

# Skal offentlige sykehus kunne selge fosterdiagnostikk?

## En kvalitativ analyse av høringsdokumenter

Joar R. Fystro

Joar R. Fystro, Universitetet i Oslo, [j.r.fystro@medisin.uio.no](mailto:j.r.fystro@medisin.uio.no)

### Sammendrag

*I november 2023 sendte regjeringen Støre et forslag på høring om at gravide uten indikasjon for fosterdiagnostikk likevel skulle kunne få utføre non-invasiv prenatal test (NIPT) på offentlige sykehus så lenge de selv betaler markedsprisen for testen. Hensikten med denne studien var å undersøke argumentene og begrunnelsene som ble brukt i høringsrunden. Den kvalitative analysen viser hvordan myndighetene la vekt på praktisk-empiriske argumenter om at forslaget ville gi likere tilgang til NIPT rundt om i landet og bidra til å holde helsepersonell i offentlig tjeneste, mens høringsinstansene pekte på de prinsipielle konsekvensene av forslaget. Hvorvidt regjeringen ikke hadde tatt høyde for de potensielle følgeeffektene av å tillate privat markedslogikk innenfor de offentlige sykehusdørene, eller om den la frem forslaget som en testballong for å innføre lignende løsninger, forblir uklart. En annen mulighet er at den mente NIPT skiller seg fra andre helsetjenester og at forslaget dermed ikke ville skape presedens for lignende betalingsløsninger.*

### Nøkkelord

*bioetikk, fosterdiagnostikk, helsepolitikk, offentlige sykehus, privatisering, kvalitativ forskning*

### Fagfellevurdert artikkel

## Introduksjon

*Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet sender med dette på høring forslag om å innføre rett for helseforetak til å kreve full pasientbetaling for non-invasiv prenatal test (NIPT), fra gravide som er under 35 år ved termin og ikke har andre indikasjoner for fosterdiagnostikk. NIPT er analyse av blodprøve fra gravide for å undersøke sannsynligheten for kromosomavvik hos fosteret. (Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet, 2023a, s. 1)*

Slik lyder starten på høringsbrevet som tidlig i november 2023 åpnet høringen om hvorvidt NIPT skulle kunne tilbys på offentlige sykehus til gravide uten medisinsk indikasjon for å ta testen, hvis de selv betaler markedsprisen for den. Som et resultat av det såkalte bioteknologiforliket i 2020 der Ap, SV og Frp gikk sammen og sikret flertall for en rekke endringer i bioteknologiloven, ble NIPT godkjent som fosterdiagnostikk i Norge (Baldus, 2023; Innst. 296 L (2019–2020); Levold et al., 2021; Stuvøy et al., 2021). Fra 2022 har gravide over 35 år ved termin hatt rett til å få utført NIPT på offentlige sykehus (Helsedirektoratet, 2025a). Gravide under 35 år som ikke har medisinske eller sosiale indikasjoner for å ta testen,<sup>1</sup> kan kjøpe og utføre NIPT hos private tilbydere med offentlig godkjenning. Endringen som høringsforslaget la opp til, var at denne gruppen gravide også skulle kunne kjøpe testen på offentlige sykehus dersom de «[...] betale[r] det det koster å levere NIPT, tillagt en markedsmessig avkastning» (Helse- og omsorgsdepartementet & Finansdepartementet, 2023b, s. 15).

Rent teknisk er NIPT en blodprøve som tas fra den vordende moren, hvori cellefritt DNA fra morkaken kan utvinnes og derpå analyseres med henblikk på å kartlegge genetiske egenskaper hos fosteret (Eggebo, 2020; Hofmann, 2014). I norsk lov er det kun åpning for å undersøke om fosteret har trisomi 13 (Patau syndrom), trisomi 18 (Edwards syndrom) eller trisomi 21 (Downs syndrom) – riktignok med noen få unntak, for eksempel kartlegging av kjønn ved økt risiko for alvorlig, kjønnsbunden sykdom (Helsedirektoratet, 2020, s. 41; Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Imidlertid kan i prinsippet hele genomet til fosteret kartlegges ved hjelp av NIPT, med alle de etiske utfordringene det reiser og vil reise i fremtiden (Hofmann, 2014; Hofmann et al., 2021), men hvis etiske og politiske implikasjoner går langt utenfor rammen for denne artikkelen. Det var bruk av NIPT til å kartlegge mulige kromosomavvik hos fosteret som lå til grunn for høringsforslaget.

Når målgruppen er presumptivt friske individer uten kjent forøket risiko for alvorlig sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret, fungerer NIPT i realiteten som en

---

<sup>1</sup> En medisinsk indikasjon for å utføre NIPT kan være at kvinnen eller partneren tidligere har fått barn med alvorlig sykdom eller utviklingsavvik, mens en sosial indikasjon handler om spesielle tilfeller der «[...] kvinnen/paret er i en vanskelig livssituasjon og ikke vil klare den ekstra belastningen et sykt eller funksjonshemmet barn kan medføre» (Helsedirektoratet, 2020, s. 44).

screeningtest og ikke en diagnostisk test (Hofmann et al., 2021, s. 16). Selv om sensitiviteten til NIPT er høy (Gil et al., 2017), som betyr at testen i stor grad kan korrekt identifisere trisomier hos fosteret, vil prevalensen i populasjonen som undersøkes, påvirke sannsynligheten for at en positiv test faktisk innebærer et kromosomavvik (det som heter positiv prediktiv verdi). Siden sannsynligheten for kromosomavvik er langt lavere hos yngre enn eldre kvinner, betyr det at risikoen for falskt positive funn generelt øker med synkende alder (Sørensen et al, 2021). Samtidig har screeningtester en økonomisk side ved at det ofte er mange individer som skal undersøkes, noe som kan gjøre det attraktivt for produsenter å selge tester til dette formålet. Hvorvidt og på hvilke premisser NIPT skal tilbys gravide innenfor eller utenfor offentlige rammer har avfødt en omfattende nasjonal og internasjonal debatt (Alberry et al., 2021; Allyse et al, 2015; Bowman-Smart et al., 2023; Conner et al., 2015; Claesen et al., 2023; Iwarsson & Conner, 2020; Kater-Kuipers et al., 2018; Magelssen et al., 2018; Marks et al., 2023; Newson et al., 2023; Perrot & Horn, 2023; Salvesen et al., 2022; Slagstad & Hofmann, 2017; Sørensen et al, 2021; Ulbjerg, 2018). Mens enkelte europeiske land tilbyr NIPT til alle gravide innenfor rammene til det offentlige helsevesenet, har det så langt vært mest utbredt å forbeholde testen til gravide med økt risiko (Gadsbøl et al., 2020).

I Norge har det vært tradisjon for at bioteknologier enten er *forbudt* eller *tilbudt*, i betydningen tilbudt av det offentlige, uten egenbetaling (Hofmann et al., 2021, s. 32–33, 135–136). Begrunnelsen for denne linjen i bio- og helsepolitikken har vært å unngå forskjeller mellom de som har råd til å kjøpe tillatte tjenester og de som ikke har det. Følgelig innebar den politiske beslutningen i 2020 om å tillate NIPT for alle gravide om de kjøpte den hos private tilbydere, men kun tilby testen til et utvalg gravide på offentlige sykehus, et brudd med dette «enten-forbudt-eller-tilbudt mønsteret» (Hofmann et al., 2021, s. 136). Høringsforslaget om å åpne opp for NIPT til alle gravide også på offentlige sykehus, men kun hvis de uten indikasjon for å ta testen selv betaler, kan betraktes som en fortsettelse av dette linjeskiftet i norsk helsepolitikk.

Samtidig introduserer forslaget nye prinsipielle dimensjoner, og det kan hevdes at forslaget legger opp til «[...] at en form for privat finansiert helsevesen slipper inn gjennom sykehusets inngangsdør [...]» (Ørstavik, 2024, s. 4). På den andre siden er det som kjent ikke slik at endringer fra det som har vært tilfellet historisk nødvendigvis er å forakte, og hvorvidt private innslag og kommersiell tankegang skal ha plass inne på offentlige sykehus avhenger også av hvilke politiske preferanser og overbevisninger den som vurderer saken måtte ha. Høringen som ble avholdt om å innføre muligheten til å kreve full pasientbetaling for NIPT på offentlige sykehus, har uansett en prinsipiell side som gjør den interessant å studere – både for å belyse saken i seg selv og for å reflektere over hvordan fremtidens helsetjeneste bør innrettes og finansieres. Denne prinsipielle siden blir ikke mindre interessant selv om regjeringen har gjort forslaget til gjeldende politikk (Prop. 104

S (2023–2024), s. 74), og NIPT kan i dag kjøpes til 6000 kroner på norske sykehus (Pasientbetalingsforskriften, 2016). Hensikten med denne studien var å undersøke argumentene som ble brukt og begrunnelsene som ble gitt i høringsrunden. Forskningsspørsmålet var som følger: Hvordan begrunner myndighetene forslaget om å tillate salg av NIPT til gravide uten medisinsk indikasjon på norske offentlige sykehus, og hvordan responderer høringsinstansene på forslaget?

## **Metode**

### ***Design***

Denne studien ble designet som en kvalitativ dokumentanalyse (Bowen, 2009).

