag for å vurdere hvordan skattebetalernes penger allokeres, både på tvers av sektorer og innad i helsesektoren.

Samtidig er det viktig å presisere at det ikke skal følge en beslutningsautomatikk ved vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet, eller ulønnsomhet, av helsetiltak eller andre tiltak i samfunnet. Det er oftest flere ulike hensyn som skal vurderes *ved siden av* det samfunnsøkonomiske regnestykket, i en beslutning om å prioritere et kostbart offentlig tiltak.

# 1. Innledning

Myndigheter og folkevalgte tar mange små og store beslutninger om hvordan samfunnets ressurser skal forvaltes. Det innebærer at noen tiltak blir prioritert, på bekostning av andre tiltak. Beslutninger som fattes på samfunnets vegne må ta utgangspunkt i et godt og konsistent informasjonsgrunnlag, der nytte og kostnad ved alternative tiltak kan settes opp mot hverandre. Norge er generelt langt fremme når det gjelder utvikling og anvendelse av samfunnsøkonomiske rammeverk som skal bidra til dette. Dette gjelder også for beslutninger som er knyttet til liv og helse. Men innenfor både helsesektoren, og andre sektorer, er det fortsatt rom for videreutvikling av de metodiske rammeverkene. I denne rapporten illustreres det hvordan inkonsistente vurderinger knyttet til helserelaterte vurderinger kan resultere i et mangelfullt informasjonsgrunnlag for beslutningstakere.

## 1.1. Kontinuerlig utvikling for bedre og mer konsistente metodiske rammeverk

Utredningsinstruksen forplikter forvaltningen til å sørge for at tiltak funderes på et best mulig beslutningsgrunnlag.<sup>1</sup> Samfunnsøkonomiske analyser er et viktig verktøy for å kunne sammenligne virkningene av ulike tiltak på tvers av samfunnsområder. Muligheten som dette metodiske rammeverket har til å sette ulike samfunnsvirkninger opp mot hverandre, gjør det til et nyttig verktøy når beslutningstakere skal forvalte våre felles ressurser til det beste for samfunnet.

Virkningene av alternative tiltak kan være svært ulike. For eksempel vil virkningene av et tiltak kunne være økt verdiskaping, mens virkningene av et annet tiltak kan være positive folkehelseeffekter. En forutsetning for at også tiltak med ulike nyttevirksomheter skal kunne sammenlignes, er at nyttevirksomhetene formuleres på et sammenlignbart format. I henhold til Finansdepartementets retningslinjer skal derfor alle nytte- og kostnadsvirkninger verdsettes i kroner så langt det er mulig eller hensiktsmessig.<sup>2</sup>

Det pågår et kontinuerlig arbeid med å videreutvikle og forbedre de metodiske vilkårene for å vurdere ulike virkninger av statlige tiltak. Blant annet har Helsedirektoratet nylig utarbeidet en ny veileder for vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser.<sup>3</sup> Veilederen er et supplement til andre styringsdokumenter og inneholder vurderinger av hvordan virkninger på befolkningens helse og livskvalitet kan inkluderes og verdsettes økonomisk i samfunnsøkonomiske analyser.

## 1.2. Faglig innspill som setter problemstillingen på dagsorden

I denne rapporten synliggjøres eksisterende utfordringer knyttet til å levere et informasjonsgrunnlag fundert på gode og konsistente vurderinger av ulike virkninger til beslutningstakere.<sup>4</sup> Konkret fokuseres det på to størrelser innenfor tiltak med helseeffekt hvor det er en systematisk inkonsistens i hvordan en forholder seg til sammenlignbare virkninger. De to størrelsene er:

- Verdien av kvalitetsjusterte leveår
- Produksjonsvirkninger

---

<sup>1</sup> Finansdepartementet (2016): Utredningsinstruksen. Finansdepartementet har forøvrig nylig presisert at utredningsinstruksen også gjelder for helsesektoren når tiltak utføres «på oppdrag fagdepartement» (Finansdepartementet, 2021).

<sup>2</sup> Finansdepartementet (2021): Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser

<sup>3</sup> Helsedirektoratet (2021): Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser

<sup>4</sup> Det finnes også andre områder med inkonsistens. I en nylig rapport har Vista Analyse (2021) tatt for seg hvordan usikkerhet håndteres inkonsistent.

Inkonsistensen i hvordan det metodiske rammeverket forholder seg til disse to størrelsene er belyst og utfordret av en rekke ulike fagpersoner. Tidligere debatter omkring temaene har tydeliggjort at det ikke er en etablert konsensus for hvordan disse virkningene best implementeres i samfunnsøkonomiske analyser. Til en viss grad eksisterer det en faglig uenighet om hvor vidt det faktisk er en systematisk inkonsistens. Men det er først og fremst hvor vidt det er riktig, eller ikke riktig, å ha en systematisk inkonsistens som har vært gjenstand for faglig uenighet.

I rapporten redegjøres det både for den opplevde inkonsistensen som ligger i dagens metodiske retningslinjer, i tillegg til at det gjennom en rekke eksempler viser hvordan inkonsistensen gir seg utslag i svakere informasjonsgrunnlag til beslutningstakere som står overfor viktige avgjørelser.

### 1.3. Rapportens oppbygning

Rapportens første kapittel tar for seg den opplevde inkonsistensen knyttet til verdsettingen av kvalitetsjusterte leveår og produksjonstap i vurdering av helsetiltak. Kapitlet redegjør for begrundningen for dagens praksis i vurderingen av helsetiltak i helsesektoren, og viser hvordan dette skiller seg fra hvordan tiltak med tilsvarende virkninger på befolkningens helse vurderes etter andre kriterier i andre sektorer.

I rapportens andre kapittel beskrives det hvordan mangelen på konsistenterte vurderinger har påvirket beslutningsgrunnlaget for smittevernstiltak og den øvrige pandemihåndteringen i møte med koronaviruset. Her illustreres hvordan ulike metodiske tilnærminger har vesentlig betydning for det informasjonsgrunnlaget som produseres.

Rapportens tredje kapittel viser eksempler på inkonsistens i utarbeidelse av økonomisk beslutningsunderlag innad i helsesektoren og drøfter dette.

Rapportens fjerde og siste kapittel tar for seg vurdering av liv og helse i samfunnsøkonomiske analyser av tiltak utenfor helsesektoren og setter dette opp mot metode og praksis for tiltak innad i helsesektoren.

### 1.4. Begrepsavklaringer

- **Produksjonsvirkninger:** Befolkningens helse har betydning for nasjonens verdiskaping (BNP). Tiltak med helseeffekt vil derfor kunne påvirke verdiskapingen i samfunnet. Dette betegnes som *produksjonsvirkninger*. Innenfor helseøkonomi omtales ofte produksjonsvirkninger som indirekte virkninger, mens helsetjenestekostnader omtales som direkte virkninger. Virkningene kan ha både positivt og negativt fortegn. Positive virkninger omtales her som *produksjonsgevinster*, mens negative virkninger omtales som *produksjonstap*. Produksjonsvirkningene kan påvirke både individer, bedrifter eller stat.
- **Samfunns-/utvidet helsetjenesteperspektiv:** Viser til hvilke virkninger som legges til grunn for vurderingen av et tiltak. I samfunnsøkonomiske analyser skal alle positive og negative virkninger av et tiltak inkluderes så langt det lar seg gjøre, det vil si at analysen inntar et *samfunnsperspektiv*. Innen helsesektoren legges det til grunn et *utvidet helsetjenesteperspektiv*, som legger begrensninger for hvilke virkninger som skal inkluderes i tiltaksanalyser.

## 2. Like virkninger vurderes ulikt

Kvalitetsjusterte leveår (QALY) er en helseenhet som er uavhengig av faktorer som alder, kjønn og sosial bakgrunn. QALY-gevinster som følge av statlige tiltak bør derfor verdsettes likt i økonomiske analyser på tvers av sektorer. Slik er det ikke i dag. I tillegg til å verdsette effekten av eget bidrag for liv og helse langt lavere enn hva tilsvarende helseeffekter verdsettes til i andre sektorer, ser helsesektoren også bort i fra eget bidrag til positive produksjonsvirkninger. Dette innebærer at helsesektoren underkommunerer eget samfunnsbidrag i informasjonsgrunnlaget til beslutningstakere, borgere og andre interessenter.

### 2.1. Kvalitetsjusterte leveår (QALY)

Kvalitetsjusterte leveår, ofte referert til som QALY (fra det engelske *Quality Adjusted Life Year*), er en generisk måleenhet for helsegevinster. Hensikten med QALY er å etablere en objektiv størrelse på en helsegevinst, som er uavhengig av alder, kjønn, sosioøkonomisk bakgrunn eller andre forhold ved personen som opplever helsegevinsten.

Når et leveår kvalitetsjustertes etter QALY-metoden benyttes en skala fra 0 til 1, hvor 0 tilsvarer død og 1 tilsvarer fullkommen helse. Skalaen er bygget lineært, på den måten at en endring fra for eksempel 0,2 til 0,4 er en like verdifull helsegevinst som en endring fra 0,6 til 0,8.

Denne kvalitetsjusteringen har mange fordeler når det kommer til å kunne sammenligne ulike tiltak med helsegevinst. Blant annet innebærer det at man kan sammenligne et tiltak som innebærer redusert dødelighet med et tiltak som gir redusert sykkelighet, målt i antall QALY knyttet til tiltakene.

Som en generisk måleenhet, uavhengig av alder, kjønn, sosioøkonomisk bakgrunn og andre personavhengige forhold, er QALY ment å være en sammenlignbar størrelse. Med sammenlignbar størrelse menes at én QALY representerer en lik helsegevinst som en annen QALY, uavhengig av hvem helsegevinsten tilfaller. Det innebærer at et tiltak som gir 10 QALY representerer en større helsegevinst enn 9 QALY, uavhengig av hvordan gevinsten fordeles på ulike innbyggere.

### 2.2. Liv og helse målt som en økonomisk størrelse

I henhold til Finansdepartementets retningslinjer skal nytte- og kostnadsvirkninger verdsettes i kroner så langt det er mulig og hensiktsmessig.<sup>5</sup> Det er legitimt å spørre seg om det er mulig å gjøre en presis verdsetting av helsemessige nyttevirksomheter. Likevel synes det å være nær en konsensus i helseøkonomifaglige miljøer at en verdsetting er så hensiktsmessig at man må forsøke, selv om det er et område med mange utfordringer.

#### 2.2.1. Kort om den historiske konteksten for verdsetting av liv i helsesektoren

For å kunne måle den helsemessige nytten av et tiltak opp mot kostnadene ved tiltaket, kommer man ikke utenom å sette en økonomisk verdi på menneskeliv. Å tildele liv en økonomisk verdi framstår likevel som kontroversielt. Det virker å gå imot et godt forankret samfunnsprinsipp om menneskeverdets ukrenkelighet. Tidligere helseminister, Dagfinn Høybråten, avviste det hele i sin tid som «uaktuell skrivebordstenkning» og som uttrykk for en ideologi som han overhodet ikke ville støtte.<sup>6</sup> Men uavhengig av hva man måtte mene om dette fra et ideologisk perspektiv, så vil verdsettelsen av liv og helse uansett komme indirekte til syne gjennom

---

<sup>5</sup> Finansdepartementet (2021): *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*

<sup>6</sup> <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2003/02/27/helseokonom-moter-motbor---vi-kan-ikke-sette-pris-pa-liv/>

hvordan samfunnets knappe ressurser prioriteres. Skal vi bruke de knappe ressursene på å ansette en ny sykepleier eller en ny lærer? Medisiner eller asfalt?

Behovet for en økonomisk verdsetting av liv og helse har gradvis opplevd en stadig større oppslutning fra ulike fagmiljøer, og fremstår ikke lenger som særlig kontroversielt. Debatten har gjort en dreining bort fra diskusjon om hvor vidt det er riktig å tildele liv og helse en økonomisk verdi, til hva den økonomiske verdien skal være.

Professor emeritus Ivar Sønbo Kristiansen har stått sentralt i debatten om riktig verdsetting. I 2002 foreslo han å bruke bruttonasjonalprodukt per innbygger for Norge, som den gang var på ca. 350 000 kroner, for et kvalitetsjustert leveår.<sup>7</sup> Debatten har senere fått flere oppsving, både da tidligere helsedirektør Bjørn Inge Larsen bekreftet at man tenkte på verdier i størrelsesorden 500 000 kroner per kvalitetsjusterte leveår.

I kjølvannet av prioriteringsutvalgets forslag i 2014 ble det foreslått å bruke et omregnet estimat fra Storbritannia. Dette forslaget var basert på en logikk knyttet til helsetjenestens alternativkostnad, der tanken er at ressurser som benyttes til et tiltak, går på bekostning av alternative behandlinger og at man derfor taper helse et annet sted i helsevesenet når en innfører et nytt tiltak innføres.<sup>8</sup>

Da prioriteringsmeldingen ble behandlet i Stortinget høsten 2016, var estimatet fra prioriteringsutvalget omtalt som 275 000 kroner per gode leveår. Denne verdien oppjusteres i takt med det som omtales som alvorlighetskriteriet i Prioriteringsmeldingen.

## 2.2.2. Økonomisk verdsetting av liv og helse utenfor helsesektoren

I samfunnet utenfor helsesektoren er det en tradisjon for økonomisk verdsetting av liv og helse i vurdering av virkninger av statlige tiltak som strekker seg langt tilbake i tid. Istedenfor verdien av kvalitetsjusterte leveår, har tradisjonen vært å benytte en verdi for et statistisk liv (VSL).

Framfor tankegangen om alternativkostnad i en enkeltsektor, som ligger til grunn for verdsettingen av et kvalitetsjustert leveår i helsesektoren, så er VSL et uttrykk for hva vi som samfunn er villig til å betale for å redusere risikoen for å tape leveår, når vi også tar i betraktning at dette er penger som alternativt kunne vært benyttet på andre samfunns-goder. Slik sett er heller ikke verdsettingen av liv et forsøk på å kvantifisere menneskeverdet, men snarere et uunngåelig resultat av samfunnets knappe ressurser og anerkjennelsen av at livet er mer enn å unngå døden.

Det neste spørsmålet blir da hvor mye vi som samfunn faktisk er villige til å betale for flere leveår. En «riktig» verdsettelse av liv og helse er av flere praktiske årsaker svært problematisk å beregne, og kan med rette betegnes som «uaktuell skrivebordstenkning». Men sjelden har problemer latt seg løse av at de skyes under teppet. Når verdien av liv og helse likevel er en størrelse som en uansett må forholde seg til, bør en derfor etterstrebe at verdien både reflekterer samfunnets betalingsvillighet, og at denne verdien brukes konsistent på tvers av sektorer. I henhold til Finansdepartementets retningslinjer er verdien av et statistisk liv satt til 30 millioner 2012-kroner.

