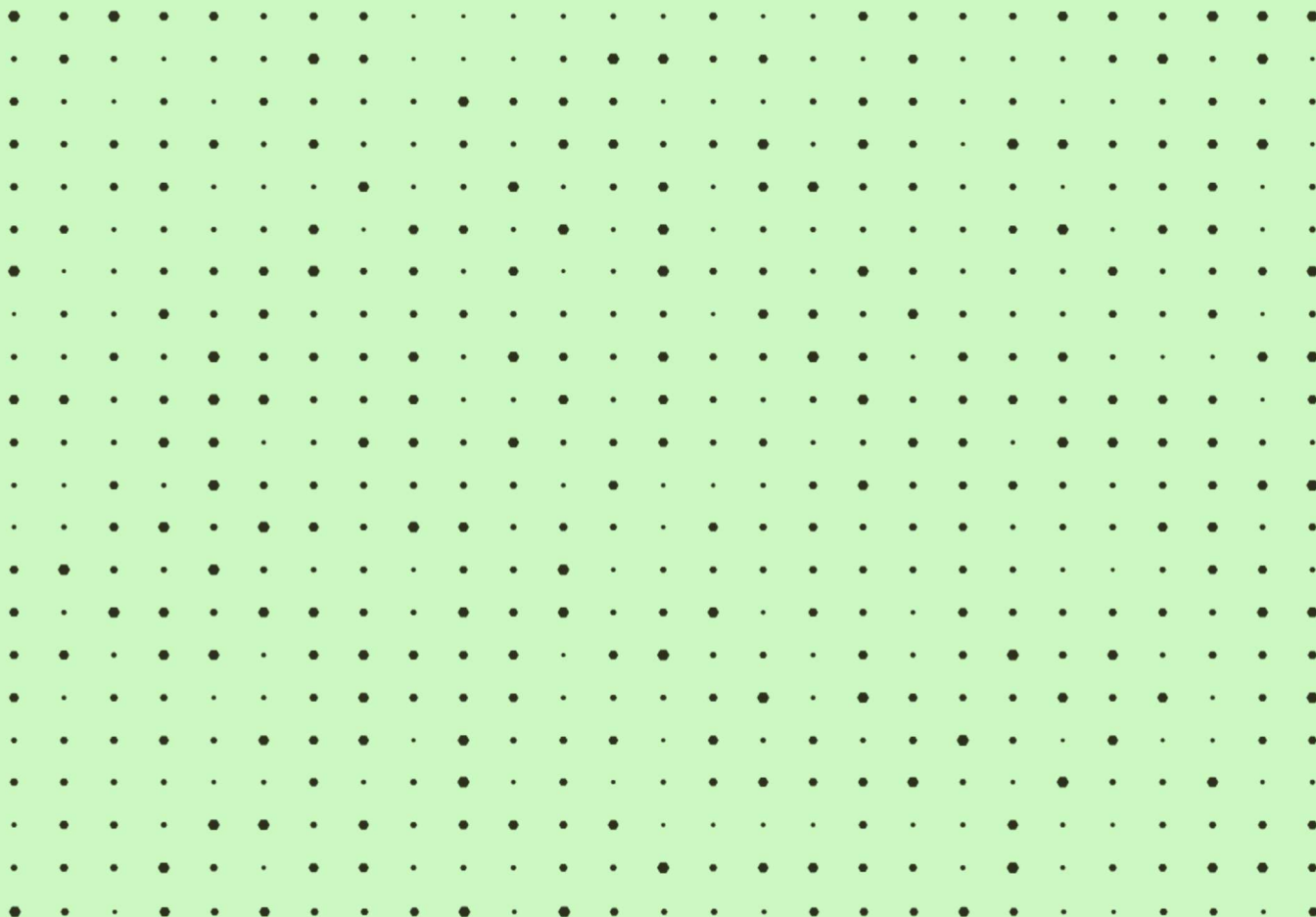


Hurtig utredning: anbefaling om justering av dagens alternativkostnad

Versjon 2

25.02.2026



Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Bakgrunn	3
Fremgangsmåte	3
Forhold som kan tilsi endring av dagens anslag på alternativkostnaden:	3
Konklusjon	4
Forkortelser	6
1. Innledning	7
1.1 Beskrivelse av oppdraget og hva det er begrenset til	7
1.2 Bakgrunn	8
1.3 Alternativkostnad, terskelverdi og betalingsvilje – en begrepsversikt	9
1.4 Hva er anslaget på alternativkostnaden i Norge i dag og hvor kommer dette fra?	10
1.5 Hvilke terskelverdier anvendes i Norge og hvordan har vi fått disse?	10
1.6 Oppsummering	11
2. Hvordan beregne alternativkostnaden.....	13
2.1 Bakgrunn	13
2.2 Ulike metoder	13
2.2.1 Claxton-studien	13
2.2.2 Andre relevante studier	14
2.3 Beregninger av alternativkostnad i Norge	15
3. Terskelverdi og alternativkostnad i andre land	17
3.1 Storbritannia	17
3.2 Canada	17
3.3 Sverige	18
3.4 Nederland	18
3.5 Australia.....	18
3.6 Danmark (Medisinrådet).....	18
3.7 Oppsummering og diskusjon.....	19
4. Grunnlag for kortsiktig justering av alternativkostnaden.....	21
4.1 Hvor sikkert er det opprinnelige estimatet på alternativkostnaden?	21
4.2 Produktivitetsutvikling	21
4.2.1 Aktivitet målt som antall behandlede pasienter og ressursbruk.....	22
4.2.2 Utviklingen av produserte QALY-er i helsetjenesten	24
4.3 Prisutvikling	25
4.4 Andre forhold	25
4.4.1 Økt helsebudsjett.....	25
4.4.2 Sammenheng mellom priser og alternativkostnad.....	25
4.5 Diskusjon	26
5. Konklusjon.....	28
Referanser	29
Vedlegg 1: Innspill fra andre aktører.....	32

Oppsummering av innspill om alternativkostnad i helsesektoren	32
Universitetet i Oslo	34
Universitetet i Bergen	36
Oslo Economics.....	37
Menon Economics	38
AmCham Norway	39
NHO Geneo.....	40
Kreftforeningen	41
Hodepine Norge	43
MS forbundet	45
LHL	46
Epilepsiforbundet.....	48
Koalisjonen for sjeldne sykdommer	51
LMI.....	63
Novartis	70
AstraZeneca	72
Novo Nordisk	75
MSD Norge.....	76
Vedlegg 2. Oppdateringslogg	80

Sammendrag

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt Direktoratet for medisinske produkter (DMP) og Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre en hurtig utredning med mål om å midlertidig justere dagens anslag på alternativkostnaden i helsetjenesten. Hensikten med utredningen er å vurdere om det finnes grunnlag for å justere dagens alternativkostnadsanslag basert på tilgjengelige data om prisvekst og produktivitetsutvikling samt kartlegge internasjonal praksis med hensyn på justering av alternativkostnaden. Denne hurtigutredningen skal inngå som et av underlagene for en større utredning som skal gi et sikrere anslag på alternativkostnaden basert på norske data. Oppdraget er begrenset til å vurdere tilgjengelige data og foreslå en eventuell justering inntil en ny norsk empirisk studie gir et sikrere anslag. Politiske hensyn, økonomiske insentiver og andre prioriteringshensyn som ikke påvirker alternativkostnaden er ikke drøftet.

Alternativkostnad kan defineres som hvor mye helse (målt i kvalitetsjusterte leveår, QALY) som går tapt når ressurser brukes på ett tiltak fremfor et annet. Dette er en viktig størrelse for prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten. Dagens anslag er satt til 275 000 NOK per QALY, basert på en empirisk studie fra helsetjenesten i England (1). Alternativkostnaden er ikke det samme som terskelverdier som angir hvor mye staten er villig til å betale per QALY i en vurdering av om et nytt helsetiltak er kostnadseffektivt. I Norge er terskelverdiene basert på alternativkostnaden og vektet for alvorlighet. Terskelverdiene går fra 275 000 NOK per QALY til 825 000 NOK per QALY ved høy alvorlighet. For særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand er terskelverdiene betydelig høyere enn dette.

