

# Liberal helsepolitikk – mot privatisering av høykost- behandling?

*Michael 2017;14: Supplement 19, 219–27.*

*Spørsmålet om hvilke helsetjenester som bør omfattes av et offentlig ansvar, og hvilke tjenester som bør kunne overlates til markedet for private ytelser, er sentralt i den helsepolitiske debatten. I denne artikkelen diskuteres forholdet mellom offentlig og privat ansvar i tilknytning til høykostnadsmedisin og tilgang til nye kreftlegemidler. Det argumenteres for det første for at det offentlige helsevesenet legitimt kan rasjonere behandlingstilbud som omfatter dyre legemidler med liten eller usikker effekt. For det andre argumenteres det for at den enkelte bør gis anledning til å finansiere slike legemidler gjennom privat helseforsikring, gitt en liberal helsepolitisk kontekst. For det tredje argumenteres det for at hele behandlingen knyttet til privat finansierte legemidler, som administrasjon, bruk og oppfølging, bør foregå i privat regi. Ved å tillate behandling med privat finansierte legemidler i offentlige sykehus, vil tilliten til prioriteringssystemet kunne forvitte. Rasjoneringsbeslutningene bør derfor ikke bare gjelde selve legemiddelet, men også den videre behandlingen knyttet til å ta det i bruk.*

## Innledning

Et tilbakevendende spørsmål i norsk og internasjonal helsepolitisk debatt, er spørsmålet om hvilke helsetjenester som bør omfattes av et offentlig ansvar og hvilke tjenester som bør kunne overlates til markedet for private ytelser. Mange land har valgt en styringsmodell der en skattefinansiert helse-tjeneste er supplert med privat helseforsikring. Dette gjelder for eksempel Canada, Australia, UK, Frankrike, Spania, Portugal, Sverige og Danmark (1). Også i Norge, der helsesystemet i all hovedsak er utformet som en obligatorisk skattefinansiert ordning med universell tilgang, offentlig organisering og beskjeden egenbetaling, er markedet for private helseforsikringer i vekst (2–4). Forsikringene dekker blant annet elektiv behandling ved private sykehus og skal først og fremst sikre den enkelte raskere tilgang enn

hva det offentlige kan tilby. Per i dag er det få private sykehus, og de kommersielle sykehusene spesialiserte seg vanligvis på behandling av enklere lidelser (som også det offentlige kjøper gjennom «fritt behandlingsvalg»). Likevel er det grunn til å anta at økte forventninger til hva helsesektoren kan og bør tilby ikke bare gjør det nødvendig med en tydeligere prioritering innenfor det offentlige tilbudet, men også å legge forholdene til rette for privat finansiering gjennom helseforsikringer og bruk av private sykehus.

Hvilke normative utfordringer innebærer en privatisering av helse-tjenesten? Trues velferdsstatens fundament? Bør vi legge til rette for et helsevesen der noen får et tilbud som andre med samme medisinske behov ikke kan få? Skal vi tillate at enkelte betaler seg til raskere og mer strømlinjefor-met behandling eller flere valgmuligheter? Flere av disse spørsmålene settes på spissen i situasjoner der pasienten må vente på en avgjørelse om en potensielt livsforlengende behandling skal tilbys innenfor den offentlige helsetjenesten og, i enda større grad, i situasjoner der behandlingen som kan hjelpe pasienten ikke omfattes av det offentlige tilbudet.

Dette er for eksempel tilfelle for enkelte kreftlegemidler i Norge, som nivolumab for ikke-småcellet lungekreft og trastuzumab emtansine for HER2-positiv brystkreft (5). Nye kreftlegemidler er ofte svært dyre og overstiger kostnadsrammene mange land mer eller mindre eksplisitt opererer med (6). I mange tilfeller er effekten liten eller usikker eller dokumentasjo-nen av effekt er mangelfull. Behandlingene kan dermed ha høy alternativ-kostnad i form av helsetap for andre pasienter, og behandlingen rasjoneres. Slike rasjoneringsbeslutninger kan være vanskelig å akseptere både for den enkelte pasient og for behandler. Dermed skapes det incentiver for privat finansiering av behandling ved klinikker som Aleris eller Kolibri Medical.