## 2.2.3. Alternativkostnad og effektivitet for helsesektoren eller samfunnet?

Samfunnsøkonomi som fag defineres gjerne som «studien av allokeringen av knappe ressurser». De to viktigste begrepene i denne sammenheng er *alternativkostnad* og *effektivitet*. Alternativkostnad måler verdien en knapp ressurs kunne generert i alternativ bruk. Effektivitet er et relativt begrep, brukt til å sortere ulike

---

<sup>7</sup> Wisløff (2017): *Ny norsk terskelverdi for verdien av et godt leveår?*

<sup>8</sup> Claxton et al. (2015): *Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold*

ressursallokeringer hierarkisk. Effektivitet er først oppnådd når samlede alternativkostnader minimeres. Jo høyere alternativkostnadene er, jo mindre effektiv er allokeringen.

Innenfor helsesektoren er betalingsvilligheten for en QALY som et utgangspunkt satt til 275 000 kroner.<sup>9</sup> Helsesektorens betalingsvillighet er grunnfestet i en logikk om helsetjenestens alternativkostnad, mens selve beløpet er omregnet fra en studie av den britiske helsetjenestens alternativkostnad fra 2015.<sup>10</sup> Helsesektorens alternativkostnad kan forstås som den kostnaden som helsetjenesten har ved å «produsere» én QALY, gitt en effektiv ressursallokering.

I utgangspunktet vil tiltak innen helsesektoren avvises dersom den kostnaden for å oppnå en QALY overstiger 275 000 kroner, med begrunnelse om at dette vil fortrenge mer effektiv behandling for andre pasienter. Når det brukes ressurser på et tiltak vil dette føre til at muligheten til å bruke ressursene på alternative tiltak fortrenses, men det er likevel viktig å spørre seg om det må være behandling av andre pasienter som fortrenses. Må statlige ressurser til et helsetiltak gå på bekostning av ressurser til et annet helsetiltak, eller kan det gå på bekostning av et annet statlig finansiert tiltak utenfor helsesektoren?

Det er viktig at statlige beslutninger er velbegrunnede og gjennomtenkte. Utredningsinstruksen har som formål å legge et godt grunnlag for beslutninger om statlige tiltak, som for eksempel reformer, reguleringer og investeringer.<sup>11</sup> Helsedirektoratets nye veileder for vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter ved statlige tiltak er et supplement til utredningsinstruksen.<sup>12</sup> I veilederen vurderes verdien av en QALY til 1,53 millioner kroner.<sup>13</sup> Når denne verdien benyttes i samfunnsøkonomiske analyser innebærer det at et statlig tiltak vil vurderes som samfunnsøkonomisk lønnsomt dersom kostnaden av å oppnå en QALY er lavere enn denne verdien. Når denne verdien benyttes i samfunnsøkonomiske analyser, representerer den samfunnets alternativkostnad for en QALY.

Når norske skattebetaleres penger skal investeres i statlige tiltak for å oppnå samfunnsgevinster som QALY eller andre samfunns-goder, er det av underordnet betydning om det er helsesektoren eller andre sektorer som «produserer» godene. For å oppnå en effektiv ressursallokering av samfunnets ressurser må man derfor løfte blikket opp fra den enkelte sektors alternativkostnad ved å produsere et gode, til samfunnets alternativkostnad ved å produsere det samme godet.

#### 2.2.4. Effektivitet, rettferdighet og transparens

Hovedprinsippene for verdsetting i en samfunnsøkonomisk analyse er at nyttevirkningene settes lik det befolkningen samlet er villig til å betale for å oppnå dem, mens kostnadsvirkningene skal være lik den verdien disse ressursene har i beste alternative anvendelse (alternativkostnaden).<sup>14</sup> En samfunnsøkonomisk analyse gir grunnlag for å vurdere om et statlig tiltak er samfunnsøkonomisk lønnsomt, det vil si om de samlede nyttevirkningene er større enn de samlede kostnadsvirkningene. Dette springer ut fra en utilitaristisk nyttemaksimering, med en moralfilosofi som argumenterer for at handlinger må bedømmes ut ifra deres konsekvenser.

I en samfunnsøkonomisk analyse regnes samfunnet som en enhet i den forstand at en ser summen av kostnad og nytte opp mot hverandre, uten direkte hensyn til hvilke samfunnsaktører som bærer kostnadene og hvilke som mottar nyttevirkningene. I samfunnsøkonomiske analyser er derfor ikke en effektiv ressursbruk

---

<sup>9</sup> <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/20/etter-prioriteringsmeldingen--hva-na/>

<sup>10</sup> Claxton et al. (2015): *Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold*

<sup>11</sup> Finansdepartementet (2016): *Utredningsinstruksen*

<sup>12</sup> Helsedirektoratet (2021): *Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser*

<sup>13</sup> Verdien inkluderer produksjonstap. Tidligere veiledere har indikert en verdi på 1,3 millioner kroner uten produksjonstap.

<sup>14</sup> Direktoratet for økonomistyring (2018): *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*

nødvendigvis ensbetydende med hva som oppfattes som en rettferdig ressursbruk. I henhold til DFØs veileder for samfunnsøkonomiske analyser skal det derfor gjøres en vurdering av fordelingsvirkninger, som beskriver hvordan gjennomføring av et tiltak vil berøre forskjellige grupper ulikt, i både positiv og negativ forstand.

Et viktig poeng her er at det ikke ligger beslutningsautomatikk ved en vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet, eller ulønnsomhet, av et tiltak. Samfunnsøkonomiske analyser gir slikt et konsistent beslutningsgrunnlag for beslutningstakere. En alternativ tilnærming til den nyttemaksimerende konsekvensetikken er tanken om at alle skal ha like muligheter til samfunnets goder, som for eksempel helse eller utdanning.<sup>15</sup> Dette er forhold er viktig for hvorvidt tiltak oppleves som rettferdig. I tillegg til samfunnsøkonomisk effektivitet er det derfor viktig for beslutningstakere å ha informasjon om fordelingsvirkninger av hensyn til rettferdighet. Ifølge Rawls er «*rettferdighet like grunnleggende for politiske institusjoner som sannhet er det for vitenskapelige institusjoner*».

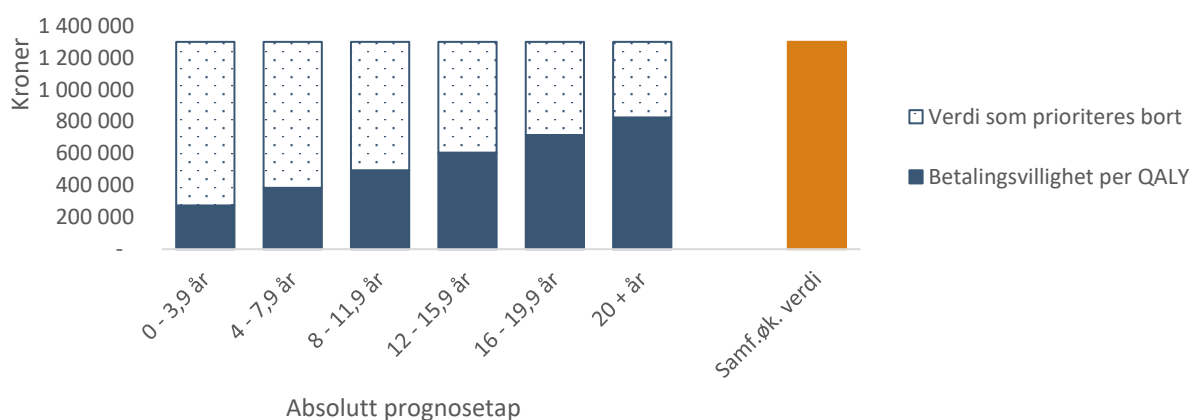
I praksis ser en innenfor mange samfunnsområder at hensynet til økonomisk effektivitet settes til side for en likeverdig fordeling av samfunns-goder. Prioritering av offentlige tjenester og utbygging av infrastruktur i distriktene er eksempel på dette.

Vurdering av tiltak i helsesektoren skiller seg fra tiltaksvurderinger i andre sektorer blant annet ved at hensynet til en rettferdig fordeling implementeres direkte i lønnsomhetsvurderingen. I henhold til Prioriteringsmeldingen skal tiltak i helsetjenesten vurderes ut fra tre prioriteringskriterier; nyttekriteriet, kostnadskriteriet og alvorlighetskriteriet. De to første kriteriene kan sammenlignes med nytte- og kostnadsvirkninger i en samfunnsøkonomisk analyse, mens alvorlighetskriteriet kan sammenlignes med fordelingsvirkninger.

Alvorlighet forstås her som hvor stort tap av QALY de som rammes av sykdommen i gjennomsnitt vil oppleve – også kjent som absolutt prognosetap. Dette gjøres i praksis ved å sette ulike terskelverdier for betalingsvillighet for sykdommer ut ifra sykdommens gjennomsnittlige alvorlighet på gruppenivå.

Figuren nedenfor illustrerer terskelverdiene for betalingsvillighet per QALY i helsetjenesten ved ulike grader av alvorlighet (absolutt prognosetap), samt betalingsvillighet per QALY som benyttes i samfunnsøkonomiske analyser utenfor helsesektoren. Det kan argumenteres for at det verken er effektivt eller rettferdig at QALY, som en lik helsemessig gevinst, verdsettes ulikt ut ifra om skattebetalernes penger skal brukes på tiltak i eller utenfor helsesektoren.

**Figur 2.1 Forholdet mellom absolutt prognosetap og øvre betalingsvillighet for et kvalitetsjustert leveår (QALY). Kilde: Menon**



<sup>15</sup> Den amerikanske filosofen John Rawls med *A Theory of Justice* (1971) er en pioner innen denne retningen.

Prioriteringsmeldingen beskriver at selv om beslutninger i politiske organ må fattes ut fra en helhetlig avveining av mange ulike hensyn, er det likevel et mål at beslutningsgrunnlaget for å sikre effektiv og rettferdig fordeling er best mulig opplyst. Stortinget er det eneste organet som kan og skal prioritere mellom helse- og omsorgstjenesten og andre samfunnsoppgaver på et nasjonalt nivå. Hvilke nye metoder som skal tas i bruk er først og fremst et faglig spørsmål. Vi vil imidlertid argumentere for viktigheten at det analytiske rammeverket som legges til grunn for vurdering av nye metoder i helsetjenesten er konsistent med hvordan lignende virkninger vurderes i andre sektorer og at det sikres transparens og åpenhet rundt beslutningene.<sup>16</sup>

### 2.2.5. Utvikling i riktig retning

Til tross for at det fortsatt er en betydelig avstand i hvordan sammenlignbare virkninger av statlige tiltak vurderes på tvers av sektorer, tas det stadig steg mot et mer konsistent analyserammeverk og bedre beslutningsgrunnlag for beslutningstakere. Helsedirektoratets nye veileder for vurdering av virkninger på befolkningens helse og livskvalitet i tiltak utenfor helsesektoren er et viktig steg i denne retningen.

Hensikten med den nye veilederen er å få statlige aktører som er forpliktet til å følge utredningsinstruksen i større grad til å vurdere og verdsette virkninger for befolkningens helse og livskvalitet i utredninger og iverksettelse av statlige tiltak. Det forklares at tiltak i andre samfunnssektorer enn helsesektoren kan ha stor betydning for befolkningens helse og livskvalitet, også der intensjonen bak tiltaket har helseeffekter som mål.

I hvilken grad helsesektoren, og spesielt de statlige helseforetakene, er underlagt utredningsinstruksen kan synes noe uklar. Helsedirektoratets veileder går fortsatt langt i å fristille vurderinger i helsesektoren fra resten av samfunnet når det blant annet skrives at «*vurderinger av pasientrettede tiltak i helsesektoren skal følge vedtatte prioriteringskriterier og ikke utredningsinstruksen*», samt at «*utredningsinstruksen ikke gjelder for helseforetak og at analyser av tiltak i helsetjenesten skal gjøres i et utvidet helsetjenesteperspektiv, ikke et samfunnsperspektiv*»<sup>1718</sup>. Det innebærer at selv om veilederen bidrar til en konvergering i hvordan helsevirkninger vurderes i og utenfor helsesektoren, består det fortsatt en inkonsistens i hvordan liv og helse verdsettes i helsesektoren i forhold til samfunnet for øvrig.

Samtidig som veilederen i seg selv bidrar til mer konsistens i vurderinger av statlige tiltak, setter den også den inkonsistensen som fortsatt eksisterer på dagsorden. Det vises blant annet gjennom flere høringsinnspill til veilederen.

I Finansdepartementets høringssvar til veilederen stilles det spørsmålstegn ved om målgruppen for veilederen begrenses for mye når en skiller helsesektoren fra andre samfunnssektorer.<sup>19</sup> Det vises til «*at det også kan være mange innen helsesektoren som vurderer helseeffekter av tiltak «som primært retter seg mot totalbefolkningen eller ellers friske grupper av befolkningen og ikke mot grupper som allerede er rammet av spesifikke sykdommer og skader.*» Et nærliggende eksempel er vurderinger av vaksinasjonsprogrammer».

Det Medisinsk fakultet ved Universitet i Oslo stiller også spørsmålstegn ved skillet som trekkes mellom helsesektoren og andre statlige sektorer.<sup>20</sup> De viser til at veilederen har et spesielt fokus på at konsekvenser i

---

<sup>16</sup> <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/03/21/gar-hardt-ut-mot-hemmelighold-i-helseprioriteringene/>

<sup>17</sup> Helsedirektoratet (2021): Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser

<sup>18</sup> Finansdepartementet påpeker i høringssvaret til veilederen at det blir for enkelt å si at utredningsinstruksen ikke gjelder for helseforetakene, og viser til utredningsinstruksens veileder som sier at «For øvrig gjelder ikke utredningsinstruksen for utredningsarbeid i egne rettssubjekter, slik som (...) helseforetak, (...). Dersom slike egne rettssubjekter utreder tiltak på oppdrag fra fagdepartement skal imidlertid departementet i oppdragsdokumentet kreve at selskapet skal følge utredningsinstruksen.»

<sup>19</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/vurdering-av-virkninger-pa-folkehelsen-og-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser/Finansdepartementet>

<sup>20</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/vurdering-av-virkninger-pa-folkehelsen/UIO>

statlig sektor (utenom helsesektoren), kan ha konsekvenser for andre sektorer (som helsesektoren) og at dette er konsekvenser som bør inkluderes i en samfunnsøkonomisk analyse. Inkonsistensen oppstår ved at det legges «til grunn at analyser skal ha et samfunnsperspektiv, i motsetning til tiltak i helsesektoren som har et helsetjenesteperspektiv. Et samfunnsperspektiv er selve utgangspunktet for veilederen, og det kan kanskje være relevant å vurdere om veiledere for helsetjenesten også burde ha et samfunnsperspektiv».

I forbindelse med den nye veilederen beskriver spesialrådgiver Kjartan Sælensminde og assisterende direktør Olav Valen Slåttebrekk behovet for å måle og verdsette helsegevinster.<sup>21</sup> Eksempelvis trekker de frem hvordan det har vært en utfordring å vurdere smittevern opp mot andre hensyn under pandemien. De argumenterer for at avveiningen av liv og helse opp mot andre hensyn må gjøres på et konsistent grunnlag, og at bruk av QALY som en tverrsektoriell måleenhet vil være et steg i riktig retning for et bedre opplyst beslutningsgrunnlag.