Frengangsmåte

DMP har etablert en arbeidsgruppe med representanter fra DMP og Helsedirektoratet. Gruppen har oppsummert internasjonale studier som benytter ulike relevante metoder for å estimere alternativkostnaden og gir en kort diskusjon om utfordringer knyttet til gjennomføring av denne typen analyser i Norge. I tillegg har gruppen hentet informasjon om terskelverdier og alternativkostnader i utvalgte andre land. Videre har gruppen vurdert hvordan ulike faktorer, som prisvekst og produktivitetsendringer, påvirker alternativkostnaden. I forbindelse med utredningen har arbeidsgruppen hatt dialogmøter med en ekstern referansegruppe og gjennomført en åpen innspillsrunde.

Forhold som kan tilsi endring av dagens anslag på alternativkostnaden:

1. Grunnlaget for det opprinnelige anslaget på 275 000 NOK per QALY

Det opprinnelige norske anslaget på 275 000 NOK per QALY er basert på en empirisk studie fra England basert på data fra perioden 2008 – 2010 (1). Her kom man fram til en alternativkostnad på omtrent 13 000 GBP per QALY. En nyere studie fra England med oppdaterte tall fra 2016 og 2017 har gitt estimer på alternativkostnaden som er vesentlig lavere enn det opprinnelige anslaget (2). Studien er basert på tilsvarende metodikk og datagrunnlag. Arbeidsgruppen mener dette er relevant informasjon å ta med inn i vurderingen av en kortsiktig justering av alternativkostnaden i Norge. De oppdaterte tallene indikerer at dagens norske anslag på 275 000 NOK per QALY kan være for høyt.

2. Prisutvikling:

Alternativkostnaden er kostnadene knyttet til de ressursene som er nødvendig for å gi et ekstra godt leveår (QALY) i helsetjenesten. Disse ressursene vil i hovedsak være kapital (bygninger og utstyr), arbeidskraft, medikamenter og forbruksmateriell. Arbeidsgruppen mener deflatoren for de regionale helseforetakene er målet på prisutvikling som best fanger prisutviklingen for disse faktorene. Deflatoren øker omtrent 40 % for perioden 2016 til 2025. Arbeidsgruppen vurderer at prisvekst isolert sett tilsier en økning i alternativkostnaden.

3. Produktivitetsutvikling:

Alternativkostnaden påvirkes av produktiviteten i helsetjenesten (ressursbruk per tjeneste) og av hvor stor grad helsetjenestene gir en helsegevinst (QALY per tjeneste). Hvis helsetjenesten blir mer produktiv og det som produseres gir en økt helsegevinst, vil dette trekke anslaget på alternativkostnaden ned.

Tilgjengelige data på produktivitet i helsetjenesten kan tolkes som endring i aktivitet. Ifølge Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (TBU-s) var det noe mindre tjenesteproduksjon for somatiske tjenester i 2024 enn i 2016. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusomsorg er det større usikkerhet, men TBU-s anslår uendret produktivitet fra 2019 til 2024. Basert på dette vurderer arbeidsgruppen at det ikke er grunnlag for å justere alternativkostnaden for produktivitetssendringer i tjenesteproduksjon etter 2015.

Produktivitet vil imidlertid ikke kun avhenge av endring i aktivitet, men også av endringen i produksjonen av gode leveår (QALY-er) per tjeneste, dvs. økt helsegevinst. Økt helsegevinst kan for eksempel komme som følge av nye medisinske produkter, forbedrede prosedyrer/retningslinjer, organisering av tjenesten, teknologiske fremskritt og økt forventet levealder i befolkningen. Dette vil kunne medføre at behandlingene over tid blir mer effektive og dermed også gir større helsegevinster. Arbeidsgruppen vurderer at det er grunn til å tro at produktiviteten målt som QALY per tjeneste har økt etter 2015. Det finnes imidlertid ikke gode tall på hvor mange QALY-er som faktisk produseres i helsetjenesten og en eventuell produktivitetsøkning kan derfor ikke tallfestes.

4. Endring i helsebudsjetter

Alt annet likt, vil en økning i helsebudsjettene gi rom for flere, men trolig mindre kostnadseffektive tjenester. Realvekst i helsebudsjettene vil derfor trekke i retning av at alternativkostnaden øker. Samtidig vil endring i befolkningens størrelse og sammensetning gi behov for økte ressurser. TBU-s har anslått realveksten i spesialisthelsetjenesten i perioden 2015 til 2026. Hensyntatt økt behov knyttet til demografi er realveksten nær null. Arbeidsgruppens vurdering er derfor at endring i helsebudsjettene ikke gir grunnlag for å endre alternativkostnaden.

Internasjonal praksis

Vår kartlegging viser at Norge opererer med terskelverdier som er på nivå med andre land vi typisk sammenligner oss med. England har nylig økt sine terskelverdier basert på en politisk forhandling. Utenom dette har ingen av myndighetene i landene vi har undersøkt endret på terskelverdiene de siste årene. For de fleste landene ligger alternativkostnaden lavere enn terskelverdiene.

Konklusjon

Arbeidsgruppen konkluderer med at det ikke finnes tilstrekkelig grunnlag for en midlertidig justering av alternativkostnaden. Dette begrunner vi slik:

En vurdering basert på prisutviklingen alene tilsier at alternativkostnaden bør justeres opp. Det synes dessuten ikke å ha vært en vekst i produktivitet i tjenesteproduksjonen som motvirker prisveksten. Arbeidsgruppen vurderer det imidlertid som sannsynlig at produktiviteten målt som helsegevinst (QALY) per tjeneste har økt, men mangler grunnlag for å tallfeste dette. Realveksten i budsjettene har vært ubetydelig og arbeidsgruppen vurderer at dette ikke har betydning for alternativkostnaden.

Det opprinnelige anslaget på 275 000 NOK per QALY er basert på estimer fra en empirisk studie fra England for årene 2008-2010. Når en oppdatert studie fra årene 2015-2016, som benytter sammenliknbart datagrunnlag og metodikk gir et betydelig lavere anslag på alternativkostnaden mener arbeidsgruppen dette bør tillegges vekt i en vurdering av en *kortsiktig justering* av alternativkostnaden i Norge. Dersom dette resultatet overføres til Norge tilsier det at dagens alternativkostnad, selv etter full justering for prisvekst ligger lavere enn 275 000 NOK per QALY.

Konsekvensene av å endre anslaget på alternativkostnaden kan innebære omfattende omprioriteringer innenfor helsetjenesten. En endring på anslaget på alternativkostnaden og terskelverdiene vil føre til at andre pasientbehandlinger kan bli fortrent. En beslutning som vil kunne ha betydelige konsekvenser for pasienter og helsetjeneste bør, etter arbeidsgruppens vurdering, avvendes inntil en analyse av helsetjenesten i Norge kan gi sikrere anslag på alternativkostnaden.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor at man beholder dagens anslag på alternativkostnad fram til det foreligger resultater fra en norsk empirisk studie som tilfredsstillende faglige krav til kvalitet, relevans og generaliserbarhet.

Den eksterne referansegruppen slutter seg til arbeidsgruppens vurderinger.