### ***Kontekst***

Det norske helsesystemet er skattefinansiert (over 85 % av finansieringen), med universell dekning for alle som planlegger å bo i landet over ett år, men det kreves normalt moderate egenandeler for å motta helsehjelp (ca. 14 % av finansieringen) (Saunes et al., 2024). Staten har ansvaret for driften av spesialisthelsetjenesten, derunder offentlige sykehus, mens kommunene forvalter primærhelsetjenesten. Innslaget av private tilbydere av helsetjenester er relativt begrenset og godt regulert (Saunes et al., 2024). Utenom ved innleggelse på sykehus betaler pasientene egenandeler for polikliniske konsultasjoner på sykehusene og for mange av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men samtidig er noen grupper unntatt fra å betale (slik som barn og gravide) og noen av tjenestene opererer uten egenandeler (slik som hjemmesykepleie i primærhelsetjenesten) (Helsedirektoratet, 2025b; Pasientbetalingsforskriften, 2016). Det er innført et egenandelstak («frikort»), som gjør at pasientene ikke betaler mer enn 3278 kroner årlig (per 2026) i egenandeler for offentlige helsetjenester (Helsedirektoratet, 2025b; Saunes et al., 2024). Pasientbetaling (eller egenbetaling) er utgifter som pasienten må dekke selv, for eksempel ved assistert befruktning, og teller ikke inn i frikortgrunnet (Helsedirektoratet, 2025b; Pasientbetalingsforskriften, 2016).

### ***Datamateriale***

I norsk sammenheng betyr en offentlig høring at en offentlig instans sender av gårde et forslag om å innføre eller endre en lov eller forskrift i form av et *høringsnotat*. Høringer som holdes på departementsnivå, blir publisert på regjerings nettside (regjeringen.no) sammen med et *høringsbrev* som gir en kort innføring til forslaget og redegjør for tidsfristen og fremgangsmåten for å sende inn skriftlig *hørings svar*. Selv om noen aktører og instanser er spesielt inviterte til høringen, for eksempel berørte pasient- og arbeidsgiverorganisasjoner, er høringen åpen for alle og enhver som ønsker å sende inn svar via regjerings nettside.

Formålet med slike offentlige høringer er å gi aktører, berørte parter og alle som vil anledning til å komme med innspill til politiske forslag, slik at myndighetene kan få et best mulig beslutningsgrunnlag (Utredningsinstruksen, 2016). I hvilken grad

høringsinnspillene tas til følge i den videre politiske beslutningsprosessen er imidlertid høyst varierende, og det foreligger ikke noen regler eller prosedyrer for hvordan høringssvarene skal vektas – eller om de skal tillegges vekt i det hele tatt.

Høringsbrevet, høringsnotatet og høringssvarene, som til sammen utgjør 47 dokumenter (hvorav 45 er høringssvar), utgjorde datamaterialet for studien. Dokumentene ble lastet ned fra regjeringens nettside (regjeringen.no).<sup>2</sup> Høringssvar kan sendes inn digitalt på regjeringens nettside, og alle svarene som mottas, publiseres åpent tilgjengelig på nettsiden. Privatpersoner som sender inn høringssvar, kan selv velge om de vil publisere svaret anonymt eller under fullt navn. Tabell 1 gir en oversikt over hvilke instanser og aktører som avga høringssvar, men av hensyn til personvernet er privatpersoner ikke navngitt i tabellen eller i det følgende.

**Tabell 1. Oversikt over hvem som avga høringssvar ordnet i alfabetisk rekkefølge. Navnet på høringsinstansene er identisk med hvordan de selv valgte å navngi seg i høringen.**

Innsendere av høringssvar	Merknader
Austevoll kommune	Med merknader
Bergen INP	Med merknader
Bergen kommune	Med merknader
Bioteknologirådet	Med merknader
Den norske jordmorforening	Med merknader
Den norske Legeforening	Med merknader
Downs Syndrom Norge	Med merknader
Dr.Dropin AS	Med merknader
Fam Klinik AS	Med merknader
Gruppe sykepleiere, vi ønsker anonymitet	Med merknader
Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus	Med merknader
Helse Midt-Norge RHF	Med merknader
Helse Møre og Romsdal	Med merknader
Helse Nord RHF	Med merknader
Helse Sør-Øst RHF	Med merknader
Helsedirektoratet	Med merknader
Illumina	Med merknader
Justis- og beredskapsdepartementet	Uten merknader
Kreftforeningen	Med merknader
KvinneDoktor og Jordmora AS	Med merknader
Medicus Group AS	Med merknader
NHO Geneo	Med merknader
Norsk nettverk for fostermedisin	Med merknader
Norsk Sykepleierforbund	Med merknader
Norske Ortopstisters Forening	Uten merknader
Oslo jordmor og kvinnesenter AS	Med merknader

<sup>2</sup> Høringsdokumentene kan oppsøkes her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-forslag-til-endringer-i-pasientbetalingsforskriften-skatteloven-og-skattelovforskriften-vedrorende-helseforetaks-tilbud-om-nipt/id3012984/> (lest 1. juni 2025).

Oslo jordmor og ultralydklinikk	Med merknader
Oslo universitetssykehus HF	Med merknader
Person som har oppgitt navn	Med merknader
Person som har oppgitt navn	Med merknader
Person som ikke har oppgitt navn (161946)	Med merknader
Person som ikke har oppgitt navn (175561)	Med merknader
Person som ikke har oppgitt navn (371780)	Med merknader
Person som ikke har oppgitt navn (402639)	Med merknader
Person som ikke har oppgitt navn (841865)	Med merknader
Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo	Med merknader
Skattedirektoratet	Uten merknader
Skien kommune	Uten merknader
St. Olavs hospital HF	Med merknader
St. Olavs hospital HF, Kvinneklinikken	Med merknader
Statistisk sentralbyrå	Uten merknader
Stiftelsen Amatheia	Med merknader
Sykehuset Telemark	Med merknader
Sørlandet sykehus HF	Med merknader
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Med merknader

### ***Analyse***

Analysen ble utført med utgangspunkt i et forhåndsdefinert rammeverk. Hsieh og Shannon (2005, s. 1281–1282) kategoriserer denne fremgangsmåten som en styrt eller veiledet innholdsanalyse (eng.: directed content analysis). Første steg i analysen, etter at datamaterialet var valgt og forskningsspørsmålet formulert, var å lese gjennom alle dokumentene. Innhold som ble vurdert til å være relevant for å besvare forskningsspørsmålet, ble identifisert og foreløpig kategorisert i en av de seks kategoriene i det konseptuelle rammeverket, som presenteres nedenfor. Jeg brukte NVivo (versjon 15) for å kode dokumentene, noe som innebærer at dokumentene ble lastet opp og kategoriene opprettet i programmet, slik at jeg enkelt kunne ha oversikt over både kategoriene og hvilke dokumenter de ulike kodene stammet fra. Det neste steget var å se over alle kodene og den foreløpige kategoriseringen av dem. Etter at denne revideringen var gjennomført, slik at jeg oppfattet at kodene var plassert der de hørte hjemme i rammeverket, leste jeg nøye gjennom innholdet i hver kategori for å danne meg et bilde av likheter, forskjeller og nyanser innenfor hver av dem, som ble utledet til underkategorier. Til slutt, i arbeidet med å skrive ut resultatene av analysen (som er en del av analysearbeidet i seg selv), valgte jeg ut illustrerende sitater for å vise frem kategoriene og nyansene innad i dem.

### ***Konseptuelt rammeverk***

Studiens konseptuelle rammeverk er hentet fra Ruth W. Grants historiske, konseptuelle og etiske analyse av økonomiske insentiver (Grant, 2006, 2012, 2015).

Grant definerer insentiver som en ytre, materiell fordel<sup>3</sup> en person får ved å utføre en handling eller oppføre seg på en bestemt måte, som er utformet og innført av noen andre for at denne personen skal gjøre akkurat dette, og som ikke følger automatisk av naturlige forhold eller utgjør en fortjent belønning eller kompensasjon (Grant, 2012, s. 42). Følgelig betrakter hun insentiver som en type maktbruk for å få noen til å gjøre noe de ellers ikke ville gjort, og ikke bare som en handel mellom to parter som finner det formålstjenlig for egen vinnings skyld å gjennomføre transaksjonen, slik moderne økonomisk teori pleier å se på saken (Grant, 2012, s. 41–44, 123–132).

En utgave av det konseptuelle rammeverket som presenteres i tabell 2, er tidligere blitt brukt til å analysere høringer som er blitt holdt om fraværsgelyet i den norske spesialisthelsetjenesten (Fystro & Feiring, 2023). I denne studien er rammeverket blitt endret og justert til å kunne brukes i analyser av politiske forslag mer generelt. Selv om det opprinnelige formålet med rammeverket er å vurdere legitimiteten til ethvert maktmiddel (Grant, 2006, 2015), kan kategoriene også brukes deskriptivt til å sortere og kategorisere argumentene i henhold til hvordan et politisk forslag påvirker både berørte personer og systemet det opererer innenfor.