Sælensminde og Slåttebrekk viser hvordan en QALY kan gis en økonomisk verdi som samsvarer med Finansdepartementets fastsatte verdi for et statistisk liv, og at dette gir en verdi på et kvalitetsjustert leveår på ca. 1,5 millioner 2021-kroner. De er tydelige på behovet for mer måling og verdsetting av helse, men oppfordrer til debatt om hvordan det best kan gjøres.

I et tilknyttet innlegg belyser professor i helseøkonomi, Jon Magnussen, usikkerheten som ligger i beløpet på 1,5 millioner kroner per QALY.<sup>22</sup> Han viser til at beløpet er fundert i verdien av et statistisk liv, og at denne tilnærmingen gir et høyere beløp per QALY enn om man ser til studier som ser direkte på betalingsvilligheten for en QALY. Magnussen oppfordrer derfor til å være varsom med å institusjonalisere et beløp på 1,5 millioner kroner per QALY i en veileder, uten at det er bedre forankret i norsk og internasjonal empirisk forskning.

Sælensminde og Slåttebrekk argumenterer for at det er et selvstendig poeng i å ha en konsistent verdi, selv om det råder usikkerhet omkring hva som er den «reelle» betalingsvilligheten for en QALY.<sup>23</sup> De mener tvert imot at det ikke er så viktig hvilken verdi helse skal ha i analysene. I kontrast til Magnussen argumenterer de også for at verdien ikke bør bestemmes av økonomer og andre fagfolk, men fattes politisk – slik det er gjort for verdien av et statistisk liv.

Forsker og professor i helseøkonomi, Hans Olav Melberg påpeker at det er bra at man i veilederen tør å foreslå en konkret metode og en sum som kan brukes slik at det ikke bare er en veileder med pene ord.<sup>24</sup> Han påpeker imidlertid inkonsistensen i at pasientrettede tiltak fortsatt skal vurderes annerledes enn tiltak med helseeffekt i andre sektorer. Han stiller spørsmålsteget ved at verdien av et kvalitetsjustert leveår er verdt 1,5 millioner kroner når man skal bruke skattebetalernes penger på en gangvei, mens verdien av et kvalitetsjustert leveår ikke skal ha den samme verdien når skattebetalernes penger brukes på legemidler eller andre tiltak i helsesektoren. Han argumenterer for at det bør være konsistens mellom ulike sektorer, det bør også skapes en konvergens slik at vurderinger på helseområdet – og vurderinger på andre områder – i større grad bruker samme metode. Videre argumenterer han for at prinsippet bør være at alle konsekvenser bør med, og at de i så stor grad som mulig bør vektas i samme enhet til slutt. Først da er det mulig å sammenligne på tvers av sektorer og vurdere ulike typer tiltak på en rettferdig måte.

### 2.3. Produksjonsvirkninger

I henhold til prioriteringskriteriene for helsetjenesten gitt av myndighetene, skal produksjonsvirkninger ikke tillegges vekt ved prioritering av helsetiltak. På pasientnivå er det gode etiske grunner for dette, da helsetjenester skal være likt tilgjengelig for alle uavhengig av den enkeltes mulighet for å arbeide. På et

---

<sup>21</sup> <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/09/23/kan-god-helse-verdisettes/>

<sup>22</sup> <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/11/05/hva-er-verdien-av-et-qaly/>

<sup>23</sup> <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/09/23/kan-god-helse-verdisettes/>

<sup>24</sup> <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/09/23/hvordan-skal-helse-inkluderes-i-vurderingen-av-statlige-tiltak/>

samfunnsnivå kan konsekvensen imidlertid bli at helsetiltak som sparer samfunnet for store ekstrakostnader utenfor helsetjenesten, ikke prioriteres. Vi argumenterer for at det er mulig å ta hensyn til dette på et overordnet nivå, slik at vi ikke ender opp med unødvendig store kostnader knyttet til trygd og (reduisert) arbeid. NAV (folketrygden) utgjør i dag over en tredjedel av utgiftene på statsbudsjettet, mens inntektsskatt og arbeidsgiveravgift utgjør nesten halvparten av inntektene. Selv små forbedringer i helsetilstanden i befolkningen kan gi store besparelser.

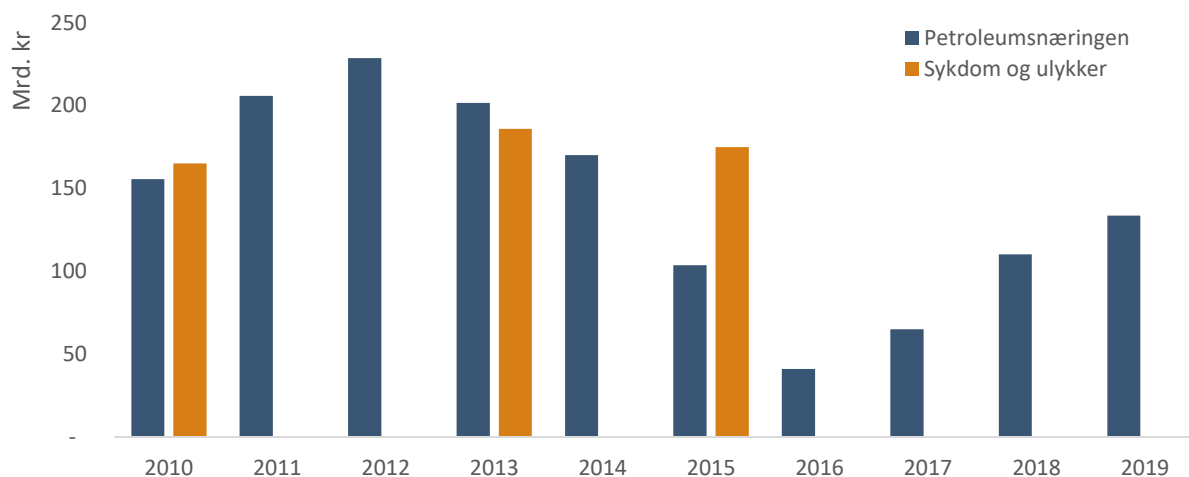
### 2.3.1. Lukker øynene for betydelige tap for samfunnet

Produksjonstapet som oppstår når sykdom fører til at personer faller helt eller delvis utenfor arbeidslivet, innebærer et økonomisk tap for individet som rammes, for arbeidsgiver og for staten i form av redusert skatteinngang.

Beregning av samfunnets tapte verdiskaping som følge av sykdom og ulykker er en intrikat øvelse, blant annet som følge av måleproblemer og utfordringer knyttet til dobbelttelling. Eksempelvis er det vanskelig å isolere verdien av god helse fra verdien av å være i arbeid. Et annet eksempel er at et produksjonstap oppstår ikke kun hvis en ansatt er bort fra arbeid grunnet sykdom eller død, men også hvis den ansatte er mindre produktiv på arbeidet. Dessuten vil de skattefinansierte helsetjenestene og trygdeytelsene føre til et høyere skattetrykk i økonomien, som igjen fører til et lavere aktivitetsnivå med redusert verdiskaping.

Som en forenklet tilnærming anbefaler Helsedirektoratet å anta 200 000 kroner i produksjonstap per tapte leveår.<sup>25</sup> Ifølge Helsedirektoratet skal dette tilsvare tapte skatteinntekter som følge av sykdom og ulykker. Med denne metoden har de beregnet at tapte skatteinntekter alene utgjorde et produksjonstap på 175 milliarder kroner i 2015.<sup>26</sup> Til sammenligning utgjorde de samlede skatteinntektene fra petroleumsnæringen 104 milliarder kroner i samme år.

Figur 2.2: Skatteinntekter (ordinær- og særskatt) fra petroleumsnæringen og tapte skatteinntekter grunnet sykdom og skader i løpende priser. Kilde: SSB og Helsedirektoratet



I tillegg til at produksjonstapet fører til en redusert skatteinngang, utgjør de helse relaterte trygdeytelsene en ytterligere belastning for offentlige finanser. Mellom 2004 og 2010 har andelen av befolkningen mellom 18 og 66 år som har mottatt helse relaterte ytelser ligget stabilt på om lag 18 prosent.<sup>27</sup> Etter 2010 har andelen gått

<sup>25</sup> Helsedirektoratet (2018): Veileder for helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser - Høringsutgave

<sup>26</sup> Helsedirektoratet (2016): Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015

<sup>27</sup> Kalstø & Kann (2018): Færre på helse relaterte ytelser - friskere befolkning?

ned, og ved utgangen av 2017 var det 16,9 prosent som mottok helse relaterte ytelser. Sett i forhold til fastlands-BNP utgjør de helse relaterte trygdeytelsene om lag seks prosent. Mens skatteinntektene fra petroleumsnæringen vil avta i årene framover, forventes de helse relaterte trygdeytelsene å forbli på dette nivået videre mot 2060.<sup>28</sup>

Vi mener selvsagt ikke at det er mulig å redusere konsekvensene av sykdom til null. Når vi sammenlikner skatteinntekter fra olje- og gassvirksomheten med tapte skatteinntekter fra arbeidsstokken, er det først og fremst for å illustrere størrelsesforholdene, og belyse det faktum at vi «lever av hverandres arbeid» i Norge (slik det påpekes bl.a. i flere perspektivmeldinger fra Finansdepartementet de siste årene). Tiltak for å øke arbeidstilbudet og redusere trygdekostnadene kan derfor ha svært store effekter på offentlige finanser.

Bærekraften i de offentlige finansene i Norge er i stor grad avhengig av hvor mange som deltar i arbeidslivet og hvor mange som står utenfor. En studie fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet med flere, viser at det er ikke-dødelige sykdommer, som psykiske lidelser og muskel- og skjelettplager, som forårsaker størst tap gjennom redusert arbeidsdeltagelse.<sup>29</sup> Stortingsmeldingen om prioritering i helsetjenesten (2016) fastslår imidlertid at konsekvenser av helsehjelp for pasientens fremtidige deltagelse i arbeidslivet ikke skal tillegges vekt. På pasientnivå er det gode etiske grunner for dette synet. På befolkningsnivå blir konsekvensen at sykdommer med høyt produksjonstap nedprioriteres sett i forhold til samfunnskostnadene som de representerer, et poeng forfatterne bak den nevnte studien fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet også har løftet i et debattinnlegg.<sup>30</sup>

En vel så viktig konsekvens av å hoppe bukk over produksjonsgevinster er at nyttesiden av tiltak i helsesektoren undervurderes sammenlignet med tiltak i øvrige sektorer. Helsedirektoratet argumenterer for at dersom en ved politiske beslutninger også ønsker å vektlegge produksjonsgevinster ved helsetiltak som kan ha betydning for sykefravær, uførhet og død, er det en fordel om slike gevinster også belyses i beslutningsgrunnlaget.<sup>31</sup>

### 2.3.2. Offentlige finansieringskostnader

Som beskrevet vil en virkning av helsetiltak kunne innebære en produksjonsgevinst ved at flere står lenger i arbeid. Men det er også viktig å belyse at det er virkninger ved helsetiltak som trekker i motsatt retning, altså produksjonstap. Dette skyldes den såkalte skattefinansieringskostnaden.

Direktoratet for økonomistyring (DFØ) beskriver skattefinansieringskostnad i deres veileder for samfunnsøkonomiske analyser. Ifølge veilederen innebærer skattefinansiering av offentlige tiltak en kostnad for samfunnet som må inkluderes i de samfunnsøkonomiske kostnadene som følger av tiltaket.<sup>32</sup> Skatter påvirker bruken av ressurser og kan føre til at det oppstår et effektivitetstap. I tillegg påløper administrative kostnader ved skatteinnkreving. For alle tiltak som finansieres over offentlige budsjetter, skal det derfor inngå en skattefinansieringskostnad i analysen.

Prioriteringsmeldingen gjør imidlertid her et unntak for analyser av tiltak i helsesektoren. Det argumenteres igjen med at prioritering av tiltak gjøres innenfor fastsatte budsjetter, og at helsetiltakene derfor ikke står i konkurranse med tiltak i andre sektorer. Det vises derfor til at å inkludere skattefinansieringskostnad ikke påvirker rangeringen av tiltak eller beslutningene om hvilke metoder som skal prioriteres innenfor rammen som Stortinget har bevilget til spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>28</sup> Dahl & Flatabø (2018): NAV-ytelsene frem mot 2060

<sup>29</sup> Kinge et al. (2017): Economic losses and burden of disease by medical conditions in Norway

<sup>30</sup> <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/6E61z/det-er-de-ikke-dødelige-sykdommene-som-psykiske-lidelser-og-muskel-o>

<sup>31</sup> Helsedirektoratet (2016): Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015

<sup>32</sup> Direktoratet for økonomistyring (2018): Veileder i samfunnsøkonomiske analyser

Dette er imidlertid ikke unikt for helsesektoren, og den samme argumentasjonen kan også brukes for andre sektorer. Eksempelvis prioriteres ulike samferdselstiltak innenfor rammene av Nasjonal transportplan, og en skattefinansieringskostnad vil heller ikke ha betydning for den interne prioriteringen av statlig finansierte samferdselstiltak.

Når skattefinansieringskostnaden likevel inkluderes i samfunnsøkonomiske analyser av samferdselstiltak og andre statlig finansierte investeringer, innebærer det at pengebruk til statlige tiltak kan vurderes konsistent på tvers av sektorer. Det gir beslutningstakere muligheten til å sammenligne muligheten for å gjennomføre samfunnsøkonomisk lønnsomme tiltak på tvers av sektorer. Når rammevilkårene for ulike sektorer skal settes gir det et informasjonsgrunnlag for å allokere skattebetalernes penger dit pengene anvendes til det beste for samfunnet.

## 2.4. Helsesektoren «underselger» seg selv i kampen om ressursene

En velfungerende økonomi kjennetegnes av at ressursene brukes på de tiltak der samfunnets vilje til å betale er høyest. I et såkalt «perfekt marked», som økonomer kaller det, ville dette løst seg av seg selv, og man ville hatt en «effektiv ressursallokering». Men offentlig sektor og prioritering av offentlige ressurser representerer ikke et perfekt marked.

Når ressurser skal fordeles er offentlige beslutningstakere derfor avhengig av et godt informasjonsgrunnlag omkring kostnads- og nyttevirksomheter for tiltak i ulike sektorer. Det er gjennom informasjon om effekter på liv og helse, verdiskaping og andre virkninger at ulike tiltak kan settes opp mot hverandre på tvers av sektorer. Hvor mye midler skal bevilges til trafikkisikkerhetstiltak, som midtdeler og rassikring? Hvor inngripende tiltak skal vi akseptere for å begrense antall dødsfall under en pandemi? Og hvor mye skal vi være villig til å betale for livsviktige medisiner?

Det er med andre ord en konkurranse mellom sektorene om tilgang til ressurser. Inkonsistensen i hvordan tiltak i helsesektoren skal vurderes sammenlignet med øvrige statlig finansierte tiltak innebærer at dette ikke er en konkurranse på like vilkår. En konsekvent lavere verdsetting av liv og helse i helsesektoren enn i samfunnet ellers er en viktig bidragsyter til dette.