Forkortelser

Forkortelse	Fullstendig navn
APT	Absolutt prognosetap
AWMSG	All Wales Medicines Strategy Group
CDA-AMC	Canada's Drug Agency
DMP	Direktoratet for medisinske produkter
DRG	Diagnoserelatert gruppe
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HTW	Health Technology Wales
IKER	Inkrementell kostnadseffektivitetsratio
KPI	Konsumprisindeks
KS	Kommunesektorens organisasjon
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PBAC	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee
pCPA	Pan-Canadian Pharmaceutical Alliance
QALY	Kvalitetsjusterte leveår
SMC	Scottish Medicines Consortium
TLV	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
VSL	Verdi av et statistisk liv
ZIN	Zorginstituut Nederland

1. Innledning

1.1 Beskrivelse av oppdraget og hva det er begrenset til

Direktoratet for medisinske produkter (DMP) har i samarbeid med Helsedirektoratet fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å gjennomføre en hurtig utredning basert på tilgjengelige data, med mål om å justere dagens alternativkostnad.

Oppdraget fra HOD er som følger:

Direktoratet for medisinske produkter (DMP) skal i samarbeid med Helsedirektoratet gjennomføre en hurtig utredning basert på tilgjengelige data med mål om å justere dagens alternativkostnad for pris- og produktivitetsutvikling inntil det sikrere anslaget er på plass. DMP skal lede arbeidet.

Direktoratene skal kartlegge hvilken justering som kan gjøres på bakgrunn av tilgjengelige data og tydeliggjøre eventuelle manglende data for å justere alternativkostnaden. I utredningen skal direktoratene også kartlegge og beskrive internasjonale erfaringer med å justere alternativkostnaden av relevans for arbeidet i Norge. Det bør vurderes å benytte en ekstern referansegruppe med representanter fra blant annet akademien, de regionale helseforetakene og kommunal sektor.

Hurtigutredningen skal inngå som et av underlagene for den større utredning med å frembringe et sikrere anslag på alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten i Norge, basert på norske data. Direktoratene får i oppdrag å utarbeide et utkast til mandat for et eksternt anbud for å frembringe et sikrere anslag. Direktoratene vil få et eget oppdrag om å sørge for anbudsprosessen for dette. Selve mandatet vil besluttes av Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratene, de regionale helseforetakene, KS og Finansdepartementet vil bli involvert.

DMP har ledet arbeidet med oppdraget som er utredet av en arbeidsgruppe bestående av følgende medlemmer:

- Einar Andreassen, områdedirektør, DMP – Oppdragseier
- Solveig Bryn, seniorrådgiver, DMP
- Vida Hamidi, forsker, DMP
- Kjartan Sælensminde, spesialrådgiver, Helsedirektoratet
- Anna Kristine Opheim, rådgiver, Helsedirektoratet

I forbindelse med oppdraget har arbeidsgruppen hatt dialogmøter med en ekstern referansegruppe bestående av følgende medlemmer¹:

- Mathias Barra, seniorforsker, avdeling for helsetjenesteforskning, Ahus
- Torbjørn Wisløff, professor, avdeling for helsetjenesteforskning, Ahus
- Jon Magnussen, professor i helseøkonomi, NTNU
- Michael Vester, rådgivende lege Nye metoder
- Kristian Samdal, fagrådgiver, Sykehusinnkjøp
- Madli Indseth, fagsjef samhandling helse i KS
- Martin Fjordholm, spesialrådgiver, KS

¹DMP har forespurt RHF-ene og Sykehusinnkjøp om forslag til aktuelle kandidater til referansegruppen, hvor Michael Vester og Kristian Samdal ble pekt ut. Videre er deltagerne fra kommunal sektor valgt fra KS. For medlemmene rekruttert fra akademien, valgte vi personer med kompetanse innenfor helseøkonomi, særlig alternativkostnad. Det var viktig å avgrense gruppen slik at personer som ville være inhabile i den større utredningen av alternativkostnaden, ikke deltok. Merk at Hans Olav Melberg opprinnelig var med i referansegruppen, men trakk seg i fare for å være inhabil i forbindelse med den større utredningen.

Referansegruppen har bidratt med innspill til viktige momenter, svart ut faglige problemstillinger samt hatt muligheten til å gjennomlese og kommentere på rapporten. Vurderingene og anbefalingene som er presentert i rapporten er omforent av samtlige av deltagerne i arbeidsgruppen og referansegruppen.

DMP har også hatt en åpen innspillsrunde for å sikre at viktige momenter og synspunkter blir ivaretatt fra øvrige aktører. Innspillene er oppsummert og vist i sin helhet i Vedlegg 1.

Arbeidsgruppen har også hatt dialogmøte med Karl Claxton for utdypning av, og økt forståelse av hans studier om alternativkostnaden, siden dagens anslag for Norge i stor grad tar utgangspunkt i dette arbeidet.

Denne rapporten har besvart oppdraget med hensyn til hva slags justeringer av alternativkostnaden som er faglig forsvarlig på kort sikt. Politiske hensyn, økonomiske insentiver og andre prioriteringsspmål som perspektiv og alvorlighet og andre fordelingshensyn vil ikke bli drøftet. Det vil være relevant å se på alternativkostnaden sett i sammenheng med alvorlighet i den større utredningen.

1.2 Bakgrunn

Prinsippene for prioritering i helsetjenesten er angitt i stortingsmelding (Meld St) 34 (2015-2016) (3) og videreført i Meld St 21 (2024-2025) (4) og vedtatt av Stortinget.

Meld St (2024-2025) beskriver de tre prioriteringskriteriene slik:

- **Nyttekriteriet:** Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/ eller livskvalitet, gjennom å gi økt sannsynlighet for:
 - overlevelse
 - forbedring eller redusert tap av mestring og/ eller fysisk eller psykisk funksjon
 - reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehagVed vurdering av tiltak på gruppenivå skal kvalitetsjusterte leveår (QALY-er) brukes som et uttrykk for måling av nytte i gode leveår.
- **Ressurskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker jo mindre ressurser det legger beslag på. Ressursbruk måles i norske kroner.
- **Alvorlighetskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:
 - risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon
 - graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
 - smerter, fysisk eller psykisk ubehag.Alvorlighet av tilstanden måles som absolutt prognosetap (APT), det vil si mulig tap av framtidige gode leveår som følge av at et vurdert tiltak ikke blir gitt.

På gruppenivå operasjonaliseres kriteriene ressursbruk og nytte gjennom en kostnadseffektivitetsanalyse, som gir en inkrementell kostnadseffektivitetsratio (IKER):

$$IKER = \frac{\text{Kostnader (intervensjon)} - \text{Kostnader (komparator)}}{\text{QALY (intervensjon)} - \text{QALY (komparator)}}$$

Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet. Ved høyere alvorlighet eller økt nytte kan høyere ressursbruk aksepteres. Hensikten med rammene for, og operasjonaliseringen av prioriteringskriteriene er at like saker behandles likt uavhengig av sykdom.

1.3 Alternativkostnad, terskelverdi og betalingsvilje – en begrepsoversikt

Meld St 21 (2024-2025) fastslår at *alternativkostnaden* skal legges til grunn når det offentlige skal vurdere eventuell finansiering av et nytt tiltak på gruppenivå.

Alternativkostnad kan defineres som hvor mye helse som går tapt når ressurser brukes på ett tiltak fremfor et annet. Meldingen beskriver alternativkostnaden slik: «På samme måte som nye tiltak gir en gevinst for mottakerne, vil tiltakene som fortregnes, innebære et tap av helse for de som ellers ville ha mottatt tiltakene. Det er dette tapet av helse som vil representere alternativkostnaden ved et nytt tiltak. Et tiltak på gruppenivå bør derfor vurderes opp mot alternativkostnaden av tiltaket, det vil si nytten for andre som ellers kunne vært realisert med de samme ressursene. Hvis et enkelt tiltak legger beslag på svært mye ressurser for å oppnå en gitt nytte, vil alternativkostnaden kunne gjøre at man får et helsetap for befolkningen sett under ett.»