I det følgende diskuteres tre spørsmål. For det første: Er det legitimt å rasjonere kreftbehandling? For det andre: Bør det gis anledning til å tegne privat forsikring for høykostnadsbehandling som er avslått av offentlige myndigheter? Og for det tredje: Bør behandlingen i så fall kunne adminis-treres av og gjennomføres ved et offentlig sykehus? Aller først presenteres det analytiske bakteppet: liberal rettferdighetsteori og tilstrekkelighets-doktrinen.

### **Liberal rettferdighetsteori og tilstrekkelighetsdoktrinen**

I en likhetsorientert kultur som den norske, der prinsippet om universell tilgang til helsetjenester står sterkt, er det nødvendig å begrunne hvilke ulikheter i tilgang til helsetjenester som er akseptable. Liberale teorier om fordelingsrettferdighet inkluderer et prinsipp om like muligheter til velferd eller ressurser og begrunner hvorfor samfunnet bør sikre mulighetslikhet

(7). Fordi helse er én av flere faktorer som er viktige for å gjøre bruk av den enkeltes muligheter i samfunnet, og helsetjenesten er én av flere sosiale determinanter for helse, bør grunnleggende helsetjenester fordeles etter behov (8). Men ressursene har alltid en alternativ anvendelse og må prioriteres. Hvor langt strekker samfunnets ansvar seg for å møte medisinske behov? Hvilke helseulikheter kan aksepteres når ikke alle behov kan møtes?

En sentral retning innenfor liberal rettferdighetsteori, tilstrekkelighetsdoktrinen, sier at samfunnets ressurser bør allokere slik at enhver har *nok*. Dersom tilstrekkelighetsterskelen er nådd, er ulikheter irrelevante, eller i alle fall mindre relevante, fra et rettferdighetssynspunkt (9). Denne tilnærmingen gir en begrunnelse for hvorfor universell tilgang til en offentlig standardpakke kan suppleres med private tilbud, selv om noen dermed får bedre helsehjelp (10).

Tilstrekkelighetsdoktrinen er kontroversiell, og et av de kritiske punktene er hvordan terskelen for tilstrekkelighet bør forstås. I denne sammenheng kan det slås fast at argumentet utfordres i situasjoner der tilstrekkelighetsnivået er særlig omdiskutert. Et annet kritisk punkt er spørsmålet om tilstrekkelighetsdoktrinen bør suppleres med andre fordelingsprinsipper. For er det virkelig irrelevant fra et rettferdighetssynspunkt at noen kan kjøpe seg til potensielt livsforlengende behandling som ikke er inkludert i den offentlige standardpakken? Svaret avhenger dels av legitimiteten av ikke å inkludere behandlingen i pakken og dels av utfordringene knyttet til fordeling av ressurser over terskelnivået.

### **Er det legitimt å rasjonere kreftlegemidler?**

Kreft betegner en rekke ulike sykdommer som representerer ulike utfordringer når det gjelder diagnostisering, behandling og oppfølging. Flere nye kreftlegemidler, for eksempel de såkalte PD1-hemmerne som er et immunmodulerende antistoff, er svært kostbare og vil potensielt kunne være aktuelle for en betydelig andel av kreftpasient-gruppen. Legemidlene vil kunne forlenge kreftoverlevelse og, i noen tilfeller, kanskje kurere sykdom. Dette gir håp både til pasienter, deres pårørende og til behandlere. Pasienter med avansert kreft vil håpe på god effekt akkurat i deres tilfelle, selv om statistikken tilsier noe annet. Kanskje har fase-tre-studier vist god behandlingsevne. Rask og likeverdig tilgang til løfterike medisiner er viktig for å forbedre behandlingresultatene. Derfor mener mange at alle bør ha rett til legemidler som kommer på markedet gjennom en godkjenning av de europeiske legemiddelmyndighetene, uansett pris. Legeetikken foreskriver at legen skal gjøre det beste for sin pasient, og spørsmålet om hva det koster, vil ofte synes mindre relevant.