I Legemiddelverkets hørings svar til Helsedirektoratets veileder for vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser, argumenteres det for et skarpere skille mellom helsesektoren og andre sektorer, hvor de skriver at i «*prioriteringer innen helsetjenesten er hva som vurderes som øvre akseptabel QALY basert på alternativkostnadstankegang, j.fr. Prioriteringsmeldingen. Legemiddelverket ber derfor om en tydeliggjøring av at den sektorovergripende QALY-verdien ikke er relevant for prioriteringer under gitte budsjettammer innen helsetjenesten*». <sup>33</sup> I Universitet i Oslo sitt hørings svar til samme veileder beskrives det imidlertid hvorfor en forutsetning om gitte budsjettammer kan føre til underprioritering av helsetiltak, og at det derfor er lite formålstjenlig for samfunnet. UiO skriver at «*ulike grenseverdier for QALY, alt annet likt, vil bety at vi prioriterer tiltak utenfor helsetjenesten høyere enn innen helsetjenesten (...). En høyere verdi av helsegevinster utenfor helsetjenesten enn innen tjenesten vil ikke medføre konsistente beslutninger, og en konsekvens kan være at det vil bli generert mindre helse*». <sup>34</sup>

Mens de fleste sektorer kappes om å vise verdiskapingseffekter for deres tiltak, så må man innen helsesektoren forholde seg til et verdigrunnlag som krever at en lukker øynene for slike virkninger. Konkret handler dette om Stortingsmeldingen om prioritering som fastslår at konsekvenser av helsehjelp for pasientens fremtidige deltagelse i arbeidslivet ikke skal tillegges vekt.

---

<sup>33</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/vurdering-av-virkninger-pa-folkehelsen-og-helseeffekter/Statenslegemiddelverk>

<sup>34</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/vurdering-av-virkninger-pa-folkehelsen/UIO>

Selv om det er gode etiske grunner for en slik prioritering på pasientnivå, så blir konsekvensen av å se bort fra produksjonsgevinster at nyttesiden (også omtalt som indirekte effekter) av tiltak i helsesektoren undervurderes sammenlignet med tiltak i øvrige sektorer. Dette kan i sin tur få store konsekvenser: Som forsker Liv Solvår Nymark ved FHI sier: «Indirekte effekter utgjør ofte tungen på vektskålen i helseøkonomiske evalueringer – og har konsekvenser for om helseintervensjoner er tilknyttet kostnader eller besparelser.»<sup>35</sup>

Etiske vurderinger er som nevnt en viktig del av beslutningsprosessen. Men som professor Melberg konkluderer: «Dette betyr imidlertid ikke at man må gå til den andre ytterligheten og si at arbeidstapet ikke skal telle i det hele tatt. Løsningen er da ikke å legge null vekt på effektivitet, men å veie de to hensynene mot hverandre.»

---

<sup>35</sup> <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/09/29/kan-vi-oppna-full-effekt-av-helseintervensjoner/>

### 3. Samfunnsøkonomiske vurderinger knyttet til covid-19

Mars 2020 ankom et nytt virus Norge med stor betydning for det norske sykdomspanoramaet. Hvilke tiltak vi som samfunn skulle iverksette for å minimere konsekvensene av denne sykdommen ble raskt et dominerende tema på den politiske dagsorden. Koronapandemien har med all tydelighet vist hvordan sykdom og sykdomsbekjempelse har konsekvenser som strekker seg langt utover helsesektoren, og at helsesektoren derfor er en uløselig del av samfunnet. Situasjonen avslørte at vi har et mangelfullt rammeverk for hvordan vi som samfunn skal forholde oss til sykdom.

#### 3.1. Diskusjonen rundt det metodiske rammeverket

For å begrense sykdomsbyrden knyttet til virussykdommen covid-19 har ulike samfunnstiltak blitt vurdert og iverksatt. Som følge av dette har det blitt utført flere samfunnsøkonomiske analyser av tiltakene for å avveie nytten opp mot kostnadene. Ved vurdering av smitteverntiltak gjelder dette i stor grad å se på virkninger på både helse, dødelighet og økonomiske kostnader. I dette ligger det at man ikke kommer unna verdsetting av at folk reddes fra død og helsetap fra koronasykdom.

##### 3.1.1. Mangelfulle retningslinjer for samfunnsøkonomiske vurderinger

Det er tydelig fra de ulike samfunnsøkonomiske analysene som er blitt gjennomført at det ikke eksisterer tydelige retningslinjer for verdsetting av liv og helse. Mangelen på entydig holdepunkt har ført til at forskjellige helseøkonomer og andre eksperter har verdsatt liv og helse ulikt i analysene som er utført. For eksempel har noen lagt til grunn verdien av et statistisk liv, som blant annet brukes i samferdselssektoren, mens andre har prøvd å regne seg frem til verdien av et kvalitetsjustert leveår (QALY).

En av de første nytte-kostnadsanalysene som ble utført etter pandemien ankom Norge og ulike tiltak hadde blitt iverksatt, ble gjort av fire SSB-forskere.<sup>36</sup> I deres analyse tok de utgangspunkt i to tentative verdier av et kvalitetsjustert leveår, henholdsvis 0,575 millioner kroner og 1,25 millioner kroner. Disse verdiene kan synes å ha en nokså stor spredning seg imellom, men ble brukt på bakgrunn av at andre økonomer<sup>37</sup> hadde brukt de tidligere.

##### 3.1.2. Stor betydning for beslutningsgrunnlaget i en akuttsituasjon

Videre har Holdenutvalget, en regjeringsoppnevnt ekspertgruppe ledet av Steinar Holden, foretatt samfunnsøkonomiske analyser av smitteverntiltak under pandemien. I deres rapporter er det og tydelig usikkerhet rundt hvordan liv og helse skal verdsettes, og at de heller ikke har en konsistent måte å måle helsetap på.

I Holdenutvalgets første rapport er helsetap målt i form av «ikke-kvalitetsjustert leveår», som verdsettes til 1,4 millioner kroner.<sup>38</sup> Dette innebærer implisitt en antagelse om at alternativet til død er å leve med full helse inntil forventet levealder. Ved bruk av forventet gjenstående levetid som er beregnet av SSB, innebærer tilnærmingen blant annet at et dødsfall i 90-års alder blir kvantifisert som 4,44 tapte leveår. Derimot, ved bruk av kvalitetsjusterte leveår, vil et dødsfall i 90-års alder bli kvantifisert som 3,1 forventede gjenværende QALY.<sup>39</sup> Det utgjør en forskjell på den estimerte nytteverdien på 41,9 prosent.

---

<sup>36</sup> Bjertnæs, Holmøy, Hammersland og Strøm (2020), *Nytte-kostnadsanalyse av ulike strategier for korona-tiltak*

<sup>37</sup> Andre økonomer refererer her til Ivar Sønbo Kristiansen og Edwin Leuven.

<sup>38</sup> Holdenutvalget (2020): *Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – covid-19 – første rapport*

<sup>39</sup> Statens legemiddelverk (2018), *Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler*

Tabell 3-1: Gjenstående leveår ved ulike aldre. Kilde: SSB og Legemiddelverket

| Benyttet av      | Datakilde        | Enhet                                | 70 år   | 80 år  | 90 år  |
|------------------|------------------|--------------------------------------|---------|--------|--------|
| Holdenutvalget 1 | SSB              | Gjenstående leveår                   | 16,7 år | 9,5 år | 4,4 år |
| Holdenutvalget 2 | Legemiddelverket | Gjenstående kvalitetsjusterte leveår | 12,5 år | 7,0 år | 3,1 år |
|                  |                  | Avvik                                | 33,6 %  | 35,7 % | 41,9 % |

I Holdenutvalgets andre rapport anvendes QALY som mål på helsetap ved dødsfall.<sup>40</sup> Den økonomiske verdsetningen av et QALY er satt til 1,5 millioner kroner, som det argumenteres for at representerer et gjennomsnitt av anslag med og uten produksjonsvirkninger. Det vises til at denne verdien av et QALY samsvarer med Finansdepartementets anbefalte verdsetting av et statistisk liv.

Gjennomsnittsalder ved covid-19-dødsfall var på dette tidspunktet 82 år. For beregning av forventede gjenværende QALY for covid-19-dødsfall ble det brukt gjennomsnittlig tap av forventede leveår og mål på helse relatert livskvalitet. Bruk av QALY som helse mål ble også brukt i utvalgets tredje og fjerde rapport, men i den fjerde rapporten ble forventet QALY-tap ved dødsfall beregnet for ulike aldersgrupper.

Det kan synes at Holdenutvalget har funnet bedre metodiske måter å verdsette helsetap på etter hvert som analysene er blitt gjennomført. Det er et tydelig tegn på at det metodiske rammeverket for verdsetting av liv og helse er mangelfullt når landets fremste eksperter på området må gå gjennom en «modningsprosess» for å levere gode analyser for beslutningstakere midt i en akutt helsekrise.

### 3.1.3. Tydeliggjør inkonsistent verdsetting av liv og helse

Holdenutvalget presiserer at i «en helhetlig vurdering må helseeffektene både med hensyn til covid-19 og effekten for behandlingen av andre sykdommer inngå. I prinsippet bør disse inngå med verdier på helse som er konsistente og dermed sammenlignbare».<sup>41</sup>

Verdsettingen som Holdenutvalget gjør av liv og helse som var forventet å gå tapt til koronasykdom ved ulike alternativer for smittevernsstrategier er imidlertid langt i fra konsistent eller sammenlignbart med hvordan et tilsvarende helsetap vil verdsettes med metodene som benyttes i helsesektoren.

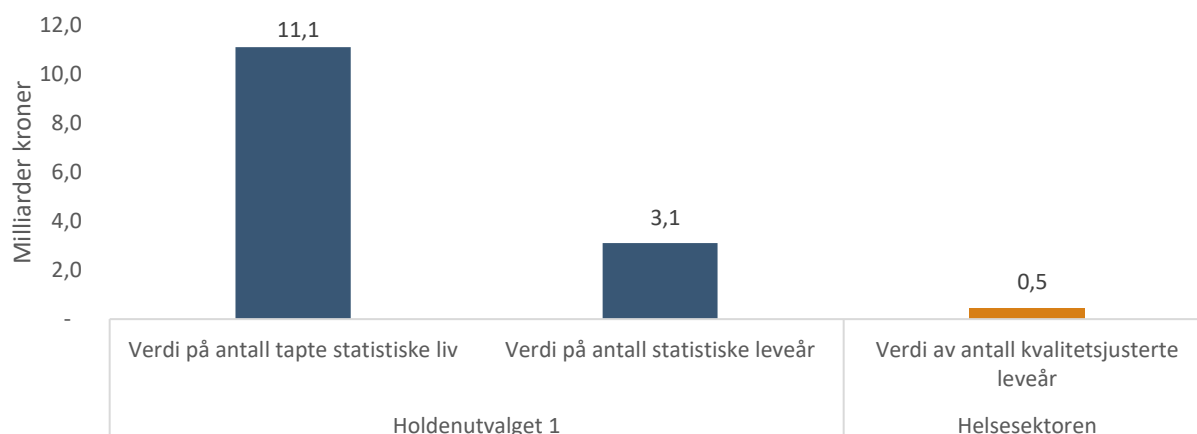
I Holdenutvalgets første rapport verdsettes det forventede tap av liv ved en Slå-ned-strategi til henholdsvis 11,1 milliarder kroner og 3,1 milliarder kroner for verdsettingsmetodene «verdi på antall tapte statistiske liv» og «verdi på antall tapte statistiske leveår». Hvis man regner på det eksakt samme helsetapet med verdsettingsmetodene som benyttes i helsesektoren verdsettes tapet til koronasykdom til kun 0,5 milliarder kroner<sup>42</sup>. I henhold til analysene skal samfunnet ha en betalingsvillighet for å unngå helsemessig tap fra koronasykdom som er mellom 8 og 25 ganger høyere enn det helsetjenesten er villig til å betale for å unngå et tilsvarende helsetap fra annen sykdom.

<sup>40</sup> Holdenutvalget (2020): Covid-19 – samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – andre rapport

<sup>41</sup> Holdenutvalget (2020): Covid-19 – samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – første rapport

<sup>42</sup> Det legges her til grunn 5,2 gjenstående gode leveår for gjennomsnittlig alder på omkomne (fremfor 7 som Holdenutvalget legger til grunn) samt en verdsetting per QALY på 275 000 kroner i stedet for 1,4 millioner kroner.

Figur 3.1: Ulike alternativer for verdsetting av helsetapet knyttet til dødsfall fra koronasykdom ved en Slå-ned-strategi (Scenario A i Holdenutvalgets første rapport). Kilde: Holdenutvalget, Menon



Hovedforklaringen på hvorfor helsetap fra koronasykdom verdsettes langt høyere enn helsetap fra annen sykdom, ligger i om det er en såkalt «ex post»- eller «ex ante»-beslutning. For koronasykdom handler det om å forebygge at folk blir smittet, altså forebygging. Man kan da, med god forankring i de metodiske veilederne, benytte en samfunnsøkonomisk verdsetting av gode leveår – som altså er i området 1,5 millioner kroner. Men når den samme befolkningsgruppen kommer til helsevesenet med kreft, hjertesvikt, diabetes eller annen livstruende sykdom, skal det vurderes ex-post. Det vil si at man faller ned i de helseøkonomiske verdsettelsesmetodene, som gir en langt lavere betalingsvillighet for livreddende tiltak.

For norske borgere er det imidlertid liten grunn til å skille mellom det å miste livet til koronasykdom eller annen sykdom. Det virker derfor ulogisk at villigheten til å bruke skattebetalernes penger til å beskytte borgerne fra helsetap til sykdom, i så stor grad skiller mellom om tapet skjer til koronasykdom eller annen sykdom.

### 3.2. Tapt verdiskaping og velferd som kostnad

Med utgangspunkt i den store usikkerheten rundt hvorvidt helsetjenesten skulle bryte sammen, har store deler av samfunnet blitt stengt ned gjennom koronapandemien. Smittevernstiltakene har hatt konsekvenser for alle innbyggerne i samfunnet, hvor noen næringer er blitt mer berørt enn andre. Koronapandemien har med all tydelighet vist hvordan sykdomsbekjempelse har konsekvenser som strekker seg langt utover helsesektoren, som blant annet virkninger på folkehelsen, svekket privatøkonomi og yrkesdeltakelse og tap for frivillig sektor.

*«Ved beslutninger om smitteverntiltak må man vurdere den helsemessige gevinsten ved å dempe epidemien opp mot belastningen som tiltakene medfører. I den vurderingen må man også ta hensyn til at epidemien i seg selv har skadevirkninger for samfunnet utover de som rammes av epidemien. Det gjelder blant annet økt belastning på helsevesenet, produksjonstap på grunn av sykefravær, redusert etterspørsel etter en rekke varer og tjenester fordi folk er hjemme for å unngå å bli smittet, mulig isolasjon og redsel, og dårligere helsetilbud for andre pasientgrupper».*

Sitatet ovenfor tilhører Holdenutvalgets første rapport.<sup>43</sup> Det er anvendt et samfunnsperspektiv i de samfunnsøkonomiske analysene av smitteverntiltak, der blant annet produksjonsvirkninger som følge av covid-19, er inkludert. Produksjonstapet som følge av pandemien er også inkludert i samtlige andre samfunnsøkonomiske analyser som er utført knyttet til viruset.