En terskelverdi er et uttrykk for det kronebeløpet staten er villig til å betale for å oppnå ett kvalitetsjustert leveår (QALY) når det vurderes å innføre et nytt tiltak i helsetjenesten. Terskelverdien(e) gir grunnlag for å vurdere hvilke tiltak som er kostnadseffektive. Dersom terskelverdien settes lik alternativkostnaden vil dette samsvare med en målsetting om å maksimere antall kvalitetsjusterte leveår («mest mulig helse per krone»), med andre ord en ren effektivitetsvurdering. Det nye tiltaket må da være minst like effektivt som det tiltaket som fortregnes. Terskelverdier kan, i tillegg til en ren effektivitetsvurdering, også ta hensyn til fordelingshensyn ved å for eksempel vektlegge alvorlighet. I dette tilfellet vil den kunne settes høyere enn alternativkostnaden.

Dersom terskelverdien avviker fra alternativkostnaden, innebærer dette et effektivitetstap. En for høy terskelverdi vil innebære at nye tiltak fortregner flere kvalitetsjusterte leveår enn de gir. En for lav terskelverdi vil innebære at kostnadseffektive tiltak ikke innføres. Et avvik mellom alternativkostnad og terskelverdi må derfor begrunnes, for eksempel ut fra fordelingshensyn.

Betalingsvillighet handler om hvor mye noen er villige til å betale for et produkt eller en tjeneste. På befolkningsnivå kan gjennomsnittlig betalingsvillighet for eksempel måles gjennom spørreundersøkelser der man spør hvor mye folk hypotetisk er villige til å betale for ulike goder. Betalingsvillighet kan også estimeres ved empiriske studier av atferd i faktiske markeder. Betalingsvillighet er også et politisk-normativt uttrykk for hvor mye man, etter en bred politisk avveining om offentlig ressursbruk, kan forsvare å betale for en QALY i den norske helsetjenesten. Derfor blandes ofte begrepet betalingsvilje med terskelverdier. I denne rapporten vil vi videre kun omtale terskelverdier og alternativkostnad.

Verdien av et statistisk liv (VSL), er fastsatt av Finansdepartementet (5) og anvendes i samfunnsøkonomiske analyser i andre sektorer enn i helsesektoren. VSL er utledet av hva befolkningen er villig å betale for en liten reduksjon i risiko for å dø. Den har tradisjonelt gjerne basert seg på analyser av redusert risiko for å dø i trafikkulykker. Helsedirektoratet har i sin temaveileder til utredningsinstruksen (6), der det angis en verdi på et statistisk leveår som kan anvendes når QALY eller DALY (helsetapsjusterte leveår) anbefales anvendt som indikatorer på helseutfall, drøftet i hvilke sammenhenger VSL-avledede verdier på helseenheter kan anvendes. Der konkluderes det med at VSL-avledede verdier er ment for forebyggingstiltak rettet mot "en ellers frisk" befolkning og ikke er relevant å anvende for behandlingstiltak i helsetjenesten. Dette samsvarer med vurderingene i Norheimutvalget. For dette oppdraget, der alternativkostnaden i den norske helsetjenesten er tema, er verken VSL eller VSL-avledede verdier på andre helseenheter relevant å trekke inn.

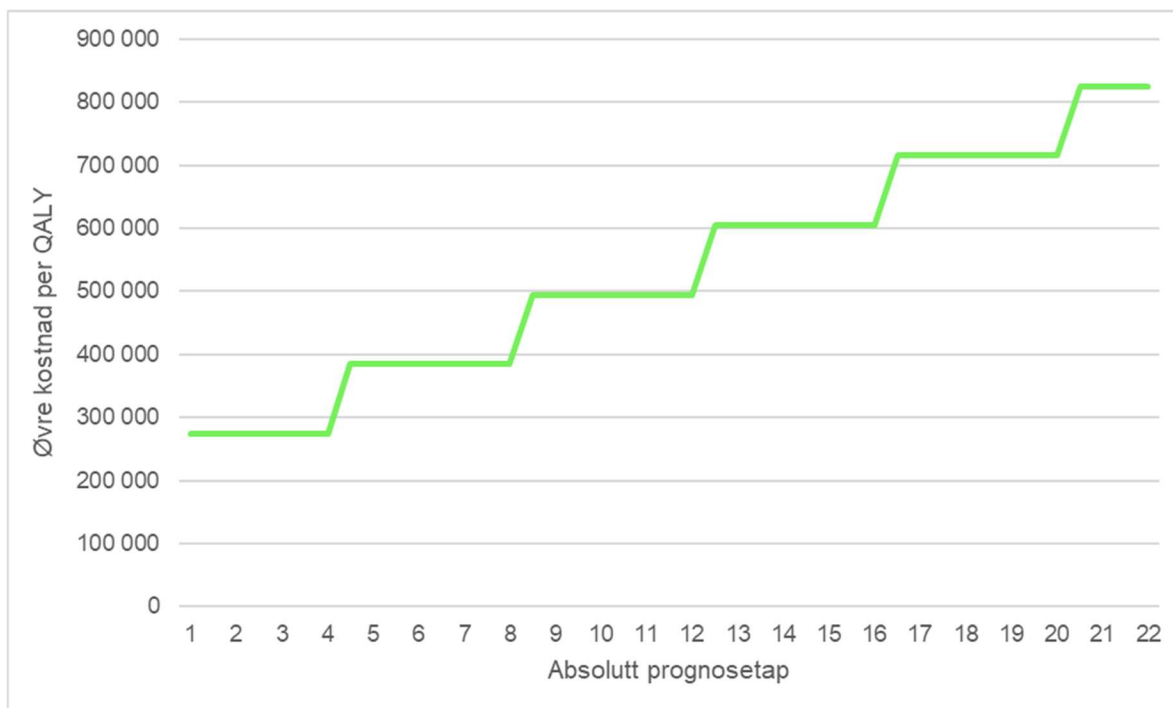
1.4 Hva er anslaget på alternativkostnaden i Norge i dag og hvor kommer dette fra?

I Meld St 34 (2015-2016) ble det anbefalt å legge et anslag på alternativkostnaden til grunn for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå: «... tiltak i helsetjenesten skal vurderes opp mot tiltakets alternativkostnad». Meldingen uttrykte videre at Norheimutvalgets (7) og Magnussengruppens (8) forslag på 275 000 NOK per QALY ble ansett som et rimelig anslag på alternativkostnaden.

Norheimutvalget tok, i sitt anslag på alternativkostnaden, utgangspunkt i et empirisk estimat på effekt av marginale endringer i helsebudsjettet i England på omtrent 13 000 GBP per QALY (1, 9). Helsedirektoratet anslo at dette, overført til norske forhold, ville tilsvare om lag 215 000 NOK per QALY. Norheimutvalget justerte dette ytterligere opp til 275 000 NOK per QALY. Magnussengruppen videreførte anslaget på 275 000 NOK per QALY basert på Norheimutvalgets forslag. Norheimutvalget påpekte at det var usikkerhet knyttet til estimatet fra studien i England og overførbareheten til norske forhold. Følgelig ble det anbefalt av både Norheim og Magnussen at det burde settes i gang et arbeid for å utarbeide et norsk anslag på alternativkostnaden (definert som helsetapet knyttet til de tiltak og helsegevinster som blir fortrent ved marginale endringer i det norske helsebudsjettet). Denne anbefalingen er blitt gjentatt av senere arbeidsgrupper om prioriteringer i helsetjenesten, senest av ekspertgruppen for Perspektiv og prioriteringer (10).