Dette argumentet tar i liten grad hensyn til alternativkostnadene ved behandling. Samfunnsmessig kan det være rimelig og legitimt at ny, kostbar teknologi som potensielt er livsforlengende, ikke inkluderes i standardpakken. Ressursene må prioriteres hvis velferdsstaten skal være bærekraftig og gi tilstrekkelige muligheter til livsutfoldelse på ulike områder. Helse er bare ett av mange viktige goder og helsetjenesten er bare én av samfunnets sentrale institusjoner. På samme måte er alvorlig sykdom mer enn kreft. Derfor vil det noen ganger være legitimt å rasjonere tilbud som kan ha effekt for den enkelte pasient.

Det er da også nedfelt som et kriterium i norsk helselovgivning at ressurser skal allokteres i forhold til kostnadseffektivitet, i tillegg til behandlingseffekt og alvorlighet (prognosetap). Det er imidlertid en fundamental utfordring for beslutninger om innføring av ny teknologi, herunder legemidler, at effektvurderingene er vanskelige og kan resultere i både en over- og underestimert gevinst (11). Dette skyldes en lang rekke faktorer. For eksempel er det praktisk vanskelig å utforme store og langsiktige studier som er tilstrekkelige for å få god dokumentasjon både om effekt på overlevelse og livskvalitet og om bivirkninger. Ofte er det også vanskelig å reprodusere effektene som er observert i studie-populasjonen i klinisk praksis, der indikasjonsgrenser endres, anvendbarhetsområdet utvides eller det nye legemiddelet brukes i kombinasjonsbehandling med andre legemidler. Pasientgruppen kan vise seg mer heterogen enn forventet, og det kan være store individuelle variasjoner i respons på legemiddelet.

Videre er prissetting av legemidler komplisert. Prisen reflekterer ikke bare kostnadene ved å produsere og bruke legemiddelet, men også en «belønning» for innovasjon, avhengig av betalingsvilje (11). Volumet er ofte begrenset, ettersom pasient-populasjonen er relativt liten. I dag forhandler legemiddelfirmaene med hvert enkelt land med utgangspunkt i en listepris. Studier viser at høy-inntektsland betaler svært ulike priser for kreftlegemidler, samtidig som det ofte inngås hemmelige prisavtaler (12).

For å bidra til en kunnskapsbasert og enhetlig prioritering av ny teknologi, etablerte norske helsemyndigheter et nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten i 2013/14 (5). Metodevurderinger er et viktig ledd i vurderingsprosessen og skal danne grunnlaget for beslutninger. Bestillerforum RHF er oppdragsgiver for metodevurderinger. Beslutningsforum for nye metoder, som består av de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene, avgjør om en ny metode skal inkluderes eller ikke i det offentlige helsetjenestetilbudet. På møtene i Beslutningsforum deltar også en rekke andre aktører (blant annet represen-

tanter fra brukerutvalgene, Statens legemiddelverk, fagdirektørene og fagdirektørsekretariatet).

Mange av avtalene som inngås med legemiddelfirmaene er hemmelige og forhandlingene kan være langdryge. Pasienter har ikke hatt tilgang til legemidler som er til metodevurdering, men per i dag kan Beslutningsforum godkjenne bruk etter forespørsel. En rekke nye kreftlegemidler er vurdert (25 for 31 ulike indikasjoner). I 8 tilfeller er søknaden om å inkludere legemiddelet i den offentlige pakken avslått. Dette innebærer også at enkelte legemidler er godkjent for én indikasjon, men ikke for andre (som for eksempel nivolumab, som er godkjent behandling av malignt melanom, men ikke for ikke-småcellet lungekreft).

Både det faktum at behandlingsstart ofte må avvendes fordi effektvurderingene og forhandlingene med legemiddelfirmaene er tidkrevende, og det faktum at enkelte legemidler blir vurdert å ha for lav kostnadseffektivitet til å bli inkludert i det offentlige helsetilbudet, skaper incentiver for privat etterspørsel.

