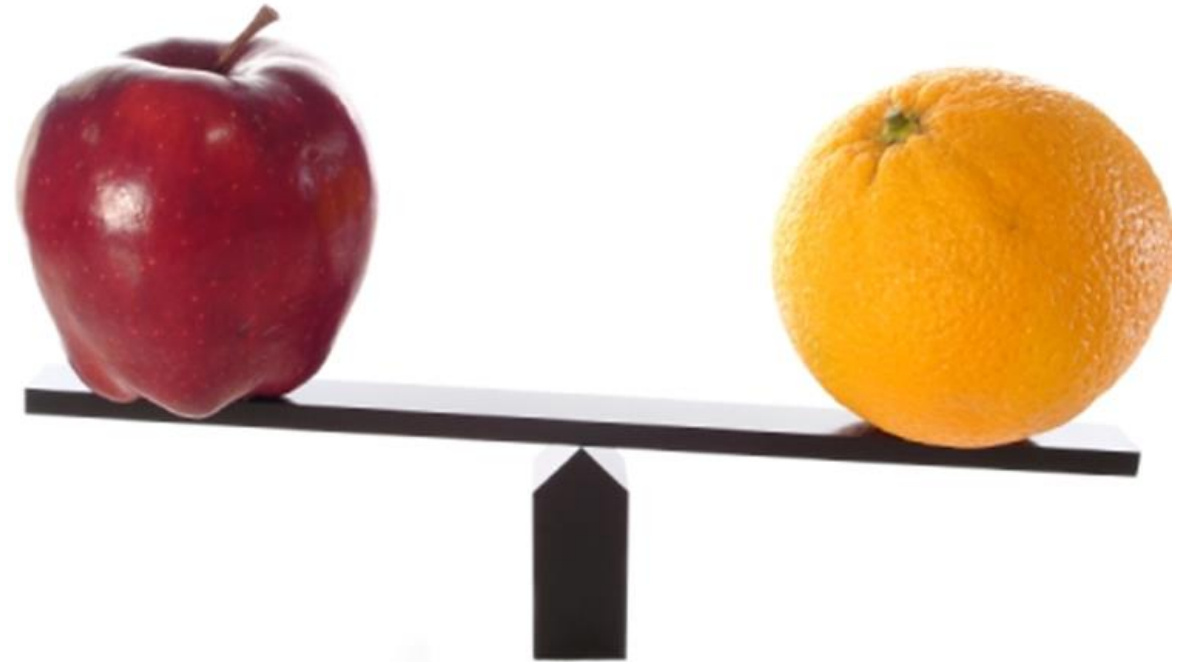


Rapport fra ekspertgruppen

# Perspektiv i prioriteringer

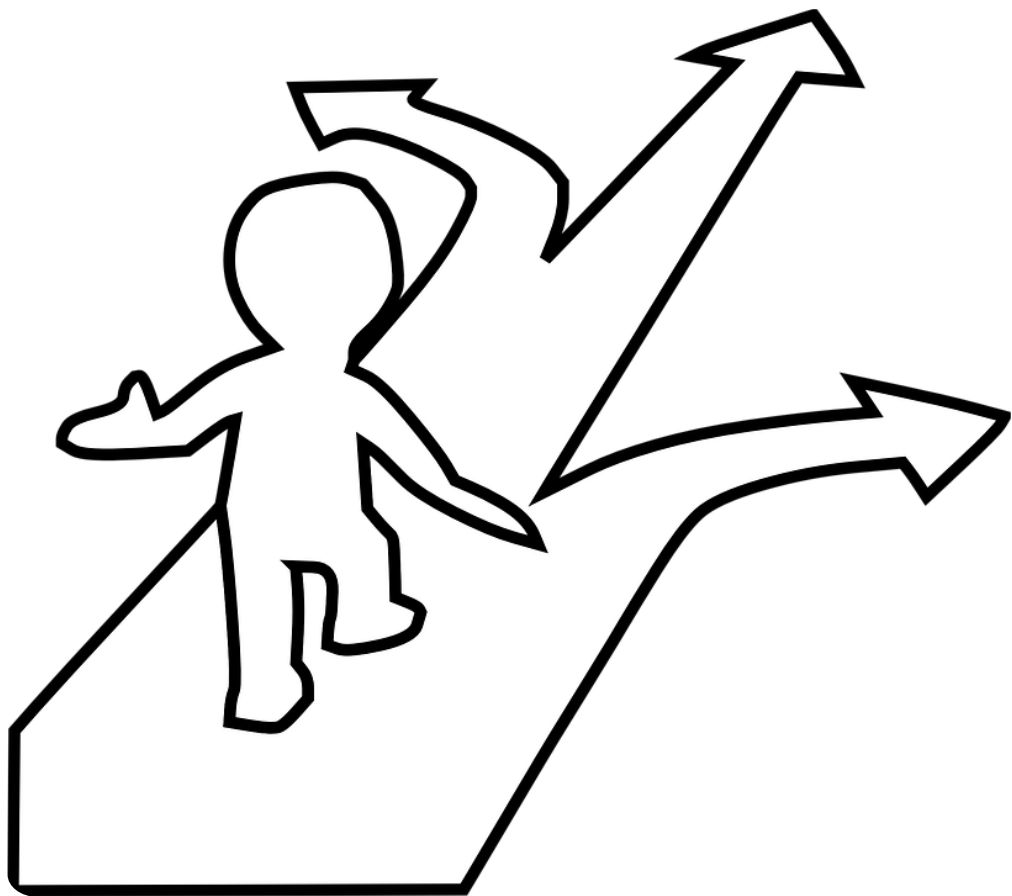
*Hans Olav Melberg,*

*Professor, UiT*



# Mandat

*Ekspertgruppen skal gi en vurdering av om dagens helsetjenesteperspektiv fortsatt bør legges til grunn for prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene, eller om et bredt samfunnsperspektiv - eller elementer av dette - bør legges til grunn, inkl. bl.a. effekter på mottak av stønader/velferdsytelser og produksjonstap.*



Helsetjenesteperspektiv  
eller  
Samfunnsperspektiv?

# Ekspertgruppen

Aas, Eline – professor, UiO,  
Institutt for Helse og Samfunn;  
forsker, FHI

Barra, Mathias – seniorforsker,  
Akershus universitetssykehus HF

Bjørnelv, Gudrun Maria Waaler –  
førsteamanuensis, NTNU,  
Institutt for samfunnsmedisin og  
sykepleie; forsker, UiO, Institutt  
for Helse og Samfunn

Flobak, Åsmund – konstituert  
overlege, Kreftklinikken, St.  
Olavs hospital HF;  
førsteamanuensis, NTNU;  
seniorforsker, SINTEF

Hjort, Ingrid – postdoktor,  
Handelshøyskolen BI, Institutt  
for Samfunnsøkonomi

Husbyn, Hallstein – enhetsleder,  
Direktoratet for medisinske  
produkter (DMP)

Hutchinson, Gunn Strand –  
nestleder, Norsk Forbund for  
Utviklingshemmede (NFU)

Sogstad, Maren Kristine Raknes –  
førsteamanuensis, NTNU, Senter  
for omsorgsforskning