<sup>43</sup> Holdenutvalget (2020), Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – covid-19 – første rapport, s. 3

Ifølge SSB sine beregninger førte pandemien til et produksjonstap på 145 milliarder kroner i 2020, som vil si en nedgang i BNP for Fastland-Norge på 4,7 prosent, sammenlignet med en situasjon uten korona.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Bjertnæs et al. (2021), *COVID-19, tapt verdiskaping og finanspolitikkenes rolle*

## 4. Inkonsistente vurderinger innad og på tvers av sektorer

Statlig finansierte tiltak representerer en investering av skattebetalernes penger som myndighetene gjennomfører på vegne av samfunnet. For at investeringen skal gi høyest mulig avkastning tilbake til samfunnet må ressursene allokere dit hvor samfunnets samlede nytte av ressursene er høyest. For myndighetene er det derfor viktig med konsistente vurderinger av nytte- og kostnadvirkninger på tvers av ulike samfunnsområder. I dette kapitlet viser vi imidlertid, gjennom konkrete eksempler, hvordan like effekter vurderes ulikt både innad i helsesektoren og i forhold til andre sektorer.

### 4.1. Tilgang til nye legemidler

Grovt sett finansieres legemidler som faller inn under primærhelsetjenesten sitt ansvar på blå resept og legemidler som faller inn under spesialisthelsetjenesten sitt ansvar, finansieres gjennom de regionale helseforetakene.

#### 4.1.1. Løp 1 – sykehuslegemidler

Metodevarsel som gjelder sykehuslegemidler, utløser en bestilling av hurtig metodevurdering gjennom Nye metoder. Bestillerforum behandler metodevarselet og etterspør nødvendig dokumentasjon.

Metodevurderingen gjennomføres i all hovedsak av SLV eller FHI, avhengig av hvilken type metodevurdering som er valgt, og skal følge prinsippene for prioritering beskrevet i Prioriteringsmeldingen.<sup>45</sup>

Dette innebærer blant annet at analysen skal gjøres ut ifra et utvidet helsetjenesteperspektiv som blant annet innebærer at produksjonsvirkninger, som følge av legemiddeltiltaket, samt skattefinansieringskostnader, ikke skal inkluderes. Metodevurderingen utgjør en viktig del av beslutningsgrunnlaget til Beslutningsforum, som avgjør hvorvidt den nye metoden kan brukes i spesialisthelsetjenesten eller ikke.

Som kjent er dette systemet, Nye metoder, nylig evaluert. Evalueringen konkluderer relativt tydelig om de helseøkonomiske retningslinjene for Nye metoder:

«Helsedirektoratet utarbeidet i 2012 en veileder for helseøkonomiske analyser. Veilederen bygger på bruk av et samfunnsøkonomisk perspektiv, og brukes ikke ved økonomiske analyser i tilknytning til Nye metoder... Vi mener at det mangler en offentlig tilgjengelig veileder for utarbeiding av metodevurderinger, og at Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk bør utarbeide dette.»

Evalueringen peker videre på at prioriteringsmeldingen beskrev et forestående arbeid med de relevante veilederne for Nye metoder, og at disse skulle ses i sammenheng: «Departementet vil igangsette et arbeid med revidering av aktuelle sektorspesifikke veiledere og retningslinjer i lys av Stortingets behandling av denne meldingen. Dette gjelder bl.a. Helsedirektoratets veileder for økonomisk evaluering av helsetiltak, Statens legemiddelverks retningslinjer for legemiddeløkonomiske analyser og Folkehelseinstituttets skjema for mini-metodevurdering. Disse veilederne skal bygge på de samme prinsippene for prioritering.»

Helse- og omsorgsdepartementet sier på sin side at disse veilederne nå er på plass. Evalueringen av Nye metoder konstaterer altså likevel at det er behov for en offentlig tilgjengelig veileder som viser hvilke samfunnsøkonomiske metoder og prinsipper som skal følges. Det er ikke dermed sagt at endringer i analyseperspektiv, utvidet helsetjenesteperspektiv eller samfunnsperspektiv, er aktuelt. Men en offentlig tilgjengelig veileder vil i alle fall gjøre det lettere å forstå konsekvensene av det analyseperspektivet som Nye

---

<sup>45</sup> Helse- og omsorgsdepartement (2016), Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientenes helsetjeneste – Melding om prioritering

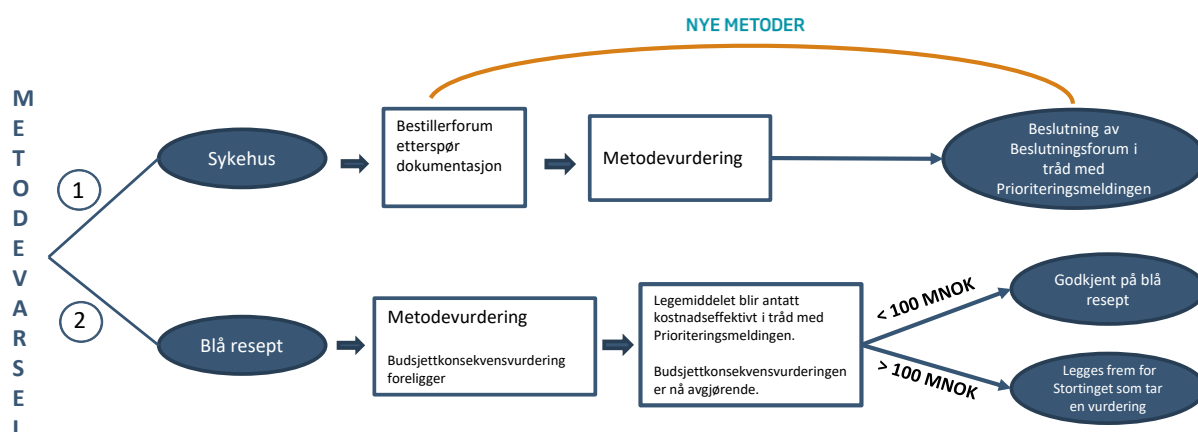
metoder legger til grunn. Det vil også kunne legge til rette for en mer åpen diskusjon om hvorvidt det er riktig og hensiktsmessig at systemet for Nye metoder, som i prinsippet skal vurdere alle typer av nye teknologier og metoder av noe omfang som skal innføres i og finansieres av spesialisthelsetjenesten, skal ha fokus på samfunnets nytte av metoden sett opp mot kostnaden (samfunnsperspektiv), eller om fokuset fortsatt skal være på helseforetakenes egen alternativkostnad (helsetjenesteperspektiv).

#### 4.1.2. Løp 2 – blå resept-legemidler

Et metodevarsel for legemidler som finansieres av folketrygden, gjennom blå resept ordningen, utløser også en bestilling av en hurtig metodevurdering. Metodevurderingen utarbeides vanligvis av SLV<sup>46</sup>, og skal på lik linje som for sykehuslegemidler, være i tråd med Prioriteringsmeldingen.

For legemidler som skal finansieres av Folketrygden, skal det i tillegg til en metodevurdering foreligge en budsjettkonsekvensvurdering av legemiddelet. Det er bestemt at dersom legemiddelet koster over 100 millioner kroner i året for det offentlige, må legemiddelet opp til vurdering på Stortinget før det kan skrives ut på blå resept.<sup>47</sup> Budsjettkonsekvensutredningen beregnes ut ifra hvor stor populasjon som er forventet å ta i bruk det nye legemiddelet.<sup>48</sup> De to ulike godkjeningsprosessene er illustrert i Figur 4.1.

Figur 4.1: Forenklet illustrasjon over hvordan godkjeningsprosessen for nye tiltak som vurderes for finansiering gjennom hhv. sykehusbudsjett og blå resept-ordningen. Kilde: Menon



Det at man har ulike godkjeningsløp for nye metoder med ulikt finansieringsansvar kan medføre at man vurderer verdien av nye tiltak på ulikt grunnlag – som i sin tur kan gå ut over pasienter. Hvorvidt det er primærhelse- eller spesialisthelsetjenesten som har finansieringsansvaret er irrelevant for pasienten.

Produksjonsvirkninger skal ikke inkluderes i metodevurderingene, hverken for nye tiltak på blå resept eller for sykehus. Dette kan bidra til å undergrave den samfunnsøkonomiske verdien av et nytt tiltak – som kan gå ut over pasienter. Disse to problemstillingene belyser vi videre gjennom tre konkrete eksempler.

<sup>46</sup> I noen tilfeller vil det være relevant at FHI bistår når det er nødvendig med en fullstendig metodevurdering.

<sup>47</sup> Statens legemiddelverk (2018), *Beslutning om offentlig finansiering av legemidler – slik er prosessen*

<sup>48</sup> I metodevurderingene for sykehuslegemidlene er det også anbefalt at det foreligger en budsjettkonsekvensanalyse i tillegg til en rekke andre analyser.

### **Migrene – en sykdom som rammer en stor ung befolkning**

Migrene betegnes som anfall av pulserende hodepine i tillegg til smerter i form av kvalme, brekninger, lys- og lydfølsomhet. Varigheten på anfallende varierer veldig og kan gå over etter noen timer eller vare opptil 72 timer. De hoved utløsende årsakene er ofte knyttet til stress, sult, søvnmangel, dehydrering samt forskjellige mat- og drikkevaner.



Forekomsten er særlig høy blant unge og kvinner rammes i over dobbel så stor grad i forhold til menn. Det finnes flere behandlinger for migrene som både brukes for å forebygge de utløsende årsakene, men også legemidler for selve anfallene og forebygging av dem.

Uforutsigbarheten ved sykdommen, påvirker i stor grad pasientens hverdag, både i form av helsetap, redusert sosialt samvær og redusert tilstedeværelse på skole og jobb, og gjør det utfordrende å planlegge.

Behandlinger og nye legemidler knyttet til migrene havner inn under primærhelsetjenestens finansieringsansvar og vil dermed havne i godkjenningssløp 2. (Ref. beskrivelse og illustrasjon ovenfor.)

På lik linje som for godkjenningssløp 1, skal ikke produksjonsvirkninger inkluderes i metodevurderingen av ny behandling for migrene. Ekskluderingen av produksjonstap begrunnes med at man risikerer å nedprioritere tiltak knyttet til personer utenfor arbeidslivet. Problemet er likevel at man ikke belyser alle relevante ressurs- og nytteeffekter og dermed risikerer å prioritere mindre effektive behandlinger. Dette kan gi særlig store utslag for sykdomsområder hvor arbeidsførgraden i populasjonen er høy – som migrene er et eksempel på.

På bestilling av Novartis lanserte Oslo Economics en rapport i 2020 som beregner de totale samfunnskostnadene av migrene. **Kostnadene knyttet til produksjonstap tilsvarte i underkant av 2,3 milliarder for kun 2019.** Til tross for at en ny og effektiv migrenemedisin kan føre til store gevinster både innad og utenfor helsesektoren, skal ikke effekter knyttet til arbeidsliv og skole inkluderes i vurderingen. Dersom man inkluderer effekten av produksjonstap i vurderingen av en ny migrenemedisin, viser beregningene til Oslo Economics hvordan en ny migrenemedisin ikke bare er kostnadseffektiv, men at den gir en **negativ merkostnad per vunne kvalitetsjustert leveår**, en såkalt dominant ICER. Dersom et nytt tiltak medfører kostnadsbesparelser samtidig som bedre helseeffekter, burde det ikke være noen tvil om innføring.

Ettersom budsjettkonsekvensutredningen av den nye migrenemedisinen oversteg fullmaktsgrensen på 100 millioner, måtte vurderingen opp i Stortinget. I første omgang ble ikke legemiddelet godkjent på bakgrunn av det var for dyrt. Mer enn ett år etter senere ble likevel legemiddelet tilgjengelig gjennom blåreseptordningen, og kan i dag fås på individuell refusjon. Ifølge reseptregisteret hadde i overkant av 5000\* unike pasienter fått denne migrenemedisinen på individuell refusjon i 2020. Det tyder på at veldig mange oppnår god effekt av legemiddelet.

*Kilde: \*Reseptregisteret (2021), ATCN02CD01 \* Oslo Economics (2020) «Migrene i et samfunnsperspektiv»*

### **Crohns sykdom – en sykdom som rammer en ung befolkningsgruppe**

Crohns sykdom er en kronisk betennelsessykdom i mage-tarmkanalen. Sykdommen kan blant annet føre til store magesmerter, diare og kvalme. Barn med sykdommen kan i tillegg bli forsinket i sin vekst og utvikling. I Norge ligger forekomsten på 200 pr 100.000 innbyggere, hvor den høyeste andelen er i aldergruppen 20-30 år.



Det er usikkert hva som er årsaken til sykdommen, men det er knyttet sammenheng med immunsystemet. Det finnes ingen behandling som kurer Crohns sykdom – hensikten med behandling er å dempe betennelsen, symptomene og sykdomsaktiviteten. I tillegg kan behandling bidra til å motvirke komplikasjoner som kan oppstå ved sykdommen\*. Crohns sykdom har svært liten påvirkning på dødelighet, men sykdommen gir betydelig redusert livskvalitet for pasientene den rammer.

En hurtig metodevurdering av legemiddelet Vedolizumab for Crohns sykdom ble gjennomført av SLV i 2015\*\*. Finansieringsansvaret ble bestemt å havne hos spesialisthelsetjenesten, og følgelig fulgte metodevurderingen godkjenningssløp 1 (se Figur 0-1). Som det kommer frem av metodevurderingen er den helseøkonomiske evalueringen gjort i et utvidet helsetjenesteperspektiv, iht. Prioriteringsmeldingen. I tillegg har SLV her valgt å utføre analysen også i et samfunnsperspektiv. Forskjellen på de to perspektivene i analysen er inklusjon av indirekte kostnader som følge av produksjonstap ved sykefravær for pasientene.

Analysens resultater viser at når indirekte kostnader ekskluderes er kostnad per vunnet QALY 600 000 NOK, mens **når indirekte kostnader er inkludert er kostnad per vunnet QALY 100 000 NOK**. Ved å inkludere kostnadene knyttet til produksjonsvirkninger reduseres merkostnaden per vunnet QALY med over 80 prosent – en betydelig andel. Konklusjonen til Beslutningsforum var at legemiddelet lå i øvre sjikt på hva som kan anses som kostnadseffektiv behandling, ut ifra et utvidet helsetjenesteperspektiv. Likevel er legemiddelet blitt innført som behandling for pasienter med Crohns sykdom. Det er også blitt gjort en budsjettkonsekvensanalyse av legemiddelet, men resultatene av denne er ikke offentliggjort.