### **Privat forsikring for høykostnadsbehandling?**

Privat finansiering av helsetjenester kan skje ved egenbetaling eller gjennom ulike typer forsikringsordninger, og det er det siste jeg fokuserer på i det følgende. I 2014 hadde om lag 6 pst av den norske befolkningen en privat helseforsikring, og utgiftene utgjorde under 1 pst av totale helseutgifter. Markedet for privat helseforsikring har likevel hatt betydelig vekst de siste 15 årene (2,4,13,14). I all hovedsak er det kollektive ordninger som benyttes.

Er dette en utvikling vi bør ønske velkommen i en liberal helsepolitisk kontekst? Hvis vi aksepterer at ulikheter over tilstrekkelighets-terskelen er irrelevante, eller lite relevante, fra et rettferdighetssynspunkt, er det rimelig å tillate den enkelte å finansiere slike legemidler gjennom privat helseforsikring. Spørsmålet videre er hvilke konsekvenser en slik privatisering kan få for oppslutningen om standard-pakken og om ressursene omfordes til privat sektor. Tilstrekkelighets-argumentet innebærer at ressursene bør allokere slik at alle har *nok*.

Det er vanlig å skille mellom tre ulike typer helseforsikringer (14). *Supplerende* forsikringer gir tilgang til tjenester som også dekkes av det offentlige, for eksempel ved å forbedre standardpakken ved å omgå kø. *Komplementære* forsikringer tilbyr tjenester som ikke er inkludert eller bare delvis dekket av standardpakken (i form av tjenester eller i form av å dekke egenandeler). *Substituerende* forsikringer finansierer alternative tilbud. Konse-

kvensene av å etablere et marked for helseforsikringer avhenger dels av hvilken rolle forsikringen spiller vis a vis det offentlige tilbudet.

I Norge dekker helseforsikringene ulike typer tjenester hos private tilbydere som forsikringsselskapet har kontrakt med. Forsikringene kan for eksempel dekke egenandel til fysioterapibehandling og psykologhjelp (og har dermed en komplementerende rolle) eller tilby rask tilgang til elektiv sykehusbehandling som finnes i det offentlige systemet, men vanligvis med ventetid. Ofte gis det også forventninger om et bedre tilbud, fordi behandlingen som tilbys er mer strømlinjeformet enn det offentlige tilbudet (3). I den forstand *supplerer* forsikringen det skattefinansierte systemet.

Som i andre europeiske land, etterspørres helseforsikringer i Norge av de som lever i urbane strøk og har høyere sosioøkonomisk status (14). Spesielt er yngre menn i lederposisjon og med høy inntekt overrepresentert blant dem som har arbeidsgiverfinansiert helseforsikring (13). I en analyse av virksomheter som kjøper private helseforsikringer, fant Hagen og medarbeidere (2) at virksomhetens økonomiske resultat er en viktig forklaringsfaktor. Det er med andre ord en systematisk sosial skjevhet i tilgang til privat finansiert helsehjelp. Flere studier viser at ventetid reduseres for dem som har forsikring (3). Samtidig er det grunn til å anta en positiv effekt for pasienter uten forsikring, fordi noe av etterspørselen flyttes fra det offentlige tilbudet til private sykehus med ledig kapasitet.

I økende grad brukes helseforsikringer også til å finansiere behandling for alvorlige sykdommer som kreft. Hvilke konsekvenser vil dette kunne få? Svaret avhenger av hvilken rolle vis a vis den offentlige helsetjenesten som utvikles over tid. Ett syn er at pasienten som selv finansierer legemiddelet, bør miste sin rett til offentlig behandling for den samme lidelsen. Ansvar for pasientenes kreftbehandling legges i sin helhet til det private. I så fall vil forsikringen få en *substituerende* rolle i forhold til det offentlige tilbudet. Konsekvensene av en slik politikk kan være at høyinntektsgrupper trekker seg ut av den offentlige helsetjenesten og etterspør en ren privat pakke. Hvis så personell og andre ressurser flyttes til privat sektor, vil vi kunne oppleve en utarming av det offentlige tilbudet, som igjen kan få betydning for oppslutningen om velferdsstaten (15,16).