Vorland, Lars – seniorrådgiver,  
Helse Nord RHF

Sekretariat

Camilla Hjelm (leder), HOD

Guro Lindland Nordeng, HOD

Monica Skjøld Johansen, HOD

Anette Kristiansen, HOD

Aase Seeberg, FIN

Lars Hansson, FIN

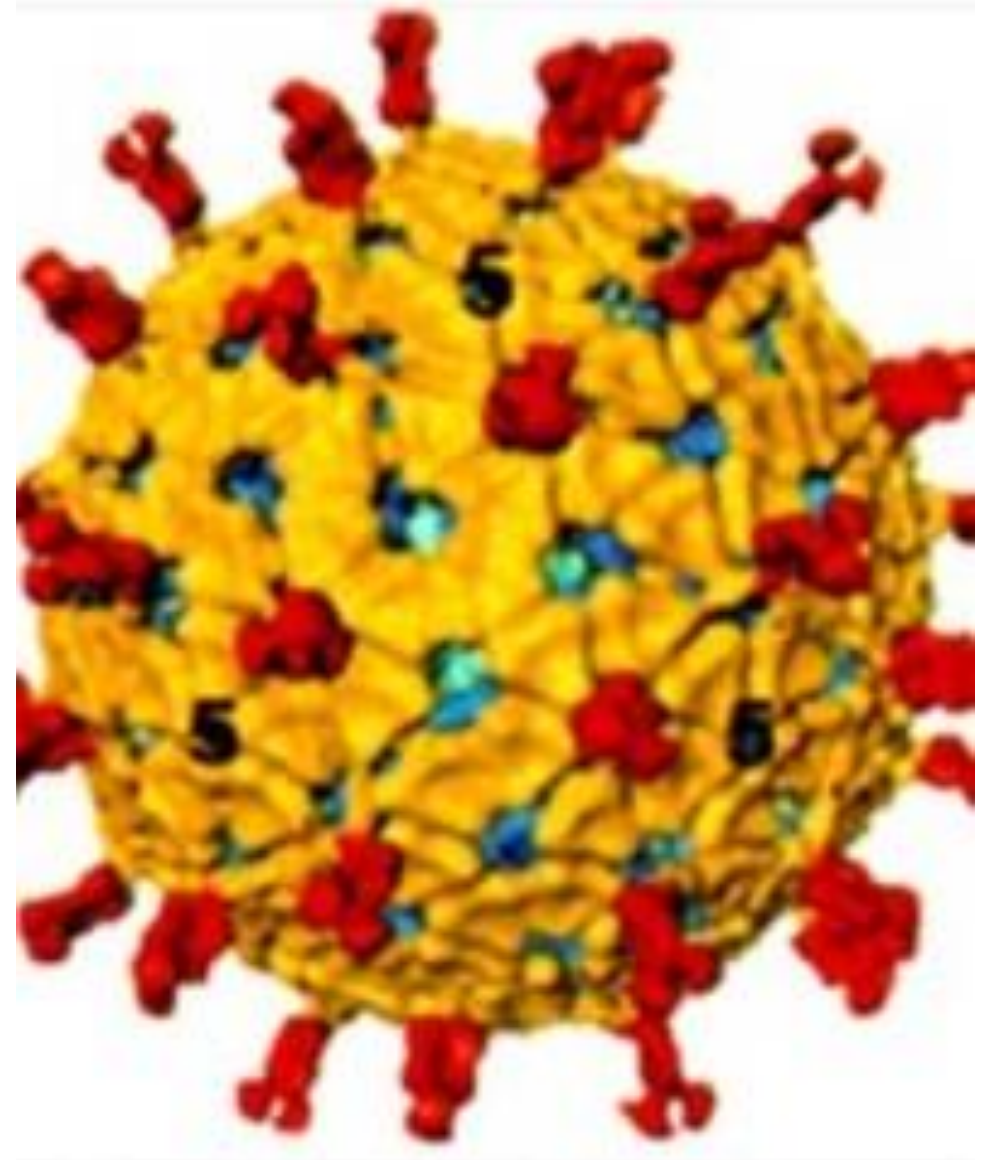
---

# Eksempler

- Rotavaksine
- Legemiddel mot migrene
- Ny behandling for rusmisbrukere
- Fallalarm i kommunene



Eksempel: Ja eller nei  
til Rotavaksine?



*Figuren er laget av FHI*

# Kriterier

- Nytte
- Ressursbruk
- Alvorlighet

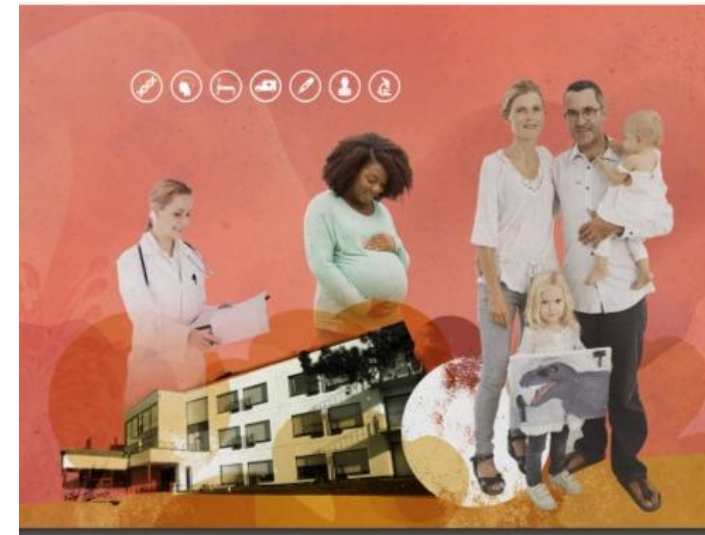
## Meld. St. 34

(2015–2016)