*Kilder: \* NHI (2021), «Crohns sykdom» \*\* SLV (2015), «Hurtig metodevurdering av Vedolizumab»*

### 4.1.3. Offentlig finansiering av vaksiner

Offentlig finansiering av vaksiner skjer enten via nasjonalt vaksinasjonsprogram over statsbudsjettet eller via blåreseptforskriften §4 gjennom folketrygden.<sup>49</sup> Dersom en vaksine er aktuell for offentlig finansiering, skal vaksinen metodevurderes. Beslutning om finansiering skal baseres på de samme prioriteringskriteriene – alvorlighet, nytte og ressursbruk – som øvrige legemidler.

FHI vurderer om vaksinen er aktuell for offentlig finansiering og videre om en hurtig metodevurdering er tilstrekkelig, eller om det skal utføres en fullstendig metodevurdering.<sup>50</sup> For hurtig metodevurdering gjelder de samme retningslinjene for innsending av dokumentasjon som for øvrige legemidler, som beskrevet i Legemiddelverkets retningslinjer.<sup>51</sup> I tillegg eksisterer det noen retningslinjer som spesifikt gjelder for vaksiner.<sup>52</sup> Retningslinjene peker blant annet på at analysene skal gjennomføres i et utvidet helsetjenesteperspektiv, med unntak for vaksiner for smittsomme sykdommer, da kan indirekte kostnader, også inkluderes i dokumentasjonsgrunnlaget. Det poengteres likevel ikke at indirekte kostnader i form av produksjonsvirkninger, skal inkluderes.

Hvorvidt nye vaksiner som må gjennom en fullstendig metodevurdering skal analyseres fra et utvidet helsetjenesteperspektiv eller i et samfunnsperspektiv, har vi ikke klart å finne klare retningslinjer på. Finansdepartementet argumenterer imidlertid for at vurdering av vaksinasjonsprogrammer «*retter seg mot totalbefolkningen eller ellers friske grupper av befolkningen og ikke mot grupper som allerede er rammet av spesifikke sykdommer eller skader*».<sup>53</sup> Det innebærer i så fall etter gjeldene retningslinjer at vaksiner skal vurderes fra et samfunnsperspektiv, ikke fra et helsetjenesteperspektiv, samt at helsegevinstene fra vaksiner skal verdsettes etter QALY-verdien som benyttes i samfunnet generelt (ca 1,5 millioner kroner) og ikke QALY-verdien som brukes i helsesektoren (275 000 kroner).

Fra de fullstendige metodevurderingene vi har funnet ser det ikke ut til at det er en konsistens rundt analyseperspektiv – noen er utført i et utvidet helsetjenesteperspektiv, andre i et samfunnsperspektiv, mens andre igjen er blitt utredet både i et utvidet helsetjenesteperspektiv og et samfunnsperspektiv. For å illustrere hvordan valg av analyseperspektiv kan påvirke den økonomiske evalueringen, ønsker vi her å vise beslutningsgrunnlaget som lå til grunn for å innføre vaksinasjon mot rotaviruset i barnevaksinasjonsprogrammet.

---

<sup>49</sup> Helsedirektoratet (2019), *Tredelt finansieringsansvar for legemidler*

<sup>50</sup> Statens legemiddelverk (2019) *Hurtigmetodevurdering av vaksiner*

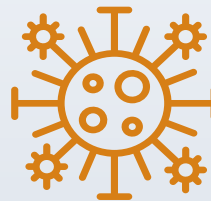
<sup>51</sup> Statens legemiddelverk (2018), *Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler*

<sup>52</sup> Statens legemiddelverk (2019), *Retningsgivende notat om dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av vaksiner*

<sup>53</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/vurdering-av-virkninger-pa-folkehelsen-og-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser/Finansdepartementet>

### **Rotavirus – et virus som rammer små barn**

Rotavirus er en av de viktigste årsakene til at barn under 5 år får alvorlig diaré som krever sykehusinnleggelse. På verdensbasis er det anslått at mellom 454 000 og 705 000 barn dør hvert år av denne sykdommen.



De fleste dødsfallene inntreffer i lavinntektsland, men insidensen er like høy i høyinntektsland. De største kostnadene ved sykdommen kommer av sykehusinnleggelse og legekonsultasjoner. I tillegg er det knyttet store indirekte kostnader til sykdommen i form av at barnas foresatte er hjemme fra arbeid for å passe sykt barn.\*

Det finnes to vaksiner mot rotaviruset (Rotarix® og Rotateq®) som begge har markedsføringstillatelse i Norge. Vaksinasjon vil redusere sykehusinnleggelse og legekonsultasjoner, samt redusere foreldres sykefravær. I 2009 ble det diskutert om rotavirusvaksinene burde bli satt inn i barnevaksinasjonsprogrammet. I den forbindelse fikk Kunnskapssenteret i oppdrag fra FHI, å evaluere kostnadseffektiviteten av å innføre vaksinasjon mot rotaviruset i Norge.

Den helseøkonomiske evalueringen som ble gjennomført av Kunnskapssenteret sammenlignet kostnader og helsegevinster for de to vaksinekandidatene mot en ikke-vaksinasjonsstrategi. Kostnader per kvalitetsjustert leveår ble beregnet for samtlige alternativ både fra et utvidet helsetjenesteperspektiv og et samfunnsperspektiv.

Resultatene viser at i et utvidet helsetjenesteperspektiv koster Rotarix® og Rotateq® hhv NOK 687 500 og NOK 762 000 per vunnet kvalitetsjustert leveår. Derimot er merkostnaden redusert dersom man ser analysen i et samfunnsperspektiv. ***Fra et samfunnsperspektiv, hvor produksjonsvirkninger ved foresattes sykefravær er inkludert, koster Rotarix® og Rotateq® hhv NOK 27 500 og NOK 104 000 per vunne kvalitetsjusterte leveår.***

Beslutningen rundt vaksinenes kostnadseffektivitet ble basert på en terskelverdi på NOK 500 000 per vunne kvalitetsjusterte leveår. Basert på denne terskelverdien var vaksinene kun kostnadseffektive ut ifra et samfunnsperspektiv og ikke ut ifra et utvidet helsetjenesteperspektiv.

*Kilde: \* Kunnskapssenteret (2009) «Kostnadseffektivitet av å inkludere vaksinasjon mot rotavirus i det norske barnevaksinasjonsprogrammet»*

## **4.2. Samfunnsperspektiv og utvidet helseperspektiv**

Før nye tiltak innvilges offentlig finansiering skal tiltakene metodevurderes for å sikre gode og konsistente beslutninger. En samfunnsøkonomisk analyse er et verktøy som ofte brukes til dette, og skal være med på å sikre effektiv ressursbruk av offentlige ressurser. DFØ presiserer at for å sikre konsistente analyser innad og på

tvers av sektorer er det viktig at alle etterlever et sett med felles retningslinjer for metode og valg av sentrale parameterverdier.<sup>54</sup>

For å finne virkningene av et tiltak skal man identifisere både positive og negative virkninger som oppstår som en følge av at tiltaket gjennomføres.<sup>55</sup> Hvilken type virkninger det er relevant å inkludere i en samfunnsøkonomisk analyse, avhenger av typen problem og av typen tiltak som skal utredes. Eksempler på berørte grupper er brukere av en offentlig tjeneste, andre offentlige tjenester, næringslivet, organisasjoner og andre som direkte eller indirekte drar nytte eller opplever en ulempe ved tiltaket.

Innenfor helsesektoren benyttes det retningslinjer for metode og valg av sentrale parameterverdier som skiller seg fra praksis i andre sektorer. Fremfor DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser i vurdering av tiltak skal veilederen *Økonomisk evaluering av helsetiltak* skal følges.<sup>56</sup> Anbefalingene i denne veilederen har tatt utgangspunkt i prinsipper for prioritering beskrevet i Prioriteringsmeldingen.<sup>57</sup>

Den overordnede forskjellen ligger i at tiltaksvurderingene i helsesektoren gjøres innenfor et utvidet helsetjenesteperspektiv istedenfor i et samfunnsperspektiv. Mens man i et samfunnsperspektiv inkluderer alle relevante fordeler og ulemper for samfunnsaktører som berøres direkte eller indirekte av et tiltak, har det utvidede helsetjenesteperspektivet et mer snevert fokus. Eksempelvis skal konsekvenser knyttet til verdiskaping, trygd eller fremtidig bruk av helsetjenester ikke inkluderes i analysegrunnlaget. Det avgjørende skillet for hvilket perspektiv som skal legges til grunn ligger i hvorvidt tiltaket er rettet mot en «frisk» eller «syk» befolkningsgruppe.

Eksempelvis vil tiltak med et helseforebyggende formål, som kostholdstiltak (frukt og grønt i skolen) og tiltak for fysisk aktivitet (sykling og gange), vurderes i et samfunnsperspektiv. For andre helseforebyggende tiltak vil det kunne variere hvor vidt analysene inntar et samfunnsperspektiv eller et utvidet helsetjenesteperspektiv. Vaksiner er et eksempel på dette. Legemidler og medisinskteknisk utstyr som har en behandlingseffekt, og ikke en forebyggende effekt som vaksiner, skal vurderes innenfor et utvidet helsetjenesteperspektiv.

I mange tilfeller vil det være tydelig om tiltaket er rettet mot en «frisk» eller «syk» befolkningsgruppe, og valg av analyseperspektiv følger tydelig av gjeldende retningslinjer. Men i andre tilfeller vil det kunne være et utydelig skille mellom syk og frisk. Valg av metodisk rammeverk vil da kunne være preget av tilfeldigheter, til tross for at det kan være av avgjørende betydning for analyseresultatet og informasjonsgrunnlaget for viktige samfunnsbeslutninger. Denne utfordringen ønsker vi å belyse ved å gå nærmere inn på den samfunnsøkonomiske analysen som var med i beslutningen om å bygge to protonsentre i Norge.

---

<sup>54</sup> Direktoratet for økonomistyring (2018): *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*

<sup>55</sup> Direktoratet for økonomistyring (2018): *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*

<sup>56</sup> Helsedirektoratet (2012): *Økonomisk evaluering av helsetiltak – en veileder*

<sup>57</sup> Helse- og omsorgsdepartement (2016), *Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientenes helsetjeneste – Melding om prioritering*

### **Protonbehandling – et tiltak som direkte berører både friske og syke**

Protonbehandling er en type behandling for kreftpasienter. Det skal være en mer presis og skånsom behandlingsform sammenlignet med ordinær strålebehandling der faren for langtidsbivirkninger og seinskader er redusert\*.



Per dags dato har Norge ingen protonsentre der denne behandlingen kan gjennomføres – pasientene som trenger protonbehandling sendes til utlandet\*\*. Diskusjonen og beslutningsprosessen om Norge skal investere i et protonsentre har pågått i årevis. Det er i dag vedtatt å bygge to protonsentre i Norge, ett i Oslo og ett i Bergen, men avgjørelsen er fortsatt omstridt.

Et protonsentre vil gi nytte til kreftpasienter – derav er tiltaket rettet mot en pasientgruppe. Samtidig er den planlagte utbyggelsen av protonsentrene et milliardprosjekt som potensielt vil skape arbeidsplasser og andre inntekter til staten. Konseptrapporten av prosjektet inkluderer blant annet de økonomiske analysene, samt en samfunnsøkonomisk analyse av prosjektet\*\*\*.

Som det kommer frem av konseptrapporten, er den samfunnsøkonomiske analysen som er utført svært forenklet. Hvilken type samfunnsøkonomisk analyse som var tenkt å gjennomføres – nytte-kostnadsanalyse, kostnadseffektivitetsanalyse eller kostnadsvirkningsanalyse – er ikke spesifisert.

Analysen kan heller ikke anses som en fullverdig nytte-kostnadsanalyse ettersom verdsettelsen av nytten, verdien av en QALY, ikke er forsøkt kvantifisert på bakgrunn av manglende dokumentasjon. Samtidig, har man gjort et forsøk på å drøfte helsegevinstene av tiltaket opp mot merkostnadene, men den trekker ingen slutninger om tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt. I tillegg er det usikkert om produksjonstap og skattefinansieringskostnader er tatt med i beregningen.

*Kilder: \* Helse Bergen (2020), «Fakta om protonbehandling», \*\* Dagens Medisin (2018), «Kreftleger og økonomer raser mot regjeringens kreft-vedtak» \*\*\*Sykehusbygg (2016) «Konseptfase – etablering av protonbehandling – Sluttrapport»*

Ettersom et protonsentre er tenkt som et tiltak for kreftpasienter, faller tiltaket inn under helsesektoren. I henhold til Prioriteringsmeldingen skal tiltak rettet mot spesialisthelsetjenesten gjennom Nye metoder og analyseres ut ifra et utvidet helsetjenesteperspektiv. Følger man dette burde det ha vært utført en helseøkonomisk analyse med et utvidet helsetjenesteperspektiv.

I henhold til Prioriteringsmeldingen skal ikke utredningsinstruksen anvendes dersom tiltaket er rettet mot en pasientgruppe. Likevel kan det synes vanskelig å velge analyseperspektiv når tiltaket i så stor grad også gir virkninger utover helsesektoren. Ut ifra hva som foreligger av offentlig tilgjengelige utredninger i dette konkrete eksempelet kan det tyde på at man har forsøkt å belyse ressurs- og nytteeffekter fra et helhetlig samfunnsøkonomisk perspektiv. Til tross for at tiltaket er rettet mot kreftpasienter tyder det på at tiltaket er vurdert etter andre kriterier enn det gjeldende retningslinjer tilsier for en pasientgruppe.

### **4.3. Metodisk rammeverk i helsesektoren hvor helseeffekter vanligvis ikke inngår**

Tiltak innenfor helsesektoren bør ha en effekt, direkte eller indirekte, for bedre behandling av pasienter. Innføring av nye metoder, som legemidler og medisinskt teknisk utstyr, har en åpenbar effekt på pasientbehandling. Men også helsesektorens investeringer i e-helse/digitalisering og helsebygg, vil ha pasientbehandling som sitt samfunnsøkonomiske mål. For disse investeringene gjelder imidlertid andre metodiske

rammeverk og vurderingskriterier enn for legemidler og medisinskteknisk utstyr. Det skjer sjeldent at helseeffekter vurderes som prissatte virkninger, eller at disse ikke tillegges stor vekt. Derimot legges det mer vekt på verdiskapingseffekter, det vil si produksjonsvirkninger.

#### 4.3.1. E-helse/digitalisering

De største enkeltinvesteringene i nye metoder i helsetjenesten i Norge finner vi innenfor e-helse. Disse tiltakene forventes oftest å skape størst nytte gjennom den helseeffekten de har for befolkningen. Tiltakene som finansieres over helse- og omsorgsbudsjettet, må derfor ansees som tiltak med en helsemessig effekt. Like fullt vurderes digitaliseringstiltakene på en annen måte enn andre investeringer i teknologi i helsetjenesten, som for eksempel medisinsk utstyr eller legemidler.

E-helse sorterer under statlige digitaliseringsprosjekter når det kommer til utarbeidelse av samfunnsøkonomisk beslutningsunderlag. Det er bestemt at alle slike prosjekter med en anslått kostnadsramme på over 300 millioner kroner skal igjennom Finansdepartementets kvalitetssikringsregime og tilhørende samfunnsøkonomiske analyser.<sup>58</sup>

For AKSON og Helseanalyseplattformen har den omfattende samfunnsøkonomiske analysen blitt gjennomført i henhold til DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser og iht. prinsipper og krav fastsatt i Finansdepartementets rundskriv R-109/2014 om utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser.