Motsatt kan det argumenteres for at pasienten bør kunne beholde sin rett til offentlig behandling for den samme lidelsen som hun mottar privat behandling for. I et universelt skattefinansiert helsevesen har alle krav på offentlig behandling, også i kombinasjon med privat tilleggsbehandling. I så fall vil forsikringen få en *komplementerende* rolle. Forsikringen vil gi adgang til tjenester som ikke er funnet tilstrekkelig kostnadseffektive til å være finansiert innenfor det offentlige tilbudet. Dette kan blant annet få

konsekvenser for oppslutningen om rasjoneringsbeslutninger og vil kunne legge ytterligere press på velferdsstaten. La oss se nærmere på dette.

### **Privat finansiert behandling i offentlig sykehus?**

Gitt at pasienten mottar offentlig behandling, men i tillegg etterspør privat finansierte legemidler, er spørsmålet om også den privat finansierte delen av behandlingen bør administreres og gjennomføres i offentlig regi. Det kan være gode grunner til å gi tilgang til behandling med privat finansierte kreftlegemidler ved offentlige sykehus, slik det for eksempel har vært diskutert i Storbritannia, Canada og New Zealand (15–17). For det første vil det være effektivt og trygt at all behandling foregår ett sted. Pasienten er (som regel) allerede i et behandlingsløp ved det offentlige sykehuset. Ofte får kreftpasienter kombinasjoner av medisiner. For å sikre behandlingskontinuitet og koordinert oppfølging, bør behandlingsansvaret tillegges én og samme enhet. Det samme gjelder oppfølging av bivirkninger. For det andre bør det tas hensyn til geografisk likhet. I et land som Norge, der det er få private sykehus, vil lang reisevei til behandlingsstedet være en viktig barriere for mange pasienter med privat forsikring. Pasienten kan være for syk til å reise langt eller ikke ønske å være borte fra familien i en vanskelig fase av sykdommen. Derfor vil det være ønskelig med hele behandlingen på det offentlige sykehuset. For det tredje vil etterspørselen etter private tjenester kunne reduseres hvis det offentlige påtar seg behandlingsansvaret. Dermed er det mindre risiko for en utarming av det offentlige tilbudet til fordel for det private.

Det er samtidig en rekke argumenter som taler mot å integrere behandling med privat finansierte legemidler i det offentlige. For eksempel kan det argumenteres for at pasienter med privat finansiering legger beslag på de offentlige ressursene (både i form av senger og tid som helsepersonell bruker) og forskyver andre pasienter, gitt knapp kapasitet på infusjonsenhetene ved de offentlige sykehusene. I tillegg vil kostnadene knyttet til administrasjon, bruk og oppfølging av bivirkninger belastes sykehuset. Dette innebærer at det private tilbudet subsidieres og at pasienter som får tilgang til privat finansierte legemidler ved offentlig sykehus, mottar en større del av offentlige ressurser enn andre.

Det er ikke vanskelig å tenke seg praktiske løsninger på disse utfordringene. For eksempel kan sykehuset tilby å gi privat finansierte legemidler mot et administrasjonsgebyr, og det kan også stilles krav til at det skal være ledig kapasitet på infusjonsenheten som benyttes. Eventuelt kan behandlingen gis i eget tidsrom reservert for privat betalende pasienter. Men dette løser ikke kjernen av problemet. Den normative utfordringen er knyttet til

at pasienter med samme behov vil motta ulikt behandlingstilbud med potensielt store forskjeller i behandlingsresultat. De private forsikringsordningene har en skjev sosial profil, og konsekvensen er at privilegerte samfunnsgrupper forfordes når det gjelder muligheten til å omgå rasjoneringsbeslutningene og samtidig motta offentlig behandling. Dette vil kunne bidra til å undergrave rasjoneringsbeslutningenes legitimitet og føre til et større press for å inkludere høykostnadsbehandling med liten eller usikker effekt i det offentlige tilbudet.