Melding til Stortinget

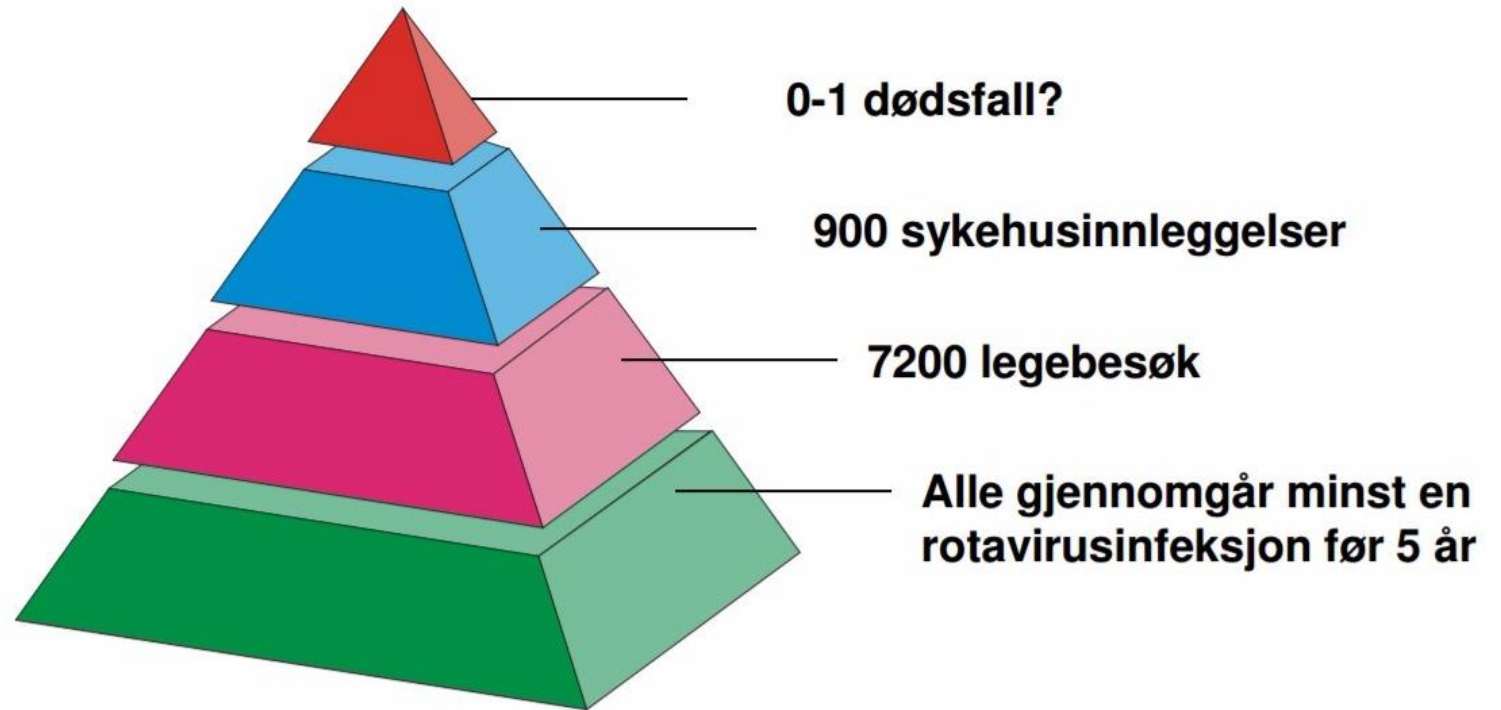
Verdier i pasientens helsetjeneste

Melding om prioritering



# Nytten av vaksinen

---

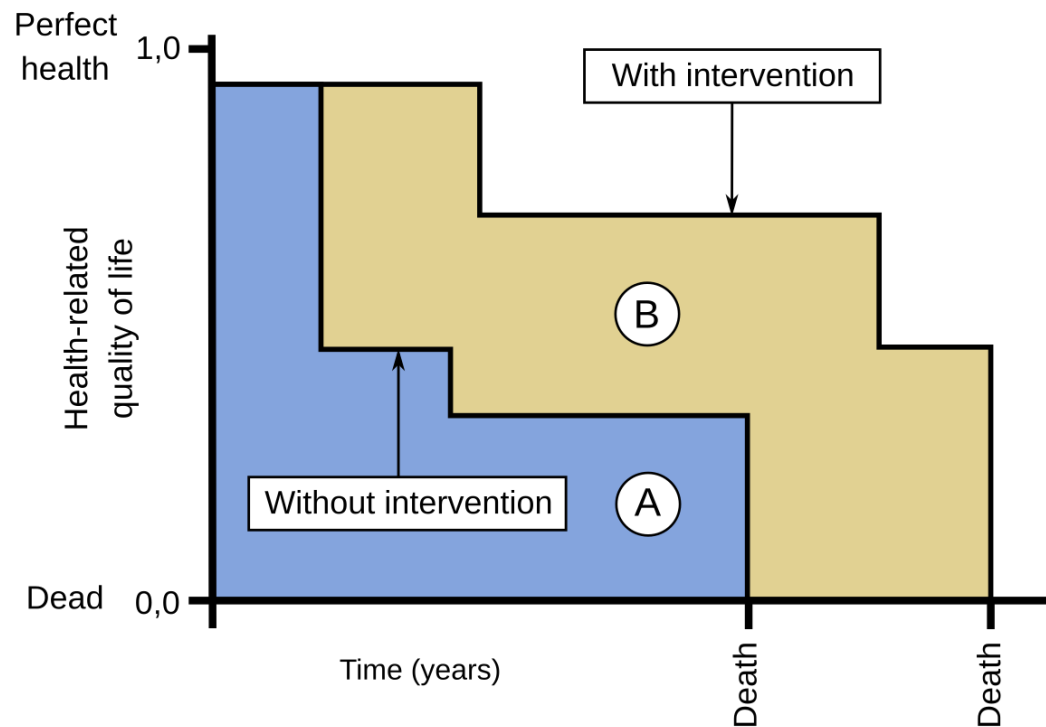


*Flem et al. Rotavirus gastroenteritis in Norway: analysis of prospective surveillance and hospital registry data. Scand J Infect Dis 2009;41(10):753-9*

*Figuren er laget av FHI*



# QALY



## Kostnad per vunnet leveår

- Endring i nytte
- Endring i kostnad
- Eksempel: Rota virus koster 700 000 per vunnet leveår

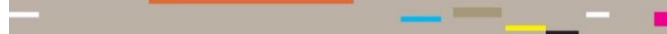
Health-loss class	Cost-effectiveness thresholds (norwegian kroner in thousands per healthy life year)	
	1	< 250-500
2	< 500-750	> 750-1000
3	< 750-1000	> 1000

# Resultat

- Helsetjensteperspektiv
  - 700 000 kroner per vunnet gode leveår
- Samfunnsperspektiv
  - 27 000 kroner per vunnet gode leveår

## Kostnadseffektivitet av å inkludere vaksinasjon mot rotavirus i det norske barnevaksinasjonsprogrammet

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 31-2009  
Metodevurdering



	Perspektiv		
	<u>Helsetjeneste</u>	<u>Utvidet</u>	<u>Samfunn</u>
Helsegevinst (for pasient og pårørende)	✓	✓	✓
Produksjonsvirkninger, betalt	✗	✗	✓
<b>Produksjonsvirkninger, ubetalt, samfunnsdeltagelse</b>	✗	✗	✓
Tidsbruk	✗	✓	✓
Transportkostnader	✗	✓	✓
Offentlige helse- og omsorgstjenester	✗	✓	✓
<b>Uformell omsorg</b>	✗	✗	✓
Andre sektorer (miljø, utdanning, justis)	✗	✗	✓
<b>Overføringer (ufør, pensjon mm)</b>	✗	✗	✗
Ikke relaterte fremtidige helsekostnader	✓	✗	✓