**Tabell 2. Det konseptuelle rammeverket som ble brukt for å kategorisere argumentene i høringsrunden, hentet fra Grant (2006, 2012, 2015), men tilpasset til å kunne deskriptivt analysere politiske forslag mer generelt.**

Kategori	Operasjonalisering
Formål	Hva er formålet med forslaget?
Frivillighet	Kan de berørte selv velge hvordan de vil respondere på forslaget?
Karakter	Påvirker forslaget de berørtes individuelle disposisjoner til å handle på bestemte måter, og/eller har det noen følger for kulturen eller miljøet i organisasjonen eller samfunnet som sådan?
Rettferdighet	Er forslaget rettferdig utformet, slik at berørte som er i sammenlignbare, relevant like situasjoner, behandles på samme måte?
Effektivitet	Er forslaget effektivt for å oppnå formålet sammenlignet med andre aktuelle forslag eller tiltak?
Upassende påvirkning	Er forslaget fremmet av beslutningstakere som har myndighet til å ta beslutninger innenfor det området forslaget er ment å operere, og/eller kan forslaget føre til at noen av de berørte handler mot bedre vitende eller på tvers av egne prinsipper?

### ***Forforståelse og vitenskapsteoretisk forankring***

Utgangspunktet mitt for kvalitative analyser er det følgende (se også Fystro, 2023): Funnene fra slike analyser er ikke ment å være reproduerbare i den forstand at en annen forsker hadde kommet frem til den eksakt samme kategoriseringen og forståelsen av datamaterialet. Tvert imot er forskeren selv en aktiv bidragsyter til

<sup>3</sup> Når det er snakk om et negativt insentiv, til forskjell fra et positivt insentiv, vil det være en eksternt, materiell ulempe som er innført for å få en person til å handle eller oppføre seg på en bestemt måte.

den kunnskapen som produseres (Braun & Clarke, 2006, 2022; Finlay, 2002), og sammenstillingen av koder i kategorier og temaer – det vil si meningsenheter i form av ord og setninger som oppfattes å ha en felles essens – blir formet av forskerens bakgrunn og faglige ståsted. Min bakgrunn som sosionom og fysioterapeut, med faglig interesse for det som foregår i skjæringspunktet mellom etikk, politikk og økonomi, har utvilsomt påvirket både hvilket konseptuelt rammeverk som ble brukt, og hvordan kodingen (og tolkningene) innenfor dette rammeverket foregikk. Samtidig er poenget at gjennom å beskrive hvordan analysen har foregått og vise frem resultatene i form av beskrivelser av og sitater fra datamaterialet, kan leseren på egenhånd vurdere analysen som er gjort. I møtet mellom datamaterialet og forskeren som et erfarende og meningsskapende subjekt, kan nye perspektiver komme til syne, noe som kan kaste nytt lys over fenomenet som undersøkes.

### ***Godkjenninger og etiske vurderinger***

Studien er vurdert av Sikt – kunnskapssektorens tjenesteleverandør og behandlingen av personopplysninger i prosjektet ble funnet å være i tråd med gjeldende lovverk (prosjektnr. 716932). I presentasjonen av resultatene er sitater fra privatpersoner ettergått for å sikre at de er avidentifiserte.

## **Resultater**

Argumenter innenfor alle seks kategorier i det konseptuelle rammeverket ble identifisert i analysen. Samtidig var det interessante nyanser og spenninger innad i hver enkelt kategori, og omfanget av argumenter i kategoriene var ulikt. Tabell 3 presenterer en samlet oversikt over funnene sortert i kategorier og underkategorier med tilhørende illustrerende sitater. Innholdet i de enkelte kategoriene sammenfattes nedenfor.

**Tabell 3. Resultatene av den kvalitative analysen organisert i tråd med studiens konseptuelle rammeverk, inkludert underkategorier med tilhørende illustrerende sitater.**

<b>Kategori</b>	<b>Under-kategori</b>	<b>Illustrerende sitat</b>
<b>Formål</b> Hva er formålet med forslaget?	Lik tilgang	«Helse- og omsorgsdepartementet mener at offentlig helsetjeneste kan bidra til å redusere geografiske forskjeller i tilgjengeligheten til NIPT, gjennom å tilby testen til denne gruppen gravide mot betaling.» (Høringsnotat, s. 8)
	Beholde helsepersonell	«Formålet er å [...] forhindre at kvalifisert helsepersonell slutter i offentlige sykehus for å starte i arbeid hos private helsetjenesteaktører som tilbyr samme tjeneste.» (Høringsnotat, s. 3)
	Bedre helsetilbud	«Et offentlig tilbud mot egenbetaling vil også kunne gi de gravide et bedre helsetilbud.» (Høringsnotat, s. 8)
	Kommersiell helsehjelp	«Gravide som kjøper NIPT fra helseforetakene må betale det det koster å levere NIPT, tillagt en markedsmessig avkastning. Pasientbetalingen forventes derfor å være på nivå med hva tilsvarende tilbud koster hos private tilbydere.» (Høringsnotat, s. 15)
	Unødvendig helsehjelp	«Pasientbetalt tilbud om NIPT til gravide uten medisinsk indikasjon regnes ikke som nødvendig helsehjelp. Det innebærer at helseforetakene ikke vil ha en plikt til å gi tilbudet.» (Høringsnotat, s. 10)
	Prinsipielt linjeskifte	«Forslaget om å gi helseforetaka rett til å krevje pasientbetaling for sal av NIPT, for både å dekkje reelle kostnader og ei marknadsmessig avkastning, vil slik Bioteknologirådet forstår det vere første gong den offentlege helsetenesta går inn i

## Skal offentlige sykehus kunne selge fosterdiagnostikk?

		ei privat helsemarknad. Dette vil vere ei stor og viktig prinsipiell avgjerse som høyringsnotatet ikkje drøfter i det heile.» (Bioteknologirådet, s. 4)
	Brekkestang for egenbetaling	«Departementets argumentasjon for endringen kan nesten i sin helhet vurderes å være gjeldende også for andre områder, inkludert kreft – og det er vanskelig å forstå hvorfor grensen settes akkurat ved dette konkrete helsetiltaket.» (Kreftforeningen, s. 1)
	Inkonsistent helsepolitikk	«Ved å tilby NIPT som en helprivat tjeneste i den offentlige helsetjenesten utviskes skillet mellom offentlige og private tjenester ytterligere. Å øke det som kan oppfattes som en 'privatisering av helsetjenestene' i en tid der man ellers reduserer stykkprisfinansieringen og øker rammefinansieringsandelen, fremstår selvmotsigende.» (Senter for medisinsk etikk, s. 2)
	Uavklart formål	«Når alle punktene i formålet med endringene har så mange spørsmål og så mye tvetydighet heftet ved seg, vil det bli spekulasjoner rundt det reelle formålet med endringen.» (Downs Syndrom Norge, s. 4)
<b>Frivillighet</b> Kan de berørte selv velge hvordan de vil respondere på forslaget?	Økonomisk handlingsrom	«Dersom det offentlige tilbyr NIPT mot betaling, vil det fortsatt utelukke de som ikke har økonomisk forutsetning for dette.» (Oslo jordmor og kvinnesenter AS, s 1–2)
	Prisregulert refleksjon	«Det er ikke ønskelig å øke antallet NIPT prøver blant unge kvinner som i utgangspunktet har en lav individuell aldersbetinget risiko. [...] Det er derfor gode medisinske grunner til at kvinner under 35 år bør tenke seg grundig om før prøvetaking. Prisregulering kan være et virkemiddel. [...] Prisen bør ikke settes for lavt fordi dette kan skape et inntrykk hos unge kvinner om at det forventes at de velger NIPT uten at de selv har foretatt et bevisst og reflektert valg.» (Norsk nettverk for fostermedisin, s. 5)
	Ressursregulert refleksjon	«Det er viktig at kvinner som velger å ta NIPT får god informasjon om hva fosterdiagnostikk er og hva man kan oppdage, slik at de har tenkt godt igjennom hva de eventuelt vil gjøre hvis de får et avvikende svar. De som ønsker NIPT hos oss blir godt informert i forkant av konsultasjonen og de får ytterligere informasjon gjennom samtale før ultralyd og prøvetaking. Det krever god informasjon til kvinnen/ paret for å sikre et informert valg. Dette er tidkrevende. Har det offentlige de ressursene tilgjengelig?» (Oslo jordmor og kvinnesenter AS, s 2)
<b>Karakter</b> Påvirker forslaget de berørtes individuelle disposisjoner til å handle på bestemte måter, og/eller har det noen følger for kulturen eller miljøet i organisasjonen eller samfunnet som sådan?	Perverse incentiver for sykehusene	Et annet argument som peker i mot full egenbetaling er at det kan skape uheldige incentiver hos de ulike helseforetakene. Det er sannsynlig at helseforetak som driver økonomisk virksomhet (som genererer profit) i større grad vil prioritere profittgenererende virksomhet over annen ikkeøkonomisk virksomhet som skal være kostnadsdekkende (innsatsstyrt finansiering, ISF). (St. Olavs hospital, s. 3)
	Samfunnets menneskesyn	«Ei auka offentleg tilrettelegging for å undersøke bestemte genetiske eigenskapar kan gå på tvers av viktige verdiar i samfunnet som menneskeverd, likeverd og ikkje-diskriminering. At den offentlege helsetenesta skal tilby NIPT til enda fleire gravide kan oppfattast som diskriminerande og stigmatiserande for dei som lev med desse tilstandane, og då først og fremst dei med trisomi 21.» (Bioteknologirådet, s. 5).
<b>Rettferdighet</b> Er forslaget rettferdig utformet, slik at berørte som er i sammenlignbare, relevant like situasjoner, behandles på samme måte?	Samme tjeneste til alle gravide	«Likebehandling er ein sentral verdi i den norske helsetenesta. Å redusere ulikskap i helse kan difor vere viktig. Argumentet var sentralt ved innføringa av tidleg ultralyd til alle gravide i 2020. Private helsetilbod bidreg til auka geografisk og sosioøkonomisk ulikskap. Forslaget i høyringa vil kunne redusere den geografiske ulikskapen i helsetilbodet.» (Bioteknologirådet, s. 2)
	Samme tjeneste til ulik pris	«[...] forslaget vil kunne føre til at kostnadene, og dermed pasientbetalingen, kan variere mellom helseforetak. Selv om NIPT-analyse uten medisinsk indikasjon er utenfor de regionale helseforetakenes sørge-for ansvar, vil det kunne oppfattes som forskjellsbehandling at offentlige helseforetak benytter ulike priser for den samme tjenesten.» (Helse Sør-Øst RHF, s. 2)
	Sosiale ulikheter i betalingsevne	«[Forslaget] skaper forskjeller mellom de som har råd og de som ikke har råd til tjenesten, noe som bryter med likhets-, rettferdighets- og solidaritetsprinsippene i den norske velferdsmodellen [...]» (Senter for medisinsk etikk, s. 1)