## Konklusjon

Gitt at vi erkjenner nødvendigheten av å prioritere ressurser i helsetjenesten, og at vi mener at det er legitimt å anvende kostnadseffektivitet som rasjoneringskriterium, så er det grunn til å akseptere at høykostnadsbehandling ikke alltid inkluderes i den offentlige standardpakken, selv om noen pasienter kan få en helsegevinst. Hvis vi så også aksepterer at ulikheter over tilstrekkelighetsterskelen er irrelevante, eller lite relevante, fra et rettferdighetssynspunkt, er det rimelig å tillate den enkelte å finansiere slike legemidler gjennom privat helseforsikring. Offentlige sykehus bør imidlertid ikke tilby behandling med privat finansierte legemidler, selv om de har hovedansvar for pasienten. Grunnen er at ved å tillate behandling med privat finansierte legemidler på offentlige sykehus, vil oppslutningen om rasjoneringsbeslutningene kunne undergraves og tilliten til offentlig prioritering forvitte. Rasjoneringsbeslutningene bør derfor ikke bare gjelde selve legemiddelet, men også den videre behandlingen knyttet til å ta det i bruk.

## Litteratur

1. Colombo F, Tapay N. Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems. I: *Towards high-performing health systems: policy studies. OECD Health Working paper no. 15*. Paris: OECD, 2004.
2. Seim A, Løvaas L, Hagen TP. Hva kjennetegner virksomheter som kjøper private helseforsikringer? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007;20:2673–5.
3. Hagen TP. Pasientrettigheter og bruk av private kommersielle sykehus. *HERO skriftserie* 2013: 2.
4. Alexandersen N, Anell A, Kaarboe O, Letho JS, Tynkkynen LK, Vrangbæk K. The development of voluntary private health insurance in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics* 2016; 4: 68–83.
5. Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet. <https://nyemetoder.no/> (lest 12.11. 2016)
6. Merpol N, Schrag D, Smith TJ, Mulvey TM, Langdon RM, Blum D, Ubel PA, Schnipper LE. American Society of Clinical Oncology Guidance Statement: The Cost of Cancer Care. *J Clin Oncol* 2009;27:3868–74.



7. Holtug N, Lippert-Rasmussen K, red. *Egalitarianism – new essays on the nature and value of equality*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
8. Daniels N. *Just Health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
9. Huseby R. Sufficiency: restated and defended. *J Political Philos* 2010;18:178–97.
10. Feiring E. Private helseforsikringer – et gode? I: Botten GS, Frich JC, Hagen TP, Iversen T, Nordby H, red. *Helsetjenestens nye logikk*. Oslo: Akademika forlag, 2014:117–26.
11. Jönsson B, Wilking N. New cancer drugs in Sweden: Assessment, implementation and access. *Journal of Cancer Policy* 2014;2(2):45–62.
12. Vogler S, Vitry A, Babar ZUD. Cancer drugs in 16 European countries, Australia and New Zealand: a cross-country price comparison study. *Lancet Oncol* 2016;17:39–47.
13. Grepperud S, Iversen T. Hvem har arbeidsgiverfinansiert behandlingsforsikring? *Tidsskr for Velferdsforskning* 2011;14:15–24.
14. Sagan A, Thomson S. *Voluntary health insurances in Europe: Role and regulation. Observatory Studies Series 43*. Copenhagen: World Health Organization/The European Observatory on Health Systems and Policies, 2016.
15. Chafe R, Dhalla I A, Dabrow M, Sullivan T. Accessing unfunded cancer drugs in publicly funded hospitals. *Lancet* 2009;10:306–7.
16. Fenton E. Mind the Gap: ethical issues of private treatment in the public health system. *New Zea Med J* 2011;124:89–96.
17. Flood CM, Hardcastle L. Tough choices: private sale of drugs in public hospitals. *Can Med Assoc J (CMAJ)* 2011;182:374–76.

*Eli Feiring*

*Førsteamanuensis*

*Avdeling for helseledelse og helseøkonomi*

*Institutt for helse og samfunn*

*Universitetet i Oslo*

*Postboks 1089 Blindern*

*0318 Oslo*

*eli.feiring@medisin.uio.no*