# Hovedanbefaling

- **En primæranalyse med et rent helsetjenesteperspektiv**
  - Utgangspunkt for pris og beslutning
- **En sekundæranalyse med et samfunnsperspektiv når dette er relevant**
  - Informasjonsgrunnlag for vurdering av ulike konsekvenser

# Argumentene for

- Best samlet resultat
  - Mest mulig nytte, til minst mulig kostnad
- Likebehandling
  - Behandling vs. Forebygging
  - Samferdsel vs. Helse
  - Offentlig vs. Privat



# Argumentene mot

- Praktisk
  - Økte pris?
  - Større usikkerhet
  - Vridningseffekter
    - Fortrenger andre gode tiltak?
- Etisk
  - Bryter med verdigrunnlaget
    - Likebehandlingsprinsippet



# Mulig vei videre

## Rettferdighet vs. Effektivitet

## Feil å gå til ytterlighetene

- All vekt på rettferdighet, Null vekt på effektivitet
- Null vekt på rettferdighet, All vekt på effektivitet

## Løsning

- Egen analyse av produksjonstap
- Som gis vekt. Hvor stor?

# Sjokolade eller vaniljeis?

- Ingen nøytrale svar
  - Verdispørsmål
- Er det slutten på diskusjonen?








## Hva stor vekt?

- Hvor mye ulikhet er du villig til å godta for at kaken skal bli større?
- Når du selv ikke vet hvor du vil ende opp.

Eksempel: Valg  
mellom ulike  
fordelinger



	A	B	C	D
Kari	10	20	20	9
Per	10	20	20	15
Leo	10	2	9	12

## Vurdering på ulike nivå

- Ekspertgruppen mener at prioriteringskriteriene bør gjelde på alle nivåer men at det er praktiske og etiske relevante forskjeller på nivåene
- I møtet med den enkelte pasient på klinisk nivå er det også viktig at tilliten bevares mellom pasienten og behandleren, og at behandleren får bruke sitt kliniske skjønn.

Middag hos en venn.

Hva tar du med?



# Bedre støtte for vurderinger i kommunesektoren

---

- Ekspertgruppen mener det er en ubalanse i dagens system
- Spesialisthelsetjenesten har et godt utbygget system for vurderinger og prioritering – spesielt av legemidler – mens systemet for beslutningsstøtte og vurderinger er mindre utviklet i kommunesektoren
- Ekspertgruppen mener derfor at beslutningene kan bli bedre, og prioriteringene mer konsistente, dersom kommunene får støtte til slike analyser.



Evaluering av  
veiledere,  
rettigheter og andre  
tiltak med betydelige  
prioriteringseffekter

- Omfattende prioriteringsmessige konsekvenser
- Bør vurdere hvilken ressursbruk rettigheter og kliniske retningslinjer vil kunne innebære, og hvilke konsekvenser de vil ha



# Behov for kunnskapsutvikling

- Behov for et bedre kunnskapsgrunnlag for å operasjonalisere deler av helsetjenesteperspektivet og samfunnsperspektivet og kartlegge konsekvensene
  - utrede hvordan produksjonsvirkninger best kan operasjonaliseres, slik at betalt og ikke-betalt produksjon kan inkluderes på en god måte
  - utrede hvordan man best kan identifisere konsekvenser for pårørende
  - estimere terskelverdien (estimere Norges alternativkostnad)
  - vurdere løpende vurdering av eksisterende og nye tiltak der de med størst budsjettkonsekvens prioriteres for evaluering




# Bemanningskonsekvenser bør vurderes

- I analyser som ser på kostnader per vunnet godt leveår, inngår kostnadene til bemanning, men disse analysene vil ikke vise om tiltaket har spesielle utfordringer knyttet til bemanning.
- Ekspertgruppen at en vurdering av tiltak også bør inkludere en budsjettkonsekvensanalyse for hele helse- og omsorgstjenesten, med en vurdering av bemanningsimplikasjoner, kapasitetsbegrensninger og mulige vridningskonsekvenser.