1.5 Hvilke terskelverdier anvendes i Norge og hvordan har vi fått disse?

Meld St 34 (2015-2016) ga altså et anslag på alternativkostnaden på 275 000 NOK per QALY (alternativkostnaden) for hva som kan anses å være effektiv bruk av ressurser for et godt leveår. Videre ble det presisert at ved tilstander av høyere alvorlighetsgrad kan det aksepteres en høyere ressursbruk. Det ble imidlertid ikke spesifisert noen konkrete terskelverdier. I meldingen sluttet man seg imidlertid til Magnussengruppens forslag til operasjonalisering av alvorlighet som absolutt prognosetap (APT). I Meld 34 (2015-2016) ble det ikke vedtatt eksplisitte kostnadsgrenser for innføring av nye metoder i helsetjenesten. I stortingsmeldingen ble det vist til at etablert praksis ga et rimelig uttrykk for samfunnets vektlegging av alvorlighet. Beslutningsforum og DMP (tidligere Statens legemiddelverk) har siden 2016 benyttet seg av Magnussengruppens inndeling av alvorlighet i *Magnussentrappen* som en pekepinn for avveining mellom nytte, ressursbruk og alvorlighetsgrad (8). Magnussentrappen innebærer ulike terskelverdier avhengig av alvorlighet. Terskelverdiene varierer fra 275 000 NOK per QALY til 825 000 NOK per QALY for tiltak rettet mot pasientgrupper med APT på over 20 QALY-er; se figur 1.



Figur 1: Magnussentrappen

Særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand

Ifølge Meld St 34 (2015-2016) kan det aksepteres et lavere krav til dokumentasjon og høyere ressursbruk for enkelte tiltak rettet mot særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand. Det er tre veiledende kriterier for vurdering av om en ny metode er til behandling av en særskilt liten pasientgruppe med svært alvorlig tilstand (11). Disse er

- 1) mindre enn ca. 50 pasienter i Norge og færre enn ca. 1 pasient per 100 000 innbygger globalt per metode,
- 2) alvorlighetsgrad målt i APT som er høyere enn ca. 30 QALY-er og
- 3) betydelig forventet nytte av metoden på minst ca. 2 QALY-er sammenlignet med standard behandling.

I Stortingsmeldingen begrunnes økt prioritet til tiltak rettet mot særskilt små pasientgrupper med at prisen kan være høy fordi det er få å dele utviklingskostnadene på. En økt prioritering av slike metoder kan styrke insentivene til å utvikle medisinske produkter for disse pasientene. Dersom et legemiddel har flere indikasjoner er det det totale antall pasienter for legemiddelet som er relevant for betalingsvilligheten, jf veiledende kriterier for ordningen (11). Ved å gradere terskelverdier etter antall pasienter vil dermed dette argumentet fra Stortingsmeldingen benyttes direkte. Tersklene for særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand er konfidensielle. I tråd med meldingen er tersklene betydelig høyere enn verdiene i Magnussentrappen.

1.6 Oppsummering

I Norge anvender vi en politisk vedtatt prioriteringssystematikk for innføring av nye metoder i den offentlige helsetjenesten. Denne har til hensikt å ivareta både effektiv ressursbruk i produksjon av tjenestene og rettferdig fordeling av tjenestene. Effektiviteten ivaretas ved å ta utgangspunkt i empirisk kunnskap om alternativkostnaden, mens de mer politiske rettferdighetsvurderingene er basert på etiske vurderinger om vekting av alvorlighet fra Norheimutvalget og Magnussengruppen.

Arbeidsgruppen har fått i oppdrag å vurdere om vi, basert på tilgjengelige data, kan justere anslaget på alternativkostnaden inntil et sikrere anslag er på plass. Denne rapporten er derfor begrenset til å kun se på dagens estimat på alternativkostnad, satt til 275 000 NOK per QALY. I dag er anslaget på

alternativkostnaden satt til det nederste trinnet (terskelen) i Magnussentrappen, mens de høyere trinnene (tersklene) er normativt og etisk begrunnet gjennom alvorlighetsprinsippet. Alvorlighetsvektene er med andre ord iboende normative, og regulerer en omfordeling fra grupper med lavere APT til grupper med høyere APT, mens alternativkostnaden er en teknisk størrelse.

Det er verdt å nevne at det i både innspillsrunden og fra referansegruppen ble trukket fram at for å sikre effektiv bruk av helsetjenester bør man se på hvor alternativkostnaden plasseres i Magnussentrappen. Plasseringen av alternativkostnaden vil i stor grad være et empirisk spørsmål relatert til alvorlighetsgraden for de diagnoser som inngår i datagrunnlaget i en empirisk norsk studie.

2. Hvordan beregne alternativkostnaden

2.1 Bakgrunn

Det finnes ulike metodiske tilnærminger for å estimere alternativkostnader. Det er gjennomført en rekke studier internasjonalt. Flere av disse studiene har benyttet forskjellige metoder for å estimere alternativkostnaden, avhengig av kontekst og tilgjengelige data. I denne delen vil vi kort presentere noen av de mest sentrale metodene og forskningsarbeidene som belyser hvordan slike beregninger kan gjennomføres i praksis.

2.2 Ulike metoder

Sampson med flere, 2022 (12) beskriver fire metodiske tilnærminger som brukes internasjonalt for å beregne alternativkostnaden. Metodene reflekterer ulike måter å måle sammenhengen mellom ressursbruk og helsegevinst på og er som følger:

1. *Skyggepris-metoden* estimerer hvor mye helse som går tapt ved å fortrenge det minst kostnadseffektive tiltaket. Metoden er teoretisk godt forankret, men krever svært omfattende og detaljerte data.
2. *Metoden for marginal produktivitet* estimerer hvor mye helse som produseres på marginen, altså hvor mye helsegevinst som oppnås ved en liten ekstra ressursinnsats. Denne type analyser forutsetter høy datakvalitet. Resultatene bygger også på en forutsetning om at det er de minst kostnadseffektive tiltakene som fortrenses. I praksis er dette sjelden tilfelle, noe som kan innebære at de reelle alternativkostnadene undervurderes.
3. *Metoden for gjennomsnittlig fortrenkning* estimerer hvordan helseutfall endres som følge av tidligere observerte budsjettendringer på tvers av regioner eller over tid. Dette gir et mål på den gjennomsnittlige helseeffekten av ressursomfordeling, i motsetning til marginal produktivitet som søker å måle effekten av en liten, marginal endring i utgifter. Metoden stiller mindre krav til datagrunnlaget, men gir også mindre presise estimater av den reelle alternativkostnaden..
4. *Metoden basert på helseutfallets elastisitet* estimerer den prosentvise endringen i helse når helseutgiftene endres prosentvis, og gir dermed et nyttig makroperspektiv på sammenhengen mellom ressurser og helse. Metoden identifiserer imidlertid en assosiasjon, ikke en kausal marginaleffekt.

Alle metodene har fordeler og svakheter knyttet til datatilgang, presisjon og krav til økonometrisk modellering.

Et alternativ til empiriske analyser er BNP-baserte terskelverdier, slik Verdens helseorganisasjon (WHO) har foreslått. Merk at denne metoden innebærer å beregne terskelverdier og gir ikke estimater for alternativkostnaden. Siden metoden ikke tar hensyn til begrensninger i budsjett, kan det lede til prisvekst som ikke er bærekraftig over tid. Dessuten mangler det teoretisk og empirisk støtte for metoden (13-15).

2.2.1 Claxton-studien

Det norske estimatet på alternativkostnaden er basert på en studie av Claxton med flere (1). De estimerte en alternativkostnad for det britiske helsevesenet (NHS) basert på data fra 23 budsjettområder i helsetjenesten ved hjelp av en metode som ligger nærmest gjennomsnittlig fortrenkning. Studien er gjort innenfor et helsetjenesteperspektiv og benyttet seg av data fra 2008–2010 på mortalitet og 2008 for utgifter. Resultatet ga en alternativkostnad på 12 936 GBP per QALY, betydelig lavere enn NICEs gjeldende terskelverdiområde på 20 000–30 000 GBP per QALY. Studien estimerte sannsynligheten for at alternativkostnaden er lavere enn 20 000 GBP per QALY til 89 %, og

sannsynligheten for at den er lavere enn 30 000 GBP per QALY til 97 %. Studien illustrerte hvordan nye tiltak kan fortrenge helsegevinster andre steder i systemet og fremhevet betydningen av å basere beslutninger på faktisk helsegevinst per krone brukt. En viktig egenskap ved denne studien er at forskerne brukte reelle data om dødelighet og leveår for å beregne QALY, framfor å bruke direkte rapporterte QALY-effekter fra tidligere beslutninger.