	Noen betaler for andre	«I realiteten vil de gravide som ikke har indikasjon for fosterdiagnostikk med NIPT være med på å finansiere utbredelsen av tilbudet.» (Helsedirektoratet, s. 7)
	Selektiv innføring av egenbetaling	«Den offentlege helsetenesta har eit forklaringsproblem når område for forhøgd eigenbetaling hos pasientane alle er innan reproduksjonsmedisin, dvs. sterilisering, assistert befruktning, medikament ved infertilitet og no fosterdiagnostikk.» (Helse Møre og Romsdal HF, s. 1)
	Urettferdig prioritering	«Det finnes en lang rekke offentlige (helse)tilbud som kunne blitt bedre om den offentlige tjenesten kunne tilby private tilleggstjenester. Det er uklart hvorfor NIPT skulle kunne tilbys som en egenbetalt ekstratjeneste (som tillegg til tidlig ultralyd) når det finnes svært mange andre tjenester der dette ikke er mulig. Særlig når mange av alternativene har en helsefaglig begrunnelse mens NIPT ikke er medisinsk indisert.» (Senter for medisinsk etikk, s. 4)
	Rettmessig konkurranse	«Skatteplikten innføres for å fjerne den økonomiske fordelene helseforetakene ellers ville fått ved salg av NIPT uten skattlegging. Fordelen av skattefritaket ville utgjort ulovlig statsstøtte.» (Høringsnotat, s. 3)
	Rimelig avkastningskrav	«Krav til bransjemessig avkastning er i tråd med ESA og EFTA-domstolens praksis. Sykehusenes kommersielle virksomhet må drives slik en markedsaktør ville ha gjort. En markedsaktør ville i denne sammenhengen ikke tilbudt priser for NIPT som gir lavere marginer enn hva tilfellet er for andre markedsaktører.» (Fam Klinikk AS, s. 5)
	Urimelig avkastningskrav	«NIPT til alle gravide vil derimot ikke kreve særleg med ekstra personellressursar for helseforetaka. Alle gravide er uansett inne til ein tidleg ultralyd rundt svangerskapsveke 12. [...] Det er difor urimeleg om helseforetaka skal være nøyd til å fakturere pasientane tilsvarende som ein gjer privat. Marginalkostnaden for ekstra prøvetaking er relativt låg, og det må vere mogleg å berre fakturere kostand for sjølve prøva. (Helse Møre og Romsdal HF, s. 2)
	Urimelig fordel i konkurransen	«Når sykehusene allerede har innført «gratis» ultralydundersøkelse for alle svangerskap, så er dette allerede en uforholdsmessig stor økonomisk fordel for det offentlige, da dette er en form for subsidiering av NIPT for kvinner uten medisinsk indikasjon. Det betyr i praksis at de vil underby private aktører og det er konkurransevridende.» (Person som ikke har oppgitt navn, ref. 161946, s. 3)
	Urimelig ulempe i konkurransen	«Ved introduksjon av pasientbetaling og overgang til økonomisk virksomhet så må prisen økes slik at den dekker alle indirekte kostnader i tillegg. Som beskrevet over så er det administrative ekstraarbeidet betydelig for å skille økonomisk virksomhet og ikke-økonomisk virksomhet. Det administrative påslaget for merarbeidet samt bruk av arealer og utstyr kan da bli så stor at de offentlige sykehusene vil måtte ta en betydelig høyere pris enn de private.» (St. Olavs hospital, s. 3)
	Effektregulert prissetting	«I hvilken grad kan dette [at brukerfinansiert NIPT vil gjøre det lettere å beholde ansatte] tas i betraktning ved fastsettelse av pris på tjenesten. Dette er vurderinger som en kommersiell aktør vil ta med i sine vurderinger av markedsmessig avkastning.» (Helse Midt-Norge RHF, s. 3)
<b>Effektivitet</b> Er forslaget effektivt for å oppnå formålet sammenlignet med andre aktuelle forslag eller tiltak?	Geografisk tilbudsutjevning	«[Vi] ser at en innføring kan være med på å sørge for et likt geografisk tilbud om NIPT-test til kvinner under 35 år ved termin som ikke har andre indikasjoner for fosterdiagnostikk, og sikre en mer praktisk og kvalitetssikret oppfølging etter NIPT-test for denne gruppen.» (Den norske legeforening, s. 1)
	Geografisk forskjellsøkende	«Samtidig skal ikke helseforetakene være pliktig å tilby NIPT og kapasiteten i distriktene er allerede under press. Vil tilbudet om NIPT i det offentlige i realiteten kunne forsterke de geografiske ulikhetene?» (Den norske legeforening, s. 2)
	Redusert lekkasje av helsepersonell	«Alle som ønsker NIPT må gjennomføre en ultralydundersøkelse i forbindelse med at denne prøven tas. Dagens løsning øker derfor behovet for jordmødre med ultralyd-kompetanse hos private aktører. Endringen som er foreslått vil slik kunne bidra til mindre tap av helsepersonell (leger/ultralydsjordmødre) til private helsetjenesteaktører.» (Oslo universitetssykehus HF, s. 2)
	Tilsvarende effekt med moderat egenbetaling	«Høringsnotatet viser til at regjeringen la til grunn at egenbetaling på 25 prosent for tannhelsetjenestens tilbud til personer mellom 21 og 24 år ikke vil gjøre tilbudet til økonomisk aktivitet. [...] En slik innretning vil dekke en stor del av marginalkostnaden helseforetakene har til NIPT for denne pasientgruppen, men uten at den dekker alle kostnadene slik at konkurranselovgivning må hensyntas. Prisen vil da være såpass mye lavere enn private foretak at det vil motvirke tap av helsepersonell til private [...]» (St. Olavs hospital, s. 4)
	Tilsvarende effekt uten egenbetaling	«Vår vurdering er at sjølv om ein erkjenner at risiko er låg for dei yngste kvinnene, anbefalast ei forna vurdering om ikkje NIPT skal tilbydast alle utan eigenbetaling. Då vil ein sleppe utfordringane med å administrere ei kommersiell