# Tre veier for et medisinsk produkt

- Folketrygden, under 100 millioner --> Direktorat for Medisinske Produkter
  - Folketrygden, over 100 millioner --> Stortinget
  - Specialisthelsetjenesten --> Beslutningsforum
- 

Oppretthold  
fullmaktsgrensen og skillet  
mellom folketrygden og  
spesialisthelsetjenesten

- **De ulike systemene kan skape forskjeller**
  - Men vurderer at det også er betydelige ulemper med å endre på disse strukturene.
- **Ekspertgruppen mener at dagens ordning med en fullmaktsgrense bør opprettholdes**
  - Fordi den prisdempende effekten oppveier mulige ulikheter som oppstår i behandlingsprosessen av ellers like legemidler.
- **Spesialisthelsetjenesten bør fortsatt bestemme og betale**

# Fellesbevilgninger

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



# Innspill

Finansdepartementet

Funksjonshemmedes fellesforbund (FFO)

Jon Magnussen, professor NTNU

Kreftforeningen

Kommunenes sentralforbund (KS)

Legeforeningen (DNLF)

Legemiddelindustrien (LMI)

Medronic

MS-forbundet

Nasjonal forening for sjeldne diagnoser

Nasjonalt kompetansesenter for personlighetspsykologi

Norsk sykepleierforbund (NSF)

Norway Health Tech

Ole Frithjof Norheim, professor UiB

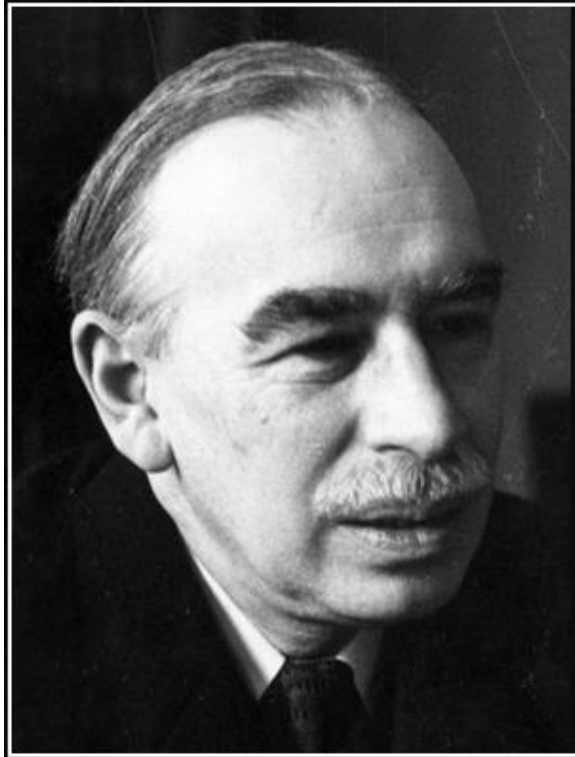
Roche

Rådet for psykisk helse

Statens legemiddelverk

Sykehusinnkjøp, avdeling for Nye metoder

Tåndvårds- og läkemedelförmånsverket (TLV, Sverige)



If economists could manage to get themselves thought of as humble, competent people on a level with dentists, that would be splendid.