Forfatterne understreker imidlertid at denne type beregninger bør gjøres regelmessig (f.eks. årlig) basert på tilgjengelige data/registre. Alternativkostnaden vil kunne endre seg fra år til år, for eksempel på grunn av variasjoner i samlet helsebudsjett og produktiviteten av tiltak (1). Oppdaterte studier med samme metode har vist lavere alternativkostnad (se kapittel 4.3.2).

Det har vært betydelig faglig diskusjon knyttet til metodikken som ligger til grunn for Claxton-studien. Tidligere vurderinger har pekt på at analysen bygger på et begrenset datagrunnlag og flere tekniske antakelser som kan gi usikkerhet i estimatene. Det er også reist spørsmål ved om metoden fullt ut klarer å etablere en robust sammenheng mellom ressursbruk og helseutfall, samt om resultatene kan være følsomme for modellvalg og variasjoner i datakvalitet (16, 17). Nyere analyser av Rashmin og Lomas 2025 (18) viser at metodene tåler strengere tester enn tidligere antatt. Når antakelsene svekkes og usikkerheten økes i modellene, forblir eventuelle skjevheter små, og effekten av økt ressursbruk ser snarere ut til å bli undervurdert enn overvurdert. De fleste resultatene viser seg å være stabile og pålitelige. Dette gir en tydelig indikasjon på at metodene som ble brukt i Claxton-studien, til tross for tidligere kritikk, fortsatt kan antas å gi et robust og pålitelig grunnlag for å forstå hvordan endringer i ressursinnsats påvirker helsegevinster.

Arbeidsgruppens vurdering er at Claxton-studien representerer et viktig bidrag til forståelsen av alternativkostnaden i helsesektoren. Den viser hvordan empiriske data kan brukes for å beregne alternativkostnader og illustrerer på en praktisk måte hvordan nye tiltak kan påvirke ressursfordelingen og helseeffektene i helsetjenesten. Dermed utgjør studien et sentralt referansepunkt for videre forskning og utvikling av beslutningsgrunnlag for prioritering av helsetiltak i helsevesenet.

2.2.2 Andre relevante studier

Woods med flere 2016 (19) brukte data fra blant annet verdensbanken til å ekstrapolere Claxton-estimatet fra England til andre land, inkludert Norge. Studien brukte en modellbasert ekstrapolering av marginal produktivitet for å foreslå omtrentlige anslag på alternativkostnader (ikke empiriske) i land med begrenset datatilgang ved hjelp av justering for helseutgifter og kjøpekraft. Studien er dermed mindre presis enn empiriske metoder, jf. Claxton-studien. Wisløff (20) brukte den foreslåtte verdien fra Woods og konverterte den til 332 618 NOK per QALY. Merk at dette estimatet er teoretisk og ikke et empirisk estimat på alternativkostnaden i Norge.

Pichon-Rivière med flere 2023 (21) anvendte metoden for helseutfallets elastisitet med en makroøkonomisk tilnærming og analyserte data fra 174 land, noe som muliggjorde globale sammenligninger av effektivitet. De estimerte alternativkostnaden til omtrent 760 000 NOK per QALY for Norge. Selv om tilnærmingen gir verdifull innsikt på makronivå, kan den overse viktige strukturelle forskjeller mellom land og forutsetter antakelser om årsakssammenhenger mellom utgifter og helsegevinster.

Vallejo-Torres med flere 2018 (22) estimerte alternativkostnaden for den spanske helsetjenesten til å ligge mellom 22 000 og 25 000 EUR per QALY. Studien benyttet seg av paneldata fra 17 helseregioner, som til sammen representerer hoveddelen av de offentlige helseutgiftene. Metoden utnytter regionale variasjoner i helseutgifter og helseutfall til å estimere helseutfallets elastisitet, ikke et direkte mål på marginalkostnadsproduktivitet. En del av variasjonen i helseutgifter mellom regionene skyldtes budsjettendringer og innstramminger i perioden etter finanskrisen i 2008. Dette ga trolig datamaterialet en grad av variasjon i utgiftsnivåene som var viktig for å identifisere sammenhengene

mellom ressursbruk og helseutfall. En styrke ved studien er bruken av paneldata, som gjør det mulig å kontrollere for uobserverbare regionale forskjeller over tid og dermed styrker tolkningen av kausalitet. Samtidig innebærer tilnærmingen flere utfordringer. Analysen forutsetter tilstrekkelig variasjon i helseutgifter og helseutfall mellom regioner, noe som ofte er begrenset i land med mindre geografiske enheter og mer ensartede tjenestetilbud. Videre kreves høy datakvalitet og tilgang til gode livskvalitetsdata. Resultatene kan også være følsomme for målefeil og avhenger av antakelser om hvordan ressursbruk faktisk påvirker helseutfall. Vallejo-Torres med flere 2025 estimerte på nytt en alternativkostnad mellom 27 000 og 34 000 EUR per QALY basert på tall fra 2002 til 2022 (23). Studiene fra 2018 og 2025 er imidlertid ikke helt sammenlignbare på grunn av ulike datagrunnlag, tidsperioder og metodologiske forutsetninger.

2.3 Beregninger av alternativkostnad i Norge

Til tross for omfattende internasjonal forskning finnes det foreløpig ingen empiriske studier som har beregnet alternativkostnaden med norske data. Å gjennomføre slike analyser vil kreve detaljerte data om både utgifter og helseutfall, samt betydelige ressurser over lengre tid.

Debatten om hvordan alternativkostnaden best estimeres, har vært sentral i faglitteraturen. Sampson og Cookson hevder at skyggepris-metoden gir det mest presise estimatet, fordi den tar hensyn til alle kostnader og helseeffekter for både finansierte og ikke-finansierte tiltak (24). Claxton med flere (25) argumenterer imidlertid for at mer pragmatiske empiriske tilnærminger gir mer relevante og anvendbare estimater. De understreker at målet ikke nødvendigvis er å oppnå en teoretisk nøyaktig beregning, men heller å forstå hvordan budsjettendringer faktisk påvirker helseutfall. De mener at denne tilnærmingen gir et mer praktisk beslutningsgrunnlag for helsemyndigheter, som må balansere presisjon, ressursbruk og gjennomførbarhet.

Arbeidsgruppen har ikke vurdert hvilken metode som er best egnet for å beregne alternativkostnaden i Norge. De ulike metodene har ulike styrker og svakheter og vil være avhengig av tilgjengelig data. Gjennomgangen av studier som har forsøkt å beregne empiriske anslag på marginalkostnaden per enhet helse som produseres i et helsesystem viser at metodene varierer mellom studier og avhenger av datatilgang og lokale forhold. Det er derfor viktig å tydeliggjøre sentrale antakelser og teste robustheten i anslagene gjennom relevante sensitivitetsanalyser. Tydelig formidling av usikkerhet og hvordan ulike forutsetninger påvirker estimatene er nødvendig for å sikre et solid beslutningsgrunnlag (26). I anbudsutlysningen for et sikrere anslag av den norske alternativkostnaden vil det bli viktig for tilbyderne å begrunne valg av metode ut fra tilgang til norske data, og en norsk kontekst. Siden de ulike metodene kan gi ulike anslag for alternativkostnaden, bør den større utredningen benytte flere metoder for estimering av alternativkostnaden.

En empirisk studie med norske data vil trolig ta så mye som 2-3 år, basert på hvor lang tid forskningsgruppen til Claxton med flere brukte på å komme frem til det første estimatet alternativkostnaden i England. Utfordringene knyttet til et slikt arbeid innebærer tilgjengelighet av data, datarensing, kartlegging og utviklingen av riktige instrumenter for estimering².