## Skal offentlige sykehus kunne selge fosterdiagnostikk?

		ordning i den offentlege verksemda, ein vil truleg kunne stogge lekkasjen av fagfolk, og ein vil sleppe å påføre pasientane unødvendige høge kostnader» (Helse Møre og Romsdal HF, s. 2)
	Andre grunner og potensielle tiltak	«Om NIPT mot eigenbetaling er eit tiltak som faktisk kan stogge kvalifisert helsepersonell i å jobbe privat framstår for Bioteknologirådet uklart. I høyringsnotatet står det at ei utviding av NIPT-tilbodet kan bidra til dette. Det er rimeleg å tru at det er fleire grunnar og fleire mekanismar som gjer at offentlig helsepersonell sluttar i jobbane sine, og høyringsnotatet burde drøfta dette breiare.» (Bioteknologirådet, s. 3)
	Økt kvalitet på helsetjenesten	«Det vil gi et bedre, mer samlet, kvalitetssikret og pasienttilpasset tilbud til de gravide enn om de både må oppsøke private, kommersielle aktører for å få tatt NIPT og samtidig gå til tidlig rutine-ultralyd-undersøkelse i helseforetakene.» (Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus, s. 2)
	Samme eller redusert kvalitet på helsetjenesten	«Alle private aktører er godkjent av Helsedirektoratet. De driver allerede praksis, har ofte god kapasitet og tilgjengelighet, har høy pasienttilfredshet og etablerte rutiner og systemer. Det er ikke gitt at det offentlige vil gi et bedre tilbud enn de private.» (Medicus Group AS, s. 1)
	Fleire invasive undersøkelser	«Treffsikkerheita til trisomi-undersøkinga avheng av den faktiske prevalensen i gruppa som tar testen. Denne prevalensen er lågare hjå yngre kvinner, så om fleire yngre vel testen så vil talet falsk positive auke. Dette vil medføre fleire invasive undersøkingar og unødig bekymring og uro for fleire gravide.» (Bioteknologirådet, s. 3)
	Prisregulert etterspørsel	«Lavere pris vil sannsynligvis medføre at flere gravide under 35 år ved termin vil benytte seg av det offentlige tilbudet, også fremfor private aktører.» (Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus, s. 3)
	Innholdsstyrt etterspørsel	«Det er kjent at NIPT i Norge ikke inneholder det samme tilbudet som NIPT i for eksempel Sverige. Kvinner som kjenner til dette vil fortsatt reise til Sverige for å utføre NIPT testen, da det der gis tilleggsinformasjon om kjønn og kjønnsbundne kromosomavvik.» (Person som ikke har oppgitt navn, ref. 161946, s. 2)
	Administrative konsekvenser	«Av moglege motargument nemner høyringsnotatet at arbeidsmengda vil kunne auke, både ved at talet på gravide som får NIPT i det offentlege aukar, og at dei administrative konsekvensane blir fleire.» (Bioteknologirådet, s. 2)
	Bedre ressursutnyttelse	«På en annen side vil dette forslaget kunne redusere unødvendige ultralydundersøkelser, fordi testen kan tas samtidig med (gratis) ultralydundersøkelse i uke 11+0 – 13+6 som alle kvinner får tilbud om. Det vil også kunne spare tid og ressurser for den gravide, for arbeidsgiver mv.» (Den norske legeforening, s. 1–2)
	Dårligere ressursutnyttelse	«Det å tilby NIPT til de utenfor dagens offentlige indikasjon vil nok fylle opp antall prøver pr batch, men det kan føre til at unødvendig mye av kapasiteten til sykehusene på jordmor, gynekologi og administrasjon brukes. Selv om det er planlagt å ta testen samtidig som man tar tidlig ultralyd, bør man undersøke grundig om det vil spise av kapasiteten til et allerede hardt presset offentlig helsevesen.» (Dr.Dropin AS, s. 2)
	Svingdørsproblematikk	«Den norske helsetjenesten har i dag en betydelig utfordring med at potensielle og reelle helseplager oppdaget eller generert i den private helsetjenesten følges opp i den offentlige helsetjenesten. Dette legger beslag på betydelige ressurser i en allerede presset helsetjeneste. Å tilby private tjenester uten medisinsk indikasjon internt i den offentlige helsetjenesten vil undergrave fremtidige muligheter for å demme opp for denne type «bakkørsproblematikk». Man vil snarere få en intern 'svingdørsproblematikk'.» (Senter for medisinsk etikk, s. 5)
<b>Upassende påvirkning</b> Er forslaget fremmet av beslutningstakere som har myndighet til å ta beslutninger innenfor det området forslaget er ment å	Anbefalingspress	«Et tilbud om NIPT for alle gravide som kommer til tidlig ultralyd, kan bli oppfattet som en <i>anbefaling</i> . Dette betegnes i bioetikk-litteratur som risikoen for 'rutinisering'; at et tilbud som begynner som et <i>tilbud</i> i ordets rette forstand, med tiden blir oppfattet som 'noe som hører med', en del av 'rutinen'. (Senter for medisinsk etikk, s. 6)
	Normativt press	«Dersom NIPT uten medisinsk indikasjon blir tilbudt i det offentlige, vil det kunne oppfattes normativt og legge press på den gravide til å ta undersøkelsen – også gravide som ikke har økonomi til dette.» (Den norske legeforening, s. 2)
	Usikkerhetspress	«Vi går med høy sannsynlighet mot en endring i abortloven som vil åpne for selvbestemt abort frem til uke 18+6. Vi savner en utgreiing av ansvaret som oppstår når unge kvinner med høyere sjanse for falske positive NIPT-resultater enn kvinner over 35 år i større utstrekning benytter seg av testen, og samtidig nå får mulighet til selvbestemt abort også i tiden etter mottatt NIPT-resultat, da også

operere, og/eller kan forslaget føre til at noen av de berørte handler mot bedre vitende eller på tvers av egne prinsipper?		uten bekreftet fosterdiagnose gjennom invasiv testing. (Downs Syndrom Norge, s. 4–5)
	Normerende press	«De signalene dette lovforslaget gir kan påvirke mange av de som går gravid med et barn med Downs syndrom til å ta abort, selv om de i utgangspunktet kanskje ikke ønsker det. Det er fordi samfunnet gir tydelige føringer på hva som er ønskelig ved å tilby tester og aborter i disse tilfellene [...]» (Bergen INP, s. 1)
	Innsalgspress	«Informasjon til gravide uten medisinsk indikasjon for fosterdiagnostikk må formidles på en slik måte at det ikke oppleves som et 'innsalg' av en tjeneste (fra HFet) som påfører den gravide unødvendige utgifter.» (Helsedirektoratet, s. 8)
	Prisregulert press	«Man kan hevde at dagens ordning med et stort antall private virksomheter som tilbyr NIPT til en uforholdsmessig høy pris, profiterer stort på å utnytte gravide kvinners bekymring for svangerskapet og helse hos det framtidige barnet. [...] Når de private helsetjenestetilbydere i stor grad fastsetter pris på NIPT analyse uten et øvre tak for hvor mye det skal koste er dette svært uheldig for de gravide. En øvre begrensning for hva analysetjenesten skal koste framstår derfor fornuftig og nødvendig.» (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, s. 6)

### ***Hva er formålet med forslaget?***

To primære formål ble presentert i høringsnotatet: sikre lik tilgang til NIPT for gravide i hele landet og hindre at helsepersonell slutter i det offentlige for å arbeide hos private tilbydere av fosterdiagnostikk. Samtidig ble det hevdet at forslaget kan gi et bedre helsetilbud for gravide ved at NIPT rammes inn av den offentlige svangerskapsomsorgen. En gjennomgående innvending i hørings svarene var at forslaget manglet en prinsipiell diskusjon; det ble oppfattet som et radikalt linjeskifte i helsepolitikken. Noen høringsinstanser pekte på vanskelighetene med å demme opp for lignende betalingsløsninger. Andre fremholdt at i en tid der sykehusene får økt rammefinansiering, synes det inkonsistent å innføre mer privat markedslogikk andre steder. Det ble også hevdet at formålene med forslaget ikke var godt nok underbygget og inneholdt mange tvetydigheter, i den grad at det reelle formålet fremsto uklart.

### ***Kan gravide velge fritt?***

Flere høringsinstanser var inne på at selv om det offentlige tilbyr NIPT til alle gravide, vil de som må betale markedsprisen for testen fortsatt ikke ha tilgang om de ikke har råd. Følgelig vil tilgangen begrenses av den enkeltes økonomiske handlingsrom. På den andre siden mente et par høringsinstanser at prisen i seg selv kan være egnet til å regulere hvorvidt den gravide foretar et bevisst og reflektert valg. Logikken synes å være at om testen er for lavt priset, kan det skapes et inntrykk av at den gravide er forventet å kjøpe den; dersom testen har en viss kostnad, må de berørte aktivt reflektere over hvorvidt de skal kjøpe den. Samtidig innvendte en annen innsender at god og adekvat informasjon er avgjørende for at kvinnen – og eventuelt partneren – skal kunne ta et informert valg, men at det ikke er klart at det offentlige vil ha tilstrekkelige ressurser for å kunne gi dekkende og avbalansert informasjon til den gravide om fordeler og ulemper med å utføre NIPT uten at det foreligger indikasjon.

### ***Sykehusenes atferd og samfunnets holdninger***

Flere høringsinstanser ga til kjenne en bekymring for at forslaget kunne gi sykehusene uheldige og regelrett perverse insentiver. Poenget var at muligheten for

økonomisk virksomhet som genererer profitt innenfor sykehusets vegger, vil kunne føre til at sykehusene dirigerer kapasiteten dithen, istedenfor mot den vanlige, nødvendige helsehjelpen som sykehusene får dekket kostnadene for, men som de ikke tjener penger på. En annen type argument som ble trukket frem i et par høringssvar, var at å legge til rette for å undersøke bestemte genetiske egenskaper i fosterlivet kan gå på tvers av viktige verdier i samfunnet som menneskeverd, likeverd og ikke-diskriminering, og det kan oppleves som diskriminerende og stigmatiserende for dem som lever med tilstanden.

### ***Likebehandles de berørte partene?***

Flere høringsinstanser var med på at forslaget kunne fremme likebehandling ved å kompensere for at det i enkelte områder mangler private tilbydere av NIPT. Noen innsendere innvendte imidlertid at tilbudet likevel kan oppleves som forskjellsbehandling, ettersom prisene trolig vil variere sykehusene imellom på grunn av varierende kostnader kombinert med kravet om markedsmessig avkastning. En innvending som hvilte på et mer strukturelt fundament, var at forslaget har en sosioøkonomisk slagside; det skapes et skille mellom de som har råd og de som ikke har råd til tjenesten. Samtidig kan det være betenkelig at de som har råd til å kjøpe testen, i realiteten bidrar til å finansiere utbredelsen av NIPT til samtlige gravide, bemerket en annen innsender. Prinsipielt fant en høringsinstans det påfallende at pasientbetaling utover ordinære egenandeler er forbeholdt reproduksjonsfeltet. I et annet høringssvar ble selve prioriteringen av NIPT trukket frem som suspekt; det er mange helsetilbud (med medisinsk indikasjon) som kunne ha blitt bedre og fått mindre geografisk variasjon om pasientene var med å finansiere det i form av egenbetalte tilleggstjenester. Videre omhandlet en del argumenter i høringsdokumentene selve konkurranseforholdene mellom private og offentlige aktører, om hvorvidt disse ville bli jevnbyrdige og rettferdige.