— *John Maynard Keynes* —

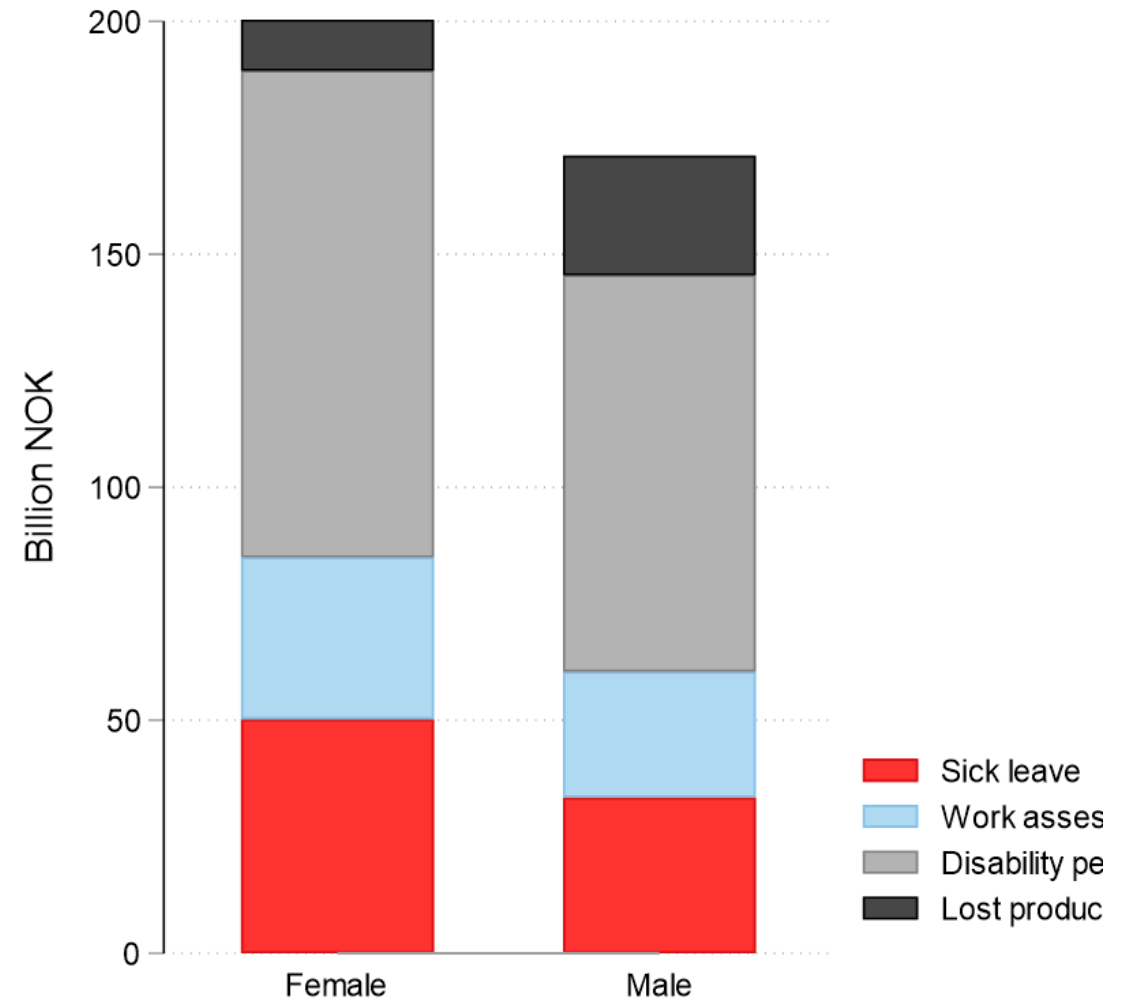
AZ QUOTES



Konklusjon

# Produksjonsvirkninger

- Eksempler
  - Rasker tilbake
  - Legemiddel mot migrene
- Ja til å ta det med i vurderingen, men ...
  - Utvid tolkningen av produksjon
    - Ta med ulønnet produksjon
  - Dokumentasjonskrav
    - Kostnadsstuder ikke nok
- Uenighet
  - Ikke i samsvar med verdigrunnlaget



## The Deadweight Loss of Christmas

By JOEL WALDFOGEL\*

When economists comment on holiday gift-giving, it is usually to condone the healthy effect of spending on the macroeconomy. However, an important feature of gift-giving is that consumption choices are made by someone other than the final consumer. A potentially important microeconomic aspect of gift-giving is that gifts may be mismatched with the recipients' preferences. In the standard microeconomic framework of consumer choice, the best a gift-giver can do with, say, \$10 is to duplicate the choice that the recipient would have made. While it is possible for a giver to choose a gift which the recipient ultimately values above its price—for example, if the recipient is not perfectly informed—it is more likely that the gift will leave the recipient worse off than if she had made her own consumption choice with an equal amount of cash. In short, gift-giving is a potential source of deadweight loss.

This paper gives estimates of the deadweight loss of holiday gift-giving based on surveys given to Yale undergraduates.<sup>1</sup> I find that holiday gift-giving destroys between 10 percent and a third of the value of gifts. While these recipients may be unre-

presentative of the U.S. population, their gifts are not necessarily unrepresentative. Holiday expenditures average \$40 billion per year, implying that a conservative estimate of the deadweight loss of Christmas<sup>2</sup> is a tenth as large as estimates of the deadweight loss of income taxation. I also explore how deadweight loss and the tendency to give cash gifts vary with the relationship and age difference between giver and recipient. I find that gifts from friends and "significant others" are most efficient, while noncash gifts from members of the extended family are least efficient and destroy a third of their value. I develop a simple expected-utility model to explain the decision to give cash, as opposed to in-kind gifts. The data are consistent with the model: cash gifts are most common from the sorts of givers whose noncash gifts have the lowest expected value to recipients (given their cost) and high variability in recipient valuation.

### I. Theory

#### A. The Consequences of Gift-Giving

Students are customarily taught in economics courses that unfettered consumer choice leads the consumer to higher utility than constrained choice. Thus, for example, government grants-in-kind are inefficient, unless the consumer would have chosen to consume at least the amount of the good granted, had the grant been cash.

One can analyze the possible inefficiency of gift-giving from the recipient standpoint

\*Department of Economics, Yale University, New Haven, CT 06520. I am grateful to my colleagues at Yale for lunchtime conversation which refined this idea.

<sup>1</sup>Much existing research examines the theoretical desirability of cash, as opposed to in-kind transfers (e.g., Maria Schmundt et al., 1975; Ronald A. Dye and Rick Antle, 1986; Charles Blackorby and David Donaldson, 1988). I am aware of no empirical research on recipient valuation of transfers, except Eugene Smolensky et al. (1977), which presents estimates of the value of government in-kind transfer programs to benefits recipients. Their results are compared with mine below.

<sup>2</sup>References to the deadweight loss of Christmas should be understood to apply equally to Hanukkah and other holidays with gift-giving rituals.