En annen utfordring er relatert til koblingen mellom terskelverdier og graden av alvorlighet. Magnussengruppen beskrev en skala for terskler ved ulik grad av alvorlighet. Terskelverdiene øker med økende alvorlighetsgrad (8). I den større utredningen er det en fordel om alternativkostnaden beregnes for alvorlighetsgruppen i det nederste trappetrinnet til Magnussentrappen slik dagens alternativkostnadsanslag er antatt å representere. Den større utredningen bør ha som mål å si noe om ikke bare alternativkostnadens gjennomsnittlige størrelse på tvers av alvorlighetsgrupper, men også om hvor i helsetjenesten og for hvilken alvorlighetsgruppe den er estimert for.

²Estimat på tidsperspektiv av en empirisk studie er hentet fra dialog med Prof. Karl Claxton, 4. november.2025.

Det er likevel bred faglig enighet om at en bedre forståelse av alternativkostnaden er avgjørende for å kunne ta informerte beslutninger om ressursbruk i helsetjenesten. Sammenfattende viser gjennomgangen at beregning av alternativkostnaden er en kompleks, men nødvendig del av beslutningsprosesser ved innføring av nye helsetiltak.

3. Terskelverdi og alternativkostnad i andre land

Vi har innhentet informasjon om terskelverdier, eventuelle justeringer av disse og alternativkostnaden i andre sammenlignbare land som gjennomfører metodevurderinger. Dette er presentert i avsnittene under.

3.1 Storbritannia

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i England har siden 1999 operert med en terskelverdi mellom 20 000 og 30 000 GBP per QALY (27). For å ta hensyn til alvorlighet benyttes en alvorlighetsmodifikator (severity modifier) som gir implisitt økt terskelverdi, opp mot 51 000 GBP per QALY. Terskelverdien i NICE har kommet frem gjennom politiske prosesser framfor empiri.

Terskelverdiene benyttet i England er kritisert for å være høyere enn estimatene for alternativkostnaden (28).

Per 1. desember ble det besluttet av britiske myndighetene at terskelverdiene skulle økes til 25 000 til 35 000 GBP per QALY, gjeldene fra 1. april 2026 (29). Merk at denne endringen er et resultat av en politisk forhandling mellom USA og Storbritannia (30) og er ikke basert på prinsippet om at terskelverdien skal reflektere alternativkostnaden eller andre faglige vurderinger. I forbindelse med prosessen henvendte Claxton og Sculpher seg, i et åpent brev til myndighetene, hvor de uttrykte bekymring for konsekvensene av å øke terskelverdiene (31). I det som ble omtalt som et konservativt anslag estimerte de at endringen vil medføre 4 500 dødsfall og om lag 120 000 tapte QALY hvert år, med tilhørende økte budsjettkonsekvenser som følge av økte legemiddelutgifter på 1 milliard GBP.

Det har vært gjort flere studier i England som estimerer alternativkostnaden for ulike tidsperioder. Claxton-studien som er omtalt i 2.2.1 ga et estimat på 13 000 GBP per QALY basert på data fra 2008/2010. Martin med flere estimerte alternativkostnaden til 8 000 GBP per QALY basert på data fra 2016/2017 (2). De samme forfatterne har også estimert alternativkostnaden til å ligge mellom 5 000 og 10 000 GBP per QALY i perioden 2003/4 til 2012/13 (32).

Alle legemidler som er anbefalt for innføring av NICE gjelder også for Wales. All Wales Medicines Strategy Group (AWMSG) vurderer legemidler det er behov for i Wales, men som ikke er eller vil bli metodevurdert av NICE (33). AWMSG benytter seg av samme terskelverdier og alvorlighetsmodifikatorer som NICE. Health Technology Wales (HTW) gjennomfører metodevurderinger av teknologi i helse- og omsorgssektoren som ikke er legemidler, for eksempel medisinsk utstyr, diagnostisering eller prosedyrer. HTW bruker en terskelverdi på 20 000 – 30 000 GBP per QALY i tråd med NICE og vektet ikke for alvorlighetsgrad. Terskelverdiene har blitt benyttet siden HTW ble etablert i 2017.

Scottish Medicines Consortium (SMC) opererer ikke med kjente terskelverdier, men godtar som regel nye medisiner som har en IKER som er lavere enn 20 000 GBP per QALY (34). Dette har SMC operert med siden 2003 (35). Som NICE, anvender SMC modifikatorer som implisitt gir høyere terskelverdier. Disse modifikatorene anvendes ved evidens på betydelig forbedring i forventet levealder, evidens på betydelig forbedring i livskvalitet, evidens for ekstra gevinst hos en subgruppe, fravær av andre alternativer med dokumentert effekt ved aktuell sykdom, mulig overgang til annen behandling (transplantasjon eller kurativ kirurgi) og godkjent legemiddel som et alternativ til uregistrerte preparater.

3.2 Canada

Canada's Drug Agency (CDA-AMC) gjør en helseøkonomisk vurdering før pan-Canadian Pharmaceutical Alliance (pCPA) gjennomfører prisforhandlinger med leverandør. Metodevurderingen

gjort av CDA-AMC brukes i forhandlingene. Det er ikke kjent hva slags konfidensiell terskelverdi cCPA bruker i prisforhandlingene. CDA-AMC fastsetter ikke den konfidensielle terskelverdien og referer til et terskelverdier på 50 000 til 100 000 CAD per QALY som et konsekvent referanseområde i rapportene sine. De viser også hva slags prisreduksjoner som er nødvendig for å bli kostnadseffektive ved andre terskelverdier. CDA-AMC operer ikke med justering av terskelverdien basert på alvorlighet fordi de ikke fastsetter terskelverdien. I en pilot om ordning for midlertidig finansiering, tar pCPA hensyn til alvorligheten (36).

Terskelverdien på 50 000 CAD per QALY er også ofte referert til i litteraturen (37). En rapport fra 2018 anslår at alternativkostnaden i Canada trolig er lavere enn 50 000 CAD per QALY og anslår 30 000 CAD per QALY som et rimelig anslag på alternativkostnaden (38). Dette er imidlertid ikke et estimat basert på empirisk forskning,

3.3 Sverige

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) i Sverige benytter seg av terskelverdier som ligger på omtrent tilsvarende nivå som Norge. Terskelverdiene er uformelle, veiledende og ikke offisielle. Ved høyere alvorlighet ved sykdommen anvendes det høyere terskelverdier. Nivået på alvorlighet er ikke basert på kvantitative beregninger, men på en kvalitativ vurdering. De veiledende terskelverdiene er 250 000, 500 000, 750 000 og 1 000 000 SEK per QALY, men ved veldig sjeldne tilstander anvendes en høyere terskelverdi. TLV publiserte i 2023 en rapport der de argumenterte for høyere terskelverdier for svært sjeldne sykdommer (39).

Terskelverdiene har ikke blitt endret de seneste årene. En studie av Siverskog med flere estimerte i 2019 alternativkostnaden i Sverige til å være 430 000 SEK per QALY (40). En annen studie av Siverskog estimerte i 2022 at en ekstra sykehusseng kunne produsere omtrent tre QALY-er til en kostnad på 400 000 SEK per QALY (41). Merk at TLV tidligere opererte med et rent samfunnsperspektiv, men gikk over til et begrenset samfunnsperspektiv (omtrent det samme som vårt utvidede helsetjenesteperspektiv), uten å endre på terskelverdiene (42).

3.4 Nederland

Fra 2015 har Zorginstituut Nederland (ZIN) operert med implisitte terskelverdier basert på alvorlighet. Tersklene går fra 20 000 for mild, 50 000 for moderat og 80 000 EUR per QALY for alvorlige tilstander for et rent samfunnsperspektiv. For kvantifisering av alvorlighet bruker de relativt prognosetap. Mild, moderat og høy alvorlighet representerer henholdsvis prognosetap mellom 0,1 – 0,4, 0,4-0,7 og 0,7-1,0. En studie i 2019 fant at alternativkostnaden til sykehusene i Nederland var på 73 600 EUR per QALY (43).