### ***Effektivitet og mulige bivirkninger***

Mens flere høringssvar støttet opp under at forslaget kunne fungere geografisk utjevne på tilbudet, fremholdt andre at så trolig ikke ville være tilfellet siden helseforetakene ikke ville være pliktige til å selge NIPT. En høringsinstans var til og med bekymret for at utfallet kunne bli *økte* geografiske forskjeller; kapasiteten i distriktene er allerede under press og det er mer sannsynlig at salg av NIPT vil foregå på de større sykehusene. For de som mente at forslaget ville stagge at helsepersonell går over til private helseaktører, ble det vist til at det er nødvendig med en ultralydundersøkelse i samband med NIPT, og reduseres etterspørselen etter NIPT hos de private tilbyderne, reduseres også behovet deres for leger og jordmødre med ultralydkompetanse. Noen innsendere mente imidlertid at tilsvarende effekt kunne oppnås med moderat eller ingen egenbetaling, noe som også ville ha fjernet de administrative og sosiale utfordringene med forslaget, og et par høringsinstanser bemerket også at grunnen til at helsepersonell forlater offentlig tjeneste trolig handler om arbeidsforhold og betingelser som ikke blir løst ved å

flytte det private markedet inn på offentlige sykehus. Andre argumenter i kategorien handlet om hvorvidt kvaliteten på helsetilbudet ville bli bedre eller ei på offentlige sykehus, om prisen på testen eller innholdet i den er viktigst for etterspørselen og om forslaget tar ressurser fra andre helsetjenester i det offentlige, eller om det gir stordriftsfordeler.

### ***Potensielt press i mange fasetter***

En bekymring flere høringsinstanser var inne på, var at forslaget kunne oppfattes som en anbefaling, og følgelig føre til at noen kvinner kjøper NIPT på grunn av at de blir tilbudt det, ikke fordi de opprinnelig ønsket eller så behovet for å ta testen. I forlengelsen pekte noen innsendere på at om testen oppleves normativ, som noe de *burde* gjøre for å være en god forelder, vil dette kunne gjøre det vanskelig å takke nei. Samtidig kan et positivt testresultat føre til et slags press til å ta abort også før videre undersøkelser igangsettes, hevdet en annen innsender, sett i lys av at gravide under 35 år har økt sannsynlighet for falskt positive testsvar. En høringsinstans mente at forslaget sender ut signaler om at du bør ta testen og at abort er tilrådelig ved positive funn. En innsender pekte også på at det er viktig at helsepersonell ikke selger inn testen og påfører pasientene unødvendige utgifter, mens en annen høringsinstans mente at en regulert offentlig pris på NIPT kunne demme opp for et press om å skulle betale (det innsenderen anså som) uforholdsmessige høye priser hos enkelte private tilbydere.

### **Diskusjon**

Denne analysen har brakt til torgs et mangfold av argumenter omkring hvorvidt NIPT skal kunne tilbys gravide som ikke har medisinsk indikasjon for å ta testen, på norske offentlige sykehus, om de er villige til å betale markedsprisen for den. En gjennomgangstone i høringssvarene var at mange mente de prinsipielle sidene ved forslaget ikke ble tatt høyde for i høringsnotatet, i den forstand at salg av NIPT på offentlige sykehus ble oppfattet som å representere et prinsipielt linjeskifte i norsk helsepolitikk. På den andre siden var det uenighet blant innsenderne om hvorvidt forslaget ville resultere i likere tilgang til NIPT rundt om i landet og om det var et virksomt og hensiktsmessig tiltak for å beholde helsepersonell i offentlig tjeneste. Et interessant trekk var at det var bred motstand mot forslaget både fra private og offentlige aktører, og at de som var positive til forslaget fortrinnsvis tilhørte dem som skulle selge NIPT (altså helseforetakene selv). Videre spente argumentene i datamaterialet fra synspunkter om NIPT i praksis ville bli økonomisk tilgjengelig for de fleste gravide under 35 år, om forslaget kunne gi sykehusene perverse insentiver til å prioritere kommersiell drift, om hvorvidt det var rettferdig innrettet for berørte parter, inkludert andre pasienter – til mulige effekter og bieffekter det kunne bringe med seg av både positiv og negativ valør. En del argumenter målbar også en bekymring for om et tilbud om å kjøpe NIPT i offentlig regi kunne oppleves

som et press mot gravide for å skulle teste seg. I det følgende vil jeg diskutere noen av hovedfunnene fra analysen som berører begrunnelsene for å innføre forslaget.

Først og fremst var det en slående kontrast mellom høringsnotatets pragmatiske og praktisk-orienterte beskrivelse av formålene med forslaget og mange høringsssvars bekymring for de prinsipielle utfordringene med og følgeeffektene av å gi sykehusene mulighet til å selge NIPT til gravide uten indikasjon for å teste seg. Selv om det også ble reist mange innvendinger mot hvorvidt forslaget faktisk ville føre til likere tilgang til NIPT rundt om i landet og om det utgjør riktig medisin for å hindre at helsepersonell går over til private tilbydere, var den gjennomgående responsen i høringssvarene at det er betenkelig å tillate handelslogikk og kommersiell virksomhet inne på offentlige sykehus. Bekymringen gikk i hovedsak ut på at slik virksomhet ligger utenfor den offentlige helsetjenestens mandat og kan i tillegg brukes som brekkstang til å innføre lignende ordninger for andre undersøkelser og behandlinger i offentlig regi. Flere pekte også på at dersom ordningen innføres, gir den (direkte) økonomisk ulikhet innenfor sykehusets vegger. En slik bekymring for at egenandeler eller egenbetaling knyttet til NIPT vil gi ulik tilgang på grunn av økonomi finner gjenklang i litteraturen (Allyse et al, 2015; Bakkeren et al., 2020; Bunnik et al., 2020a; Glad, 2022; Löwy, 2022). Tilleggsdimensjonen i høringsforslaget var hvorvidt kommersiell virksomhet av «unødvendig helsehjelp» (som det ikke er medisinsk indikasjon for) skal bedrives innenfor en offentlig finansiert helsetjeneste.

Mer kritisk kan det anføres, i tråd med en av høringsinstansenes innspill, at formålene som ble listet opp i høringsnotatet, er såpass dårlig underbygget, slik at det opprinnelige formålet med forslaget kan fremstå uklart. På den ene siden kan det handle om at regjeringen ikke tok høyde for de prinsipielle sidene med forslaget og at det dermed ikke var grundig nok utredet før det ble sendt på høring. På den andre siden kan det spekuleres i hvorvidt forslaget kan ha vært ment å fungere som en testballong for innføring av lignende ordninger i en presset offentlig helsetjenestene, da vel vitende om linjeskiftet i helsepolitikken dette ville medføre, men uten *eksplisitte* drøftelser av de prinsipielle sidene med forslaget. At regjeringen nå drøye to år etter høringen om NIPT har foreslått å fjerne refusjonen til laboratorieanalyser rekvirert fra helprivate behandlere og tillate offentlige sykehus å tilby også slike laboratorietjenester mot full betaling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025), gir i alle fall ikke mindre grobunn for denne spekulasjonen.

En videre observasjon er at mens de private tilbyderne av helsetjenester var negative til forslaget om å tillate salg av NIPT på offentlige sykehus, var derimot en produsent av testen som avga høringsssvar, overveldende positiv til både forslaget som sådan og utvidet bruk av NIPT til dem under 35 år generelt. Fra et økonomisk perspektiv fører forslaget til at produsentene av testene vil tjene mer penger på salg også i offentlig regi mens private virksomheter som tilbyr fosterdiagnostikk, vil

tjene mindre. Følgelig ligger det økonomiske interesser under overflaten som har fått lite eller ingen oppmerksomhet i høringsnotatet og debatten rundt det, foruten forutsetningen om at sykehusene skal få inn en «markedsmessig avkastning» på salget av NIPT for å etterleve reglene om statsstøtte i EØS-avtalen (Helse- og omsorgsdepartementet & Finansdepartementet, 2023b, s. 9–12).

Samtidig anførte en av innsenderne at det er påfallende at slik egenbetaling nesten utelukkende er innført innenfor reproduksjonsfeltet. Foruten for tannlegetjenester, som er organisert på en annen måte enn andre helsetjenester i Norge, er det etablert tilsvarende betalingsordninger for sterilisering, assistert befruktning og legemidler ved infertilitetsbehandling (Helsedirektoratet, 2025b; Pasientbetalingsforskriften, 2016). I forbindelse med fosterdiagnostikk (men også ufrivillig barnløshet) er det interessant hvorvidt tjenesten er ment å forebygge sykdom og lidelse, at den er en *helsetjeneste*, eller om den heller kan plasseres i en annen kategori, slik som en sosial- eller velferdstjeneste (Hofmann, 2014; Hofmann et al., 2021, s. 139). I den sammenheng har det blitt argumentert at NIPT ikke nødvendigvis trenger å betraktes som en helsetjeneste og vurderes ut fra tradisjonell medisinsk nytteverdi, men heller kan rettferdiggjøres i en offentlig finansiert helsetjeneste ved at den fremmer reprodutiv autonomi (Eggebo, 2025; Bunnik et al., 2020b; Salvesen et al., 2022; Schmitz, 2020).