# Ekspertgruppe for tilgang og prioritering

Jan Frich, leder

*Helse- og omsorgsdepartementet, 15. februar 2024*

# Gruppens medlemmer og sekretariat

- **Jan Frich** (leder), professor, UiO og adm. dir., Diakonhjemmet sykehus
  - **Marianne Klungland Bahus**, professor, Universitetet i Agder
  - **Gina Knutson Barstad**, spesialrådgiver i Kreftforeningen
  - **Reino Heikkilä**, medisinsk rådgiver, Oslo universitetssykehus HF
  - **Jan Abel Olsen**, professor ved UiT og forsker ved FHI
  - **Karin Müller Mikaelson**, fylkeslege ved Statsforvalteren i Møre og Romsdal
  - **Hilde Røshol**, seniorrådgiver i Direktoratet for medisinske produkter
  - **Henrik Vogt**, førsteamanuensis, Universitetet i Oslo
- 
- **Carl Tollef Solberg**, sekretariatsleder i HOD
  - **Kashif Waqar Faiz**, spesialrådgiver i HOD
  - **Vegard Pettersen**, spesialrådgiver i HOD
  - **Per Thomas Thomassen**, seniorrådgiver i HOD
  - **Gloria Traina**, seniorrådgiver i HOD



# Hovedpunkter fra mandatet

1. Påvirkes forholdet mellom beslutninger om prioritering på gruppenivå og individuelle kliniske vurderinger av pasienter på individnivå av den medisinsk-teknologisk utvikling?
2. Bør det opprettes en unntaksordning for å gi tilgang til metoder til enkeltpasienter når metoden er besluttet ikke-innført av Beslutningsforum?
3. Bør oppstart av behandling i privat regi kunne gi tilgang i den offentlige helsetjenesten?
4. Bør blåreseptordningen og Nye metoder harmoniseres?
5. Hvordan understøtte individuelle vurderinger ved klinisk prioritering på individnivå?

# Hovedpunkter fra mandatet

1. Bør det opprettes en unntaksordning for å gi tilgang til metoder til enkeltpasienter når metoden er besluttet ikke-innført av Beslutningsforum?
2. Bør oppstart av behandling i privat regi kunne gi tilgang i den offentlige helsetjenesten?

# Bakgrunn

- Med *tilgang* menes at personer har mulighet til å ta i bruk metoder gjennom den offentlige helse- og omsorgstjenesten.
- Med *prioritering* menes beslutninger om å gi tilgang, evt. ikke gi tilgang, til metoder, basert på de tre prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet
- Ekspertgruppen vurderer at Nye metoder og Blåreseptordningen er verdifulle for samfunnet, ved å:
  - fremme likebehandling og lik prioritering gjennom nasjonale beslutninger
  - gi besparelser gjennom anbudskonkurranser, prisforhandlinger og andre mekanismer

# Anbefalinger

1. innføre en ordning for vurdering av individuell tilgang etter nei-beslutning i Nye metoder
2. innføre en ordning for vurdering av individuell tilgang og gruppeunntak ved revurdering av metoder i Nye metoder

# Anbefalinger

6. ikke åpne for at privatfinansiert behandling kan utgjøre et selvstendig grunnlag for tilgang til behandling i den offentlige helse- og omsorgstjenesten
7. ikke åpne for unntak før metodevurdering er gjennomført for blåreseptordningen
8. øke bruken av prisavtaler for å håndtere usikkerhet om effekt og risiko, særlig ved sjeldne diagnoser
9. legge til rette for «compassionate use» av legemidler for pasienter med forventet behandlingsvarighet under seks måneder
10. etablere nasjonale systemer for registrering og evaluering av ordninger for unntak og individuell tilgang



# Viktige mål

- Legge til rette for rask og rettferdig fordelt tilgang\* til effektive metoder for flest mulig, innenfor gjeldende økonomiske rammer
- Utvikle prioriteringssystemer som er forutsigbare og transparente, og som har legitimitet i befolkningen
- Fremme systemforståelse og kompetanse i prioritering blant helsepersonell



# Medisinsk-teknologisk utvikling

- Utvikling av mer presis diagnostikk og behandling, gir mer persontilpasset behandling
- Målrette arbeidet med metodevurderinger og vurdere alvorlighet og nytte i undergrupper
- Klinisk forskning er en viktig mekanisme for å gi tilgang til og avklare nytten av utprøvende og ikke-etablert behandling
- Usikkerhet kan håndteres ved økt bruk av prisavtaler, særlig ved sjeldne diagnoser

# Ordning for vurdering av individuell tilgang

- Er ikke et unntak fra prioriteringskriteriene (de gjelder på gruppe- og individnivå)
- Er en «sikkerhetsventil» for å kunne håndtere **eksepsjonelle tilfeller** som avviker vesentlig fra hovedgruppen med hensyn til:
  - forventet nytte av behandlingen (undergruppe)
  - alvorlighet (absolutt prognosetap)
  - mereffekt, hvis tilgjengelig behandling ikke kan gis av tungtveiende medisinske årsaker (som annen sykdom eller alvorlige bivirkninger av innført behandling)
- Organiseres av de regionale helseforetakene (interregional gruppe, gir likebehandling)

# Privatfinansiert behandling

- Ikke åpne for at privatfinansiert behandling kan utgjøre et selvstendig grunnlag for tilgang til behandling (som ikke er innført) i den offentlige helse- og omsorgstjenesten
- Det å få påvist en forventet og påregnelig effekt gir ingen ny informasjon
- Likebehandlingsprinsippet, rettferdighet og fortrenningseffekten
- Oppstart av privatfinansiert behandling skal ikke diskvalifisere for at man kan vurderes i ordningen for individuell tilgang
- *Ekspertgruppen vurderer at de ti anbefalingene samlet sett sannsynligvis vil redusere forekomsten av privatfinansiert behandling som siden gir offentlig tilgang*