---

<sup>58</sup> Finansdepartementet (2020): *Digitaliseringsprosjektet i Statens prosjektmodell*

### Milliardinvesteringer i nye digitale metoder der indirekte effekter er avgjørende for valget

Direktoratet for e-helse gjennomfører omfattende samfunnsøkonomiske analyser i forbindelse med konseptvalgutredninger knyttet til store satsinger som AKSON og Helseanalyseplattformen. Akson skal bidra til «bedre helse for innbyggerne» og er utvilsomt et helsetiltak. Kostnadsrammen er estimert til 11,2 mrd. kroner.



Men helseeffektene, nytte målt i for eksempel kvalitetsjusterte leveår, er ikke inkludert i den omfattende samfunnsøkonomiske analysen som er gjennomført. Som vi ser av figuren hentet fra Vedlegg J Samfunnsøkonomisk analyse (Sentralt styringsdokument for Akson):



Figur 1 Oversikt over virkningene i den samfunnsøkonomiske analysen av tiltaket

«Den samfunnsøkonomiske analysen består imidlertid også av såkalte ikkeprissatte virkninger, der «bedre helse for innbyggerne» med. Disse direkte helseeffektene, sies det i utredningen, «ville ha økt den prissatte samfunnsøkonomiske lønnsomheten til prosjektet dersom de hadde blitt prissatt.» Men det har man altså ikke forsøkt å gjøre. Det sammen gjelder også for den samfunnsøkonomiske analysen knyttet til Helseanalyseplattformen. Her har man gjennomført en omfattende vurdering av nytteeffekter med fokus på økt verdiskaping og økte skatteinntekter. Dette er effekter man vanligvis knapt omtaler ved innføring av andre nye metoder i helsetjenesten.

Kilder:

[<https://www.ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning/Vedlegg%20%20ppdatert%20samfunns%20%20B8konomisk%20analyse.pdf>  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/697dd17c89d24b1890d8eb3c511942f7/rapport-ks2-akson.pdf>

### 4.3.2. Sykehusbygg

Sykehusprosjekter er underlagt et eget økonomisk vurderings- og beslutningssystem<sup>59</sup> Her er det snakk om såkalt «tidligfaseutredning», som tilsvarer en konseptvalgutredning for andre store statlige investeringer.

I tidligfasen skal det utvikles alternative, konseptuelle løsninger for leveranse av helsetjenester. Dette omfatter mer enn løsninger for bygget. I tidligfasen skal relevante alternativer identifiseres og evalueres, og det optimale alternativet skal velges og utvikles til grunnlag for et vedtak om gjennomføring. Men i motsetning til en konseptvalgutredning i andre deler av offentlig sektor som er underlagt Finansdepartementets kvalitetssikringsregime, så er det ikke slik at utredningsveilederen legger opp til at det skal gjennomføres samfunnsøkonomiske analyser knyttet til nytteeffekter av tiltaket. Snarere er de økonomiske analysene begrenset til å vurdere mer bedriftsøkonomiske forhold for helseforetaket:

*«Prosjektets økonomiske bæreevne, og dermed prosjektets bidrag til foretakets økonomiske bæreevne, er et sentralt kriterium for valg av alternativ. Økonomisk bæreevne betyr i denne sammenhengen at gjennomføring av prosjektet ikke innebærer negativ driftsbalanse på kort eller lang sikt, når alle inntekter, overføringer og eventuelle lån er innkalkulert.»*

#### 4.4. Måling og verdsetting av helseeffekter utenfor helsesektoren

Vurdering av helseeffekter i tiltak utenfor helsesektoren blir vanligvis målt i effekt på statistiske liv og skadeomfang. Dette skiller seg metodisk fra hvordan helseeffekter både kvantifiseres og verdsettes i helsesektoren. Helsedirektoratets nye veileder for vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser er et viktig steg mot en mer konsistent måte å kvantifisere helseeffekter på tvers av sektorer.

##### 4.4.1. Metodisk utvikling og konvergens

I vurderingen av samfunnsøkonomisk lønnsomhet av tiltak med helseeffekter er det avgjørende å kunne verdsette virkningen som tiltaket har på befolkningens helse. DFØ sin *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser* setter rammene for hva og hvordan man skal inkludere ulike nytte- og kostnadseffekter. Veilederen bygger på Finansdepartementets rundskriv R-109/2021 og NOU 2012: 16 *Samfunnsøkonomiske analyser*. Verdien av et statistisk liv er den vanligste enheten for økonomisk verdsetting av liv.<sup>60</sup> I Finansdepartementets rundskriv R-109/2021 settes den økonomiske verdien av et statistisk liv til 30 mill. 2012-kroner.<sup>61</sup> Anslaget inkluderer også produksjonsvirkninger. I tillegg er det spesifisert at verdien benyttes for alle sektorer.<sup>62</sup>

Helsedirektoratets nye veileder for vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser kommer med nye anbefalinger om hvordan liv og helse skal verdsettes ved tiltak med helseeffekter.<sup>63</sup> Veilederen, som er ment som et supplement til DFØ sin *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*, retter seg mot andre samfunnssektorer enn helse. Veilederen diskuterer blant annet anbefalingen om å bruke *et statistisk liv* som mål på helseeffekter og legger frem forslag på økonomiske verdier for andre helseenheter, basert på NOU 2012: 16 *Samfunnsøkonomiske analyser*. Det vises til at helseenheten *et statistisk liv* ikke godt egnet når tiltaket påvirker forventet levetid i tillegg til helserelatert livskvalitet.

Helsedirektoratet anbefaler å anvende kvalitetsjusterte leveår når tiltaket har virkninger på både forventet levetid og helserelatert livskvalitet. Måleenheten QALY vurderer både helsetilstand og endring i helsetilstand

---

<sup>60</sup> NOU 2012: 16 skiller mellom tre måter å måle helseeffekter av et tiltak: verdien av et statistisk liv, statistiske leveår og kvalitetsjusterte leveår. Hvilken man benytter avhenger tiltakets egenart

<sup>61</sup> Skal realprisjusteres i takt med BNP per innbygger

<sup>62</sup> Mange sektorer har i tillegg egne sektorspesifikke rammeverk som bygger på DFØ sin veileder i samfunnsøkonomiske analyser, samt NOU 2012: 16 og rundskriv R-109/2021. Dette gjelder både helsesektoren, med «økonomisk evaluering av helsetiltak – en veileder» (Helsedirektoratet, 2012) og transportsektoren med for eksempel Statens vegvesens «Håndbok V712» (2018)

<sup>63</sup> Helsedirektoratet (2021): Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser

over tid, samt antall leveår. Inntil nå er det ingen offisiell veileder som har angitt en økonomisk verdi på et kvalitetsjustert leveår til bruk i samfunnsøkonomiske analyser. Den nye veilederen foreslår at et kvalitetsjustert leveår blir satt til 1,53 millioner 2021-kroner når produksjonsvirkninger er inkludert i den økonomiske verdien.

Dersom liv og helse verdsettes likt i alle sektorer, kan man vurdere hvilke tiltak som gir best helseeffekt for befolkningen på tvers av sektorer. I det følgende ser vi nærmere på verdsetting av liv og helse i samfunnsøkonomiske analyser i veisektoren, og hvordan verdsettingen har betydning for den samfunnsøkonomiske lønnsomheten av prosjektet.

#### **4.4.2. Samfunnsøkonomisk analyse i veisektoren**

Positiv helsegevinst er en av de mest sentrale målene med tiltak i veisektoren. Helseeffektene i slike prosjekter kommer først og fremst i form av redusert antall ulykker og dermed redusert antall skader og dødsfall. Veier er også en av de områdene der det er svært vanlig – nærmest obligatorisk – med samfunnsøkonomiske nytte-kostnadsanalyser av tiltak.<sup>64</sup> Vi ønsker her å vise til et eksempel fra veisektoren der helseeffekter verdsettes og hvordan dette er annerledes sammenlignet med helsesektoren.

---

<sup>64</sup> Vegdirektoratet (2018): *Konsekvensanalyser*

## Samferdsel

På oppdrag fra Samferdselsdepartement fullførte Metier AS og Møreforskning Molde AS (i 2008/2009) en kvalitetssikring av en konseptvalgutredning av E18 Langangen-Grimstad.

I den forbindelse ble det gjort en samfunnsøkonomisk analyse av ulike tiltak/konsepter knyttet til utbedringen. Tabellen under viser nytte- og kostnadsvirkninger for ulike konsepter for utbedring av veistrekningen, og er hentet fra den samfunnsøkonomiske analysen\*.



**Nytte- og kostnadsvirkninger for ulike konsepter for utbedring av veistrekningen E18 Grimstad-Langangen. Kilde: Metier/Møreforskning (2009)**

|                    | Konsept 2<br>(mill. kr) | Konsept 4<br>(mill. kr) | Konsept 5<br>(mill. kr) | Konsept 6<br>(mill. kr) |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>Nytte</b>       |                         |                         |                         |                         |
| Reduserte ulykker  | 115                     | 272                     | 181                     | 183                     |
| Trafikantnytte     | 0                       | -5                      | 322                     | 322                     |
| Sum nytte          | 115                     | 267                     | 503                     | 505                     |
| <b>Kostnader</b>   |                         |                         |                         |                         |
| Kapitalkostnader   | -244                    | -919                    | -1119                   | -1278                   |
| Bompengekostnader  | 0                       | 340                     | 278                     | 207                     |
| Vegvedlikehold     | -5                      | -60                     | -93                     | -147                    |
| Eksterne kostnader | 0                       | -23                     | -16                     | -26                     |
| Særavgift          | -50                     | -89                     | -154                    | -208                    |
| Sum kostnad        | -299                    | -751                    | -1104                   | -1452                   |
| <b>Totalt</b>      | <b>-184</b>             | <b>-484</b>             | <b>-601</b>             | <b>-947</b>             |

Forventet verdi av helseeffekten (reduerte ulykker) finner vi i raden for «reduerte ulykker». Som det kommer frem av tabellen utgjør denne en betydelig andel av de samlede effektene på nyttesiden. Den andre nyttekomponenten, trafikantnytte, er redusert reisetid og andre positive effekter for brukerne av veien. Merk at de mest lønnsomme konseptene (2 og 4) er helseeffekten den eneste positive nytteeffekten. Nytteeffektene av reduksjon i ulykker inkluderer også kostnader knyttet til produksjonsbortfall, samt andre direkte kostnader (medisinske kostnader, materielle kostnader og administrative kostnader)\*\*. I dette eksempelet med veistrekningen ser vi at de mest lønnsomme konseptene i prinsippet er rene helsetiltak ettersom det ikke er ventet andre positive nytteeffekter\*\*\*. Konsept 2 og 4 har en samlet negativ netto nytte på hhv. 184 og 484 millioner kroner.

*Kilder: \*Metier AS og Møreforskning Molde (2009) «Kvalitetssikring av konseptvalg (KS1) E18 Langangen-Grimstad*

*\*\* Det er viktig å merke seg at denne samfunnsøkonomiske analysen er utredet i 2009 slik at verdiene for et statistisk liv er noe lavere enn dagens verdi*

*\*\*\* Det er viktig å presisere at tallene i tabellen kun angir de prissatte virkningene av de ulike konseptene. I samfunnsøkonomiske analyser skal man også tillegge såkalte ikke-prissatte virkninger vekt i analysen. Dette er ventede virkninger av et tiltak som man ikke evner å verdsette i kroner og øre. Relevante ikke-prissatte virkninger i dette prosjektet var virkninger på landskapsbilde, nærmiljø og friluftsliv, naturmiljø, kulturmiljø og naturressurser. Det ble imidlertid ikke identifisert variasjon i ikke-prissatte virkninger på tvers av de ulike konseptene og dette ble derfor ikke tillagt vekt i analysen.*

## 5. Konklusjon

Gjennom denne rapporten synliggjøres eksisterende utfordringer knyttet til å levere et informasjonsgrunnlag fundert på gode og konsistente vurderinger av ulike virkninger til beslutningstakere. Det fokuseres på to størrelser med systematisk inkonsistens i hvordan en forholder seg til sammenlignbare virkninger. De to størrelsene er:

- Verdien av kvalitetsjusterte leveår
- Produksjonsvirkninger

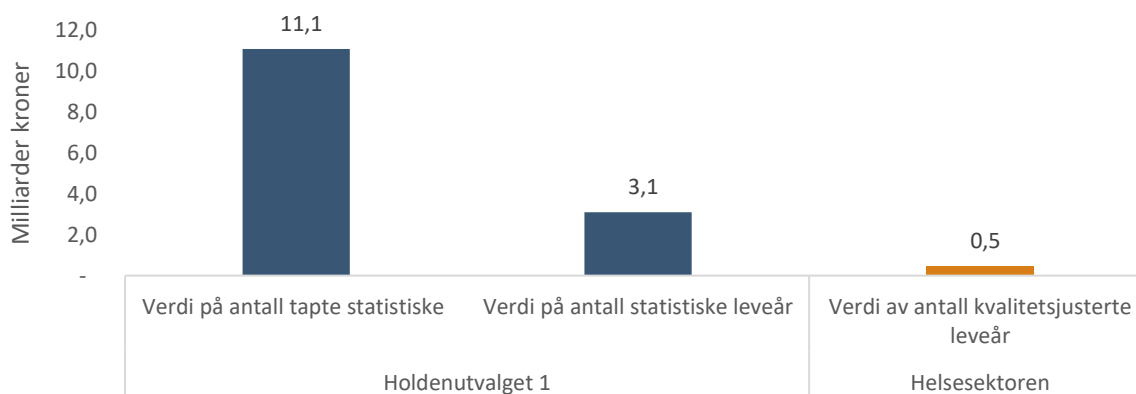
Hvordan en forholder seg til de to størrelsene avhenger i utgangspunktet av om tiltaket retter seg mot en frisk eller en syk befolkningsgruppe. Hvis et tiltak retter seg mot en frisk befolkningsgruppe skal vurderingene gjøres innenfor et helhetlig samfunnsperspektiv, mens for syke befolkningsgrupper skal tiltakene vurderes innenfor et såkalt «utvidet helsetjenesteperspektiv».

### 5.1. Like virkninger vurderes ulikt

Rapporten viser at hvilket perspektiv som inntas kan ha store konsekvenser for resultatene av analysen. Med et utvidet helsetjenesteperspektiv skal konsekvenser for produksjonsvirkninger ikke hensyntas. Videre tildeles en lik helsegevinst en vesentlig lavere økonomisk verdi med et utvidet helsetjenesteperspektiv enn med et samfunnsperspektiv. Resultatet er at myndigheter og beslutningstakere må forholde seg til inkonsistente informasjonsgrunnlag når skattebetalernes penger skal fordeles. Over tid vil dette kunne bidra til å vri ressursfordelingen i en ineffektiv og urettferdig retning.