Følgelig er det sannsynlig at forslaget fra myndighetenes side handlet mer om reprodutiv autonomi enn om medisinsk nytteverdi, selv om det også ble hevdet i høringsnotatet at forslaget kunne gi gravide et bedre helsetilbud. Dersom NIPT skiller seg fra andre helsetjenester ved at det er informasjonen den frembringer som verdsettes, gjennom relevansen den kan ha for det videre livet til kvinnen og eventuelt partneren (men også for fosteret), vil forslaget kanskje ikke skape presedens på samme måte som om det gjaldt helsetjenester vurdert ut fra ordinære medisinske kriterier. Imidlertid finnes det også andre (genetiske) undersøkelser som kan gi relevant informasjon til pasienten, uten å ha medisinsk nytteverdi, noe som kan skape forventinger til flere slike betalingstjenester.

Ett av argumentene i høringsrunden som kan tolkes dithen at det var selvbestemmelsen over egen reproduksjon som satt i høysetet, var det at prisen i seg selv kan tenkes å gi en bedre beslutningskvalitet. Idéen som noen av høringsinstansene målbar, var at en moderat kostnad signaliserer til den gravide at tilbudet om NIPT i samband med tidlig ultralyd ikke uten videre skal godtas; det må personlig vurderes av den enkelte (se også Bakkeren et al., 2020). Til dette har det blitt anført at reprodutiv autonomi handler like mye om å ha reell tilgang, uten å bli påvirket den ene eller andre veien av kostnadene for å ta testen (Bunnik et al., 2020a), og at et informert samtykke heller bør oppnås basert på avbalansert informasjon, men verdibasert veiledning (Bunnik et al., 2020a; Magelssen et al., 2022). I denne sammenhengen er det interessant at en norsk studie nylig fant at 76,2 % av de 1200 gravide kvinnene under 35 år som ble spurt, støttet et tilbud om NIPT

til alle gravide gjennom det offentlige helsevesenet, hvorav igjen 86 % mente NIPT burde tilbys gratis (Nordklev et al., 2025). Like fullt kan ikke ønsket om å fremme reproduktiv autonomi fortelle hele historien om myndighetenes beveggrunn for høringsforslaget; ett av de to hovedformålene handlet om å holde helsepersonell i offentlig tjeneste, altså et instrumentelt formål som siktet på systemnivå.

### ***Metodiske styrker og svakheter***

En studie som denne har naturligvis metodiske begrensninger, samtidig som fremgangsmåten også har styrker. For det første gjør det konseptuelle rammeverket som er benyttet, at datamaterialet betraktes fra en bestemt synsvinkel, noe som betyr at nyanser og vinklinger i dokumentene kan ha blitt oversett (Nilsen, 2015). På den andre siden gir denne fremgangsmåten transparens i hvordan innholdet er blitt kategorisert (Hsieh & Shannon, 2005), og den kan også kaste lys over særtrekk ved datamaterialet som ikke hadde kommet frem uten bruken av rammeverket (Braun & Clarke, 2006). For det andre er høringsdokumenter en særegen type data, som hverken er representative for den norske befolkningen eller åpne bidrag inn i debatten; de er derimot rammet inn av et konkret forslag som myndighetene har lagt frem. Like fullt gir datamaterialet et mangfold av perspektiver fra ulike høringsinstanser, og de inneholder gjerne både spesifikke og mer generelle betraktninger. Et tredje moment er at datamaterialet kun inneholdt dokumenter ment for offentligheten. Noen ganger kan intensjonen med et politisk forslag tenkes å avvike fra den offisielle beskrivelsen av det (Tvedt, 2024, s. 22–23), og tilgang til andre typer data, slik som interne saksdokumenter eller intervju med politikere og beslutningstakere, kunne potensielt brakt slike forhold frem i lyset.

### **Konklusjon**

Denne studien har kategorisert og konseptualisert en rekke ulike argumenter for og imot forslaget om å skulle gi offentlige sykehus rett til å kreve full pasientbetaling for NIPT av gravide som ikke har medisinsk indikasjon for å ta testen. Et gjennomgående funn i høringsdokumentene var hvordan myndighetene la vekt på praktisk-empiriske argumenter om at forslaget ville gi likere tilgang til NIPT rundt om i landet og bidra til å holde helsepersonell i offentlig tjeneste, mens høringsinstansene pekte på de prinsipielle konsekvensene det ville ha. Forslaget ble oppfattet av mange innsendere som å representere et radikalt linjeskifte i norsk helsepolitikk. Hvorvidt regjeringen ikke hadde tatt høyde for de potensielle følgeeffektene av å tillate privat markedslogikk innenfor de offentlige sykehusdørene, eller om den la frem forslaget som en testballong for å innføre lignende løsninger, blir stående som et åpent spørsmål fra denne analysen. En annen mulighet er at den mente NIPT skiller seg fra andre helsetjenester og at forslaget dermed ikke ville skape presedens for lignende betalingsløsninger i den offentlige helsetjenesten. Uansett har analysen som er gjennomført, fått frem en rekke ulike typer argumenter, samt interessante nyanser av disse, som er relevante både for

denne spesifikke debatten og bruken av lignende betalingsløsninger innenfor helsefeltet generelt.

## Takk

Takk til deltakerne på et seminar i regi av ETHME-prosjektet [Etikk og mortalitetsmål/The Ethics of Mortality Measurement] ved Universitetet i Oslo den 17. juni 2025, der jeg presenterte manuskriptet og fikk flere interessante og konstruktive kommentarer til det. Takk også til tre fagfeller for deres viktige og nyttige kommentarer.

## Litteratur

- Alberry, M.S., Aziz, E., Ahmed, S.R. & Abdel-fattah, S. (2021). Non invasive prenatal testing (NIPT) for common aneuploidies and beyond. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 258, 424–429. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.01.008>
- Allyse, M., Minear, M., Rote, M., Hung, A., Chandrasekharan, S., Berson, E. & Sridhar, S. (2015). Non-invasive prenatal testing: a review of international implementation and challenges. *International Journal of Women's Health*, 7, 113–126. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S67124>
- Bakkeren, I.M., Kater-Kuipers, A., Bunnik, E.M., Go, A.T.J.I., Tibben, A., de Beaufort, I.D., Galjaard, R.H. & Riedijk, S.R. (2020). Implementing non-invasive prenatal testing (NIPT) in the Netherlands: an interview study exploring opinions about and experiences with societal pressure, reimbursement, and an expanding scope. *Journal of Genetic Counseling*, 29(1), 112–121. <https://doi.org/10.1002/jgc4.1188>
- Baldus, M. (2023). “Overestimated technology – underestimated consequences” – reflections on risks, ethical conflicts, and social disparities in the handling of non-invasive prenatal tests (NIPTs). *Medicine, Health Care and Philosophy*, 26(2), 271–282. <https://doi.org/10.1007/s11019-023-10143-1>
- Bowen, G.A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Bowman-Smart, H., Gyngell, C., Mand, C., Amor, D.J., Delatycki, M.B. & Savulescu, J. (2023). Non-Invasive Prenatal Testing for “Non-Medical” Traits: Ensuring Consistency in Ethical Decision-Making. *American Journal of Bioethics*, 23(3), 3–20. <https://doi.org/10.1080/15265161.2021.1996659>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. SAGE.
- Bunnik, E.M., Kater-Kuipers, A., Galjaard, R.J.H. & de Beaufort, I.D. (2020a). Should pregnant women be charged for non-invasive prenatal screening? Implications for reproductive autonomy and equal access. *Journal of*

- Medical Ethics*, 46(3), 194–8. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105675>
- Bunnik, E.M., Kater-Kuipers, A., Galjaard, R.J.H. & de Beaufort, I. (2020b). Why NIPT should be publicly funded. *Journal of Medical Ethics*, 46(11), 783–4. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106218>
- Claesen, Z., Crombag, N., Henneman, L., Vermeesch, J.R. & Borry, P. (2023). Expanded Non-invasive Prenatal Testing (NIPT): Can the Child’s Right to an Open Future Help Set the Scope? *Journal of Bioethical Inquiry*, 20(1), 41–49. <https://doi.org/10.1007/s11673-022-10222-7>
- Conner, P., Gustafsson, S. & Kublickas, M. (2015). First trimester contingent testing with either nuchal translucency or cell-free DNA. Cost efficiency and the role of ultrasound dating. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(4), 368–375. <https://doi.org/10.1111/aogs.12579>
- Eggebo, T.M. (2020). Non-invasiv prenatal test (NIPT). *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 140 (9). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0145>
- Eggebo, T.M. (2025). Hvorfor har vi en aldersgrense for gratis NIPT-test? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 145 (16). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.25.0668>
- Finlay, L. (2002). “Outing” the researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531–545. <https://doi.org/10.1177/104973202129120052>
- Fystro, J.R. (2023). Fra samstemt altruisme til motstridende feminisme: en analyse av høringen om kompensasjon for eggdonasjon. *Etikk i praksis – Nord J Appl Ethics*, 17(2), 7–22. <https://doi.org/10.5324/eip.v17i2.5016>
- Fystro, J.R. & Feiring, E. (2023). Mapping out the arguments for and against patient non-attendance fees in healthcare: an analysis of public consultation documents. *Journal of Medical Ethics*, 49(12), 844–849. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108856>
- Gadsbøll, K., Petersen, O.B., Gatinois, V., Strange, H., Jacobsson, B., Wapner, R., Vermeesch, J.R., The NIPT-map Study Group & Vogel, I. (2020). Current use of noninvasive prenatal testing in Europe, Australia and the USA: a graphical presentation. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(6), 722–730. <https://doi.org/10.1111/aogs.13841>
- Gil, M.M., Accurti, V., Santacruz, B., Plana, M.N. & Nicolaides, K.H. (2017). Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for aneuploidies: updated meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 50(3), 302–314. <https://doi.org/10.1002/uog.17484>
- Glad, R. (2022). Fosterdiagnostikk – for alle? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 142(8), 668. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0273>
- Grant, R.W. (2006). Ethics and incentives: a political approach. *American Political Science Review*, 100(1), 29–39. <https://doi.org/10.1017/S0003055406061983>
- Grant, R.W. (2012). *Strings attached: untangling the ethics of incentives*. Princeton University Press.