Et eksempel som trekkes frem er hvordan det forventede helsetapet fra koronasykdom som følger av ulike smittevernsstrategier verdsettes. Den regjeringsnedsatte ekspertgruppen, Holdenutvalget, inntok et samfunnsperspektiv i sin samfunnsøkonomiske vurdering av smitteverntiltak. I verdsetting av tapte leveår benyttet utvalget en verdi på 1,4 millioner kroner, i tråd med gjeldende retningslinjer i samfunnsøkonomiske analyser. Avhengig av om en benytter «Verdien av et statistisk liv» eller «Verdien av et statistisk leveår» beregner Holdenutvalget det forventede helsetapet ved en «Slå-ned-strategi» til henholdsvis 11,1 milliarder og 3,1 milliarder kroner. Dersom helsesektoren skulle verdsatt det eksakt samme helsetapet innenfor gjeldende retningslinjer ville verdsettingen av helsetapet bli 0,5 milliarder kroner, altså mellom 8 og 25 ganger lavere enn for Holdenutvalgets metode.

**Figur 5.1: Ulike alternativer for verdsetting av forventet helsetap knyttet til dødsfall fra koronasykdom ved en Slå-ned-strategi (Scenario A i Holdenutvalgets første rapport). Kilde: Holdenutvalget, Menon**



Ettersom Holdenutvalget gjennomfører en samfunnsøkonomisk analyse, har analysen et stort fokus på konsekvensene som bekjempelsen av koronasykdom har på samfunnet som helhet. Ikke minst er konsekvensene for tapt verdiskaping, altså produksjonstap av sentral betydning. I henhold til gjeldene retningslinjer innebærer det at tiltakene for å beskytte samfunnet mot koronasykdom er rettet mot en «frisk» befolkning. Men ettersom sykdommen i hovedsak får fatale konsekvenser for eldre eller for personer med underliggende sykdom, er det ikke skillet mellom «syk» og «frisk» åpenbart.

## 5.2. Inkonsistente valg av metode og analyseperspektiv

Rapporten viser at skillet mellom syk og frisk, og konsekvensene dette har for valg av analyseperspektiv, også kan være utydelig i flere sammenhenger. Det trekkes blant annet frem eksempler av hvordan investeringer knyttet til bygg og e-helse i helsesektoren ofte vurderes fra et samfunnsperspektiv.

Ettersom formålet til helsetjenesten er behandling av en «syk» befolkning virker det inkonsistent at investeringene som sektoren gjør i bygg- og digitaliseringsprosjekter vurderes i et samfunnsperspektiv, mens investeringer i nye behandlingsmetoder, som legemidler og medisinskteknisk utstyr, skal vurderes innenfor rammene av et utvidet helsetjenesteperspektiv.

For investeringer knyttet til bygg- og digitaliseringsprosjekter i helsesektoren ser man ofte at de helsemessige effektene tillegges liten, eller ingen virkning, mens hovedfokuset ligger på konsekvenser for verdiskaping. Vurderingene som ligger til grunn for bygging av to protonsentere til behandling av kreftpasienter er et eksempel på dette.

Helsedirektoratets nye veileder for vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser er et steg i riktig retning for mer konsistente vurderinger av tiltak med helseeffekt. Økt fokus på å synliggjøre de helsemessige konsekvensene av tiltak utenfor helsesektoren, samt å bruke QALY som en tverrsektoriell måleenhet for helseeffekter er viktige bidrag for mer konsistente vurderinger.

## 5.3. Uheldige konsekvenser

Til tross for en utvikling mot mer sammenlignbare vurderinger av sammenlignbare effekter på tvers av sektorer, består fortsatt inkonsistensen knyttet til verdsetting av liv og helse og produksjonstap.

Inkonsistensen er uheldig både ved at den gir beslutningstakere et mangelfullt informasjonsgrunnlag i forbindelse med viktige samfunnsavgjørelser og ved at helsesektoren systematisk underkommunerer verdien av eget samfunnsbidrag overfor beslutningstakere.

I rapporten vises det hvordan verdien av å behandle migrene og andre sykdommer som holder store befolkningsgrupper utenfor arbeidslivet undervurderes. Samfunnsgevinsten at denne pasientgruppen tilbys behandling undervurderes når en ikke kan synliggjøre produksjonsvirkningene av behandlingen. Nyten for samfunnet knyttet til investeringer i helsevesenet gjenspeiles tilsynelatende ikke i beslutningsgrunnlaget myndighetene legger til grunn for investeringer i sektoren.

Helsevesenet er en investering vi som samfunn gjør i å minimere negative konsekvenser av sykdom og ulykker. Helsevesenets primære samfunnsoppdrag er dermed å minimere sykdomsbyrden i befolkningen. I rapporten settes det derfor spørsmålsteget ved hvorvidt «helsetjenestens alternativkostnad» er riktig måleparameter for betalingsvillighet for et kvalitetsjustert leveår. Vi vil argumentere for samfunnets betalingsvillighet for et kvalitetsjustert leveår, det vil si samfunnets alternativkostnad, er en mer relevant måleparameter.

## 5.4. Anbefaling

«Det er helse i alt vi gjør», fastslår Helse- og omsorgsdepartementet.<sup>65</sup> Tiltak som har som formål å spare liv og helse bør fra et samfunnsøkonomisk perspektiv vurderes så konsistent og likeartet som mulig for at beslutningstagere skal kunne ta raske beslutninger med et best mulig informasjonsgrunnlag. Dette har vi fått en viktig påminnelse om gjennom pandemien, der vi som samfunn har investert flere hundre milliarder kroner i tiltak for å redusere sykdomsbyrden knyttet til virussykdommen Covid-19.

Basert på informasjonen som er sammenstilt i denne rapporten, vil vi anbefale å utjevne dagens skille i metodisk rammeverk og verdsetting. Vårt forslag er å gå bort i fra helsesektorens særegne tilnærming, og gjøre vurderinger som er konsistente med hvordan vurderinger gjøres i andre sektorer. Det innebærer å gå bort i fra et utvidet helsetjenesteperspektiv og over til et samfunnsperspektiv.

Med andre ord anbefaler vi å inkludere produksjonsvirkninger i vurdering av helsetiltak, samt at kvalitetsjusterte leveår tildeles en konkret verdi som er konsistent på tvers av sektorer.

Dette vil gi beslutningstakere, borgere og andre interessenter et mer transparent og sammenlignbart informasjonsgrunnlag for å vurdere hvordan skattebetalernes penger allokeres i samfunnet på tvers av sektorer.

Samtidig er det viktig å presisere at det ikke skal følge en beslutningsautomatikk ved vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet, eller ulønnsomhet, av helsetiltak eller andre tiltak i samfunnet.

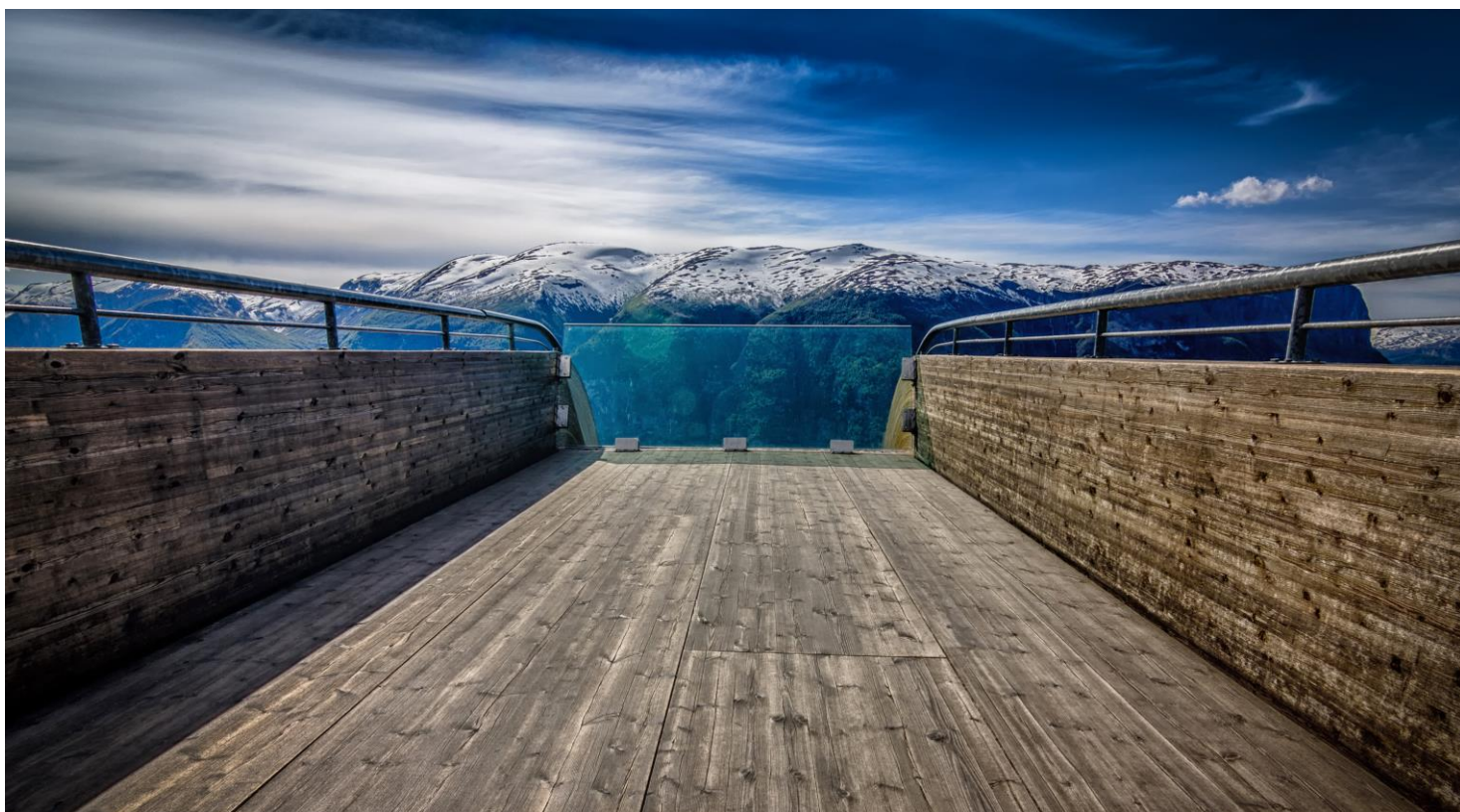
---

<sup>65</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>

## Referanser

- Bjertnæs, G. H., Holmøy, E., Hammersland, R., & Strøm, B. (2020). Nytte-kostnadsanalyse av ulike strategier for korona-tiltak. *Samfunnsøkonomene*, 64-75.
- Bjertnæs, G., Von Brasch, T., Cappelen, Å., Holden, S., Holmøy, E., Slettebø, O., . . . Zhulanova, J. (2021). COVID-19, tapte verdiskaping og finanspolitikkenes rolle. *Utredning for Koronakommisjonen*.
- Claxton, K., Martin, S., Soares, M., Rice, N., Spackman, E., Hinde, S., . . . Sculpher, M. (2015). Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold. *Health Technol Assess*.
- Cowi. (2020). Samfunnsanalyse sykehusstruktur innlandet - sammenstilling. *Helse Sør-Øst RHF*.
- Dahl, E., & Flatabø, T. (2018). NAV-ytelsene frem mot 2060. *NAV-rapport*.
- Direktoratet for økonomistyring. (2018). Veileder i samfunnsøkonomiske analyser.
- Finansdepartementet. (2016, 02 19). *Utredningsinstruksen*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/instruks-om-utredning-av-statlige-tiltak-utredningsinstruksen/id2476518/>
- Finansdepartementet. (2020). Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell. *Veileder*.
- Finansdepartementet. (2021). *Høring - veileder til utredningsinstruksen på folkehelseområdet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/vurdering-av-virkninger-pa-folkehelsen-og-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser/Finansdepartementet%20E2%80%93%20H%C3%B8ringsinnspill%20E2%80%93%20Vurdering%20av%20virkninger%20pa%CC%8A%20folkehelsen%20og%20>
- Finansdepartementet. (2021). *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. *Meld.St.34 (2015-2016)*.
- Helsedirektoratet. (2012). Økonomisk evaluering av helsetiltak - en veileder.
- Helsedirektoratet. (2016). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015.
- Helsedirektoratet. (2018). Veileder for helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser - Høringsutgave. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/helseokonomiske-analyser/Helseeffekter%20i%20samfunns%C3%B8konomiske%20analyser%20-%20Veileder%20-%20H%C3%B8ringsutgave%20Utkast%202018-06-14.pdf/\\_/attachment/inline/8d3bbfff-9e49-44b1-a4d8-321fb47eff77:5](https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/helseokonomiske-analyser/Helseeffekter%20i%20samfunns%C3%B8konomiske%20analyser%20-%20Veileder%20-%20H%C3%B8ringsutgave%20Utkast%202018-06-14.pdf/_/attachment/inline/8d3bbfff-9e49-44b1-a4d8-321fb47eff77:5)
- Helsedirektoratet. (2019). Tredelt finansieringsansvar for legemidler.
- Helsedirektoratet. (2021). Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser. *Sektorveileder til Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen)*.
- Holden-utvalget. (2020). Covid-19 – samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – andre rapport. *Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet*.
- Holdenutvalget. (2020, April 7). Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak - Covid 19 - første rapport.

- Kalstø, Å., & Kann, C. (2018). Færre på helserelaterte ytelser - friskere befolkning? *Arbeid og velferd*, 4.
- Kinge, J., Sælensminde, K., Dieleman, J., Vollset, S., & Norheim, O. (2017). Economic losses and burden of disease by medical conditions in Norway. *Health Policy*, 121(6), 691-698.
- Metier. (2009). Kvalitetssikring av konseptutvalg (KS1) E18 Langangen-Grimstad .
- Myrbostad, A., Rohde, T., Martinussen, P., & Lauvsnes, M. (2010). Regime for planlegging og beslutning i sykehusprosjekter. *Concept-rapport nr 25*.
- Oslo Economics. (2020). Migrene i et samfunnsperspektiv.
- Rawls, J. (1971). A Theory of Justice. *Oxford University Press*.
- Statens legemiddelverk. (2018). Beslutning om offentlig finansiering av legemidler – slik er prosessen.
- Statens legemiddelverk. (2018). *Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler*.
- Statens legemiddelverk. (2018). Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler.
- Statens legemiddelverk. (2019). Dokumentasjonskrav ved hurtig metodevurdering av vaksiner .
- Statens legemiddelverk. (2019). Retningsgivende notat om dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av vaksiner .
- Vegdirektoratet. (2018). Konsekvensanalyser. *Håndbok V712*.
- Vista Analyse. (2021). Usikkerhet i helseøkonomiske analyser i møte med nye og innovative behandlingsmuligheter. *Rapport 2021/40*.
- Wisløff, T. (2017). Ny norsk terskelverdi for verdien av et godt leveår? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.



Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et medarbeidereiet konsultentselskap som kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som helseøkonomi, samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside [www.menon.no](http://www.menon.no).

+47 909 90 102 | [post@menon.no](mailto:post@menon.no) | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | [menon.no](http://menon.no)