- Grant, R.W. (2015). Rethinking the ethics of incentives. *Journal of Economic Methodology*, 22(3), 354–72.  
<https://doi.org/10.1080/1350178X.2015.1071506>
- Helsedirektoratet. (2020). *Forslag til organisering og innføring av tilbud om NIPT og ultralydundersøkelser i første trimester: Helsedirektoratets svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet etter Stortingets behandling av prop. 34 L. (2019–2020) Endringer i bioteknologiloven mv.* [Fosterdiagnostikk - informasjon om regelverk, virksomhetsgodkjenning og oversikt over godkjente virksomheter - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet. (2025a, 3. mars). *Fosterdiagnostikk – informasjon om regelverk, virksomhetsgodkjenning og oversikt over godkjente virksomheter.* [Fosterdiagnostikk - informasjon om regelverk, virksomhetsgodkjenning og oversikt over godkjente virksomheter - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet. (2025b, 14. april). *Egenandeler og pasientbetaling ved poliklinisk helsehjelp.* <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/andre-finansieringsordninger/egenandeler-og-pasientbetaling-ved-poliklinisk-helsehjelp>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Endring av vilkår for bruk av Non-invasive prenatal testing (NIPT).* [Fosterdiagnostikk - informasjon om regelverk, virksomhetsgodkjenning og oversikt over godkjente virksomheter - Helsedirektoratet](#)
- Helse- og omsorgsdepartementet & Finansdepartementet. (2023a). Høringsbrev: Høring av forslag til endringer i pasientbetalingsforskriften, skatteloven og skattelovforskriften vedrørende helseforetaks tilbud om NIPT. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-forslag-til-endringer-i-pasientbetalingsforskriften-skatteloven-og-skattelovforskriften-vedrorende-helseforetaks-tilbud-om-nipt/id3012984/?expand=horingsbrev>
- Helse- og omsorgsdepartementet & Finansdepartementet. (2023b) Høringsnotat: Forslag til endringer i pasientbetalingsforskriften, skatteloven og skattelovforskriften: Endringer som gir helseforetak anledning til å kreve egenbetaling for non-invasiv prenatal test (NIPT) til gravide som er under 35 år ved termin og ikke har andre indikasjoner for fosterdiagnostikk, og innføring av skatteplikt for offentlige helseforetaks salg av slike tjenester. <https://www.regjeringen.no/contentassets/9f004c300c8d4a3bab219632b4c5a08d/nipt-horingsnotat.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). Høringsnotat om å avvikle refusjon for laboratorieanalyser rekvirert av helprivate behandlere som ikke har avtale med det offentlige: Forslag til endringer i folketrygdloven, spesialisthelsetjenesteloven og forskrifter. <https://www.regjeringen.no/contentassets/666bef39e2ef40b1a558c586ae7c31e3/horingsnotat-laboratorierefusjon.pdf>
- Hofmann, B. (2014). Etske utfordringer med non-invasive prenatale tester (NIPT). *Etikk i praksis – Nord J Appl Ethics*, 20(1), 67–87.  
<https://doi.org/10.5324/eip.v8i1.1804>

- Hofmann, B., Oftestad, E.A. & Magelssen, M. (2021). *Hva vil vi med fosterdiagnostikken? Fosterdiagnostikkens etikk*. Cappelen Damm Akademisk.
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288.  
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Innst. 296 L (2019–2020). *Innstilling for helse- og omsorgskomiteen om Endringer i bioteknologiloven mv*. Helse- og omsorgskomiteen.  
<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2019-2020/inns-201920-296l.pdf>
- Iwarsson, E. & Conner, P. (2020). Detection rates and residual risk for a postnatal diagnosis of an atypical chromosome aberration following combined first-trimester screening. *Prenatal Diagnosis*, 40(7), 852–859.  
<https://doi.org/10.1002/pd.5698>
- Kater-Kuipers, A., de Beaufort, I.D., Galjaard, R.-J.H. & Bunnik, E.M. (2018). Ethics of routine: a critical analysis of the concept of ‘routinisation’ in prenatal screening. *Journal of Medical Ethics*, 44(9), 626–631.  
<https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104729>
- Levold, N., Svingen, M. & Bruholt, I. (2021). Fosterdiagnostikk mellom medisin og etikk: implementering av NIPT-testen i et urolig politikkområde. *Etikk i praksis – Nordic Journal of Applied Ethics*, 15(1), 5–24.  
<https://doi.org/10.5324/eip.v15i1.3816>
- Löwy, I. (2022). Non-invasive prenatal testing: A diagnostic innovation shaped by commercial interests and the regulation conundrum. *Social Science & Medicine*, 304, 113064–113064.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113064>
- Magelssen, M., Pahle, A., Swensen, E. & Østborg, T.B. (2022). Etisk berøringsangst i fosterdiagnostikken. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 142(12), 1044–1045.  
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0466>
- Magelssen, M., Solberg, B., Supphellen, M. & Haugen, G. (2018). Attitudes to prenatal screening among Norwegian citizens: liberality, ambivalence and sensitivity. *BMC Medical Ethics*, 19(1), 80.  
<https://doi.org/10.1186/s12910-018-0319-9>
- Marks, I.R., Mills, C. & Devolder, K. (2024). Unconditional access to non-invasive prenatal testing (NIPT) for adult-onset conditions: a defence. *Journal of Medical Ethics*, 50(2), 102–107. <https://doi.org/10.1136/jme-2023-109070>
- Newson, A.J., Deans, Z., Dive, L. & Holmes, I.C. (2023). Consistency of What? Appropriately Contextualizing Ethical Analysis of Non-Invasive Prenatal Testing. *American Journal of Bioethics*, 23(3), 56–58.  
<https://doi.org/10.1080/15265161.2023.2169402>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

- Nordklev, C.B., Haugen, G., Sande, R.K., Ebbing, C., Skrede, S., Glad, R. & Sitras, V. Holdninger til NIPT-test blant gravide under 35 år. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 145(15). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.25.0374>
- Pasientbetalingsforskriften. (2016). *Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta* (FOR-2016-12-20-1848). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-20-1848>
- Perrot, A. & Horn, R. (2023). Preserving women's reproductive autonomy while promoting the rights of people with disabilities?: the case of Heidi Crowter and Maire Lea-Wilson in the light of NIPT debates in England, France and Germany. *Journal of Medical Ethics*, 49(7), 471–473. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107912>
- Prop. 104 S (2023–2024). *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2024*. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/cb226fa0be404e63ab676bb46c477a0d/no/pdfs/prp202320240104000dddpdfs.pdf>
- Salvesen, K.Å.B., Glad, R. & Sitras, V. (2022). Controversies in implementing non-invasive prenatal testing in a public antenatal care program. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 101(6), 577–80. <https://doi.org/10.1111/aogs.14351>
- Saunes, I.S., Durvy, B. & Litvinova, Y. (2024). *Norway: Health system summary 2024*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379919/9789289014380-eng.pdf?sequence=1>
- Schmitz, D. (2020). Why public funding for non-invasive prenatal testing (NIPT) might still be wrong: a response to Bunnik and colleagues. *Journal of Medical Ethics*, 46(11), 781–2. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105885>
- Slagstad, K.all & Hofmann, B. (2017). Ny fostertest ble svaret, men hva var spørsmålet? *Nytt Norsk Tidsskrift*, 34(2), 150–164. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3053-2017-02-04>
- Stuvøy, I., Kirpichenko, M., Kristensen, G.K., Lie, M. & Moratti, S. (2021). Bioteknologiske fremtider. Refleksjoner over endringene i bioteknologiloven fra et kjønnsperspektiv. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 45(2–3), 120–126. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2021-02-03-05>
- Sørensen, I.W., Glad, R., Houge, G., Blomhoff, A., Haug, M.G. & Steen, V.M. (2021). Mer treffsikker fosterdiagnostikk. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0424>
- Tvedt, T. (2024). *Norske tenkemåter: tekster 2016–2024*. Aschehoug.
- Uldbjerg, N. (2018). No-call non-invasive prenatal testing gives important information. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(7), 856–856. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15101>
- Utredningsinstruksen. (2016). *Instruks om utredning av statlige tiltak* (FOR-2016-02-19-184). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2016-02-19-184>

Ørstavik, R. (2024). Prisen for privatisering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 144. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0232>