3.5 Australia

Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC), Australias uavhengige ekspertorgan oppnevnt av den australske regjeringen utarbeider anbefalinger om innføring av nye medisiner. Australia opererer ikke med eksplisitte terskelverdier for beslutning om innføring av nye metoder. Publisert forskning indikerer at terskelverdien ligger mellom 40 000 og 60 000 AUD per QALY (44, 45). En forskningsartikkel fra 2018 fant at alternativkostnaden var på 28 000 AUD per QALY (46).

3.6 Danmark (Medicinrådet)

Medicinrådet i Danmark begynte å metodevurdere legemidler med kostnad-per-QALY analyser i 2021. De opererer ikke med terskelverdier etter det offentligheten er kjent med. En studie fra 2023 estimerte

at terskelverdiene i Danmark ligger mellom 460 000 og 970 000 DKK per QALY (47). Det er etter det vi er kjent med, ikke gjort noen studier for å estimere alternativkostnaden i Danmark.

3.7 Oppsummering og diskusjon

Tabell 1 viser terskelverdien og alternativkostnaden i landene omtalt i kapitlene over. De fleste landene ligger på samme nivå eller lavere enn terskelverdiene vi bruker i Norge. Merk at terskelverdiene som benyttes i andre land ikke er direkte sammenlignbare med terskelverdiene som benyttes i norsk kontekst. Dette fordi en kostnad-per-QALY er avhengig av hvilke verdier som inngår i kostnadene og nytten. Nederland benytter et samfunnsperspektiv som innebærer bredere inkludering av kostnad og nytte, for eksempel produktivitetstap, uformell pleie med mer. I Norge opererer vi med et utvidet helsetjenesteperspektiv som blant annet inkluderer verdien av tiden pasientene bruker på å motta helsetjenester. Andre land har et direkte helsetjenesteperspektiv som ikke inkluderer disse kostnadene. I tillegg har landene ulike verdsettinger av QALY-ene.

Vi har ikke vurdert kvaliteten på studiene som har kommet fram til anslagene på alternativkostnad i de ulike landene. Merk at tallene for alternativkostnad heller ikke er direkte sammenlignbare mellom landene eller overførbare til norsk kontekst. Derfor har vi ikke regnet om til samme valuta for de ulike landene i tabellen.

Selv om det i flere land er gjort beregninger av anslag på alternativkostnaden er terskelverdiene ofte høyere enn dette anslaget. Dette kan skyldes at de ikke har et klart prinsipp om at terskelverdien skal baseres på det beste anslaget av alternativkostnaden. I mange land har de også lagt til høyere terskelverdier basert på andre etiske prinsipper, slik som alvorlighetsgrad. Foruten Storbritannia har ingen av de andre landene nevnt i denne oversikten endret på sine terskelverdier de seneste årene.

Tabell 1: Oppsummering av terskelverdier og alternativkostnad i andre sammenlignbare land

Land	Terskelverdi(er)	Alternativkostnad	Kilde og metode for alternativkostnad
Sverige	Omtrentlige terskelverdier på 250 000, 500 000, 750 000 og 1 000 000 SEK per QALY	430 000 SEK per QALY	Siverskog (40). Marginalkostnaden er estimert ved paneldata som instrumentelle variabler på regionalt nivå.
Danmark	Uoffisiell, men en studie antyder 460 000 - 970 000 DKK per QALY (47)	Ikke undersøkt	-
Storbritannia	20 000 – 30 000 GBP per QALY. Opp mot 50 000 GBP per QALY ved høy alvorlighet	Mellom 8 000 og 13 000 GBP per QALY	Martin (32), Claxton (1) Se kapittel 2.2.1 for metode
Nederland	20 000 for mild, 50 000 for moderat og 80 000 EUR per QALY for alvorlig tilstand	75 000 EUR per QALY	Stadhouders (43) Marginalkostnaden er estimert med en translog funksjon basert på spørreskjema for helserelatert livskvalitet, dødlighet og sykehusutgifter (DBC koder)
Australia	Uoffisiell, men studier antyder 40 000 – 60 000 AUD per QALY	30 000 AUD per QALY	Edney (46) Marginalkostnaden er estimert ved instrumentelle variabler for å beregne elastisiteten av QALY-tap knyttet til marginale endringer i helseutgifter
Canada	Uoffisiell, men 50 000 CAD per QALY antydes i rapportene til CAD-AMC	30 000 CAD per QALY	Ochalek (38) Marginalkostnaden er estimert ved å benytte elastisiteter på utgifter fra tidligere publikasjoner og juster etter på mortalitet fra Canada
Norge	Fra 275 000 til 825 000 NOK per QALY etter alvorlighet. Betydelig høyere enn dette for Særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand	Ikke undersøkt	-

4. Grunnlag for kortsiktig justering av alternativkostnaden

I oppdraget fra HOD bes arbeidsgruppen om å se på tilgjengelige data med mål om å justere alternativkostnaden for pris- og produktivitsutvikling. Arbeidsgruppen mener det i tillegg er flere faktorer som kan påvirke beregningen av alternativkostnaden. Arbeidsgruppen har derfor drøftet andre forhold i tillegg til produktivits- og prisveksten som vil kunne påvirke kostnaden per QALY som produseres i helsetjenesten. Dette gjelder særlig utgangspunktet for anslaget på den norske alternativkostnaden.

4.1 Hvor sikkert er det opprinnelige estimatet på alternativkostnaden?

Alternativkostnaden på 275 000 NOK per QALY er basert på Claxton-studiens estimat på 13 000 GBP per QALY, basert på data fra 2008 og 2010. Det er usikkerheter knyttet både til det opprinnelige estimatet og til omregningen fra GBP til NOK. Andre aktører har pekt på estimater fra Woods og Pichon-Riviere som andre aktuelle anslag for alternativkostnaden i norsk kontekst (20, 48). Merk at disse ikke er empiriske estimater på nivå med Claxton studien. Arbeidsgruppen vurderer det som lite hensiktsmessig å basere en kortsiktig justering av alternativkostnaden i Norge på å «bytte referansestudie». Dette kan understøttes i en publikasjon som oppsummerer likheter og forskjeller mellom ulike lands estimat på alternativkostnaden (26). I publikasjonen blir det ikke understøttet en hypotese om at bruk av andre studier enn Claxton studien vil gi et mer presist bilde av alternativkostnaden i Norge.

Samtidig har man for den britiske helsetjenesten oppdatert estimatene fra den opprinnelige studien av Claxton et al. I en nyere engelsk studie fra 2023 basert på samme metode, ble alternativkostnaden for helsetjenesten samlet nå estimert til 8 000 GBP per QALY eller lavere. Studien er basert på data fra 2016-2017 (2). Det lavere estimatet kan i hovedsak forklares av at de oppdaterte analysene hadde bedre datatilgang, mer detaljerte analyser av ulike typer helseutgifter, men også grunnet økt produktivitet i helsetjenesten over tid. Resultatene tyder på at helsetjenesten i større grad har klart å generere flere helsegevinster per budsjettkrone, noe som reduserer den marginale kostnaden per QALY. Funnene illustrerer at alternativkostnaden ikke er en fast størrelse, men kan endres over tid som følge av effektivisering, strukturelle reformer og endret ressursbruk i helsesektoren. Dette innebærer at det empiriske anslaget for det norske anslaget på alternativkostnaden er tuftet på, er lavere enn det som ble lagt til grunn da anslaget ble estimert.

4.2 Produktivitsutvikling

Produktivitet i helsetjenesten kan dekomponeres i to deler: Bruk av ressurser i tjenesteproduksjonen og sammenhengen mellom helsetjenester og helsegevinst. Tar vi utgangspunkt i hvor mange QALY-er som blir produsert i helsetjenesten vil dette kunne uttrykkes:

$$\text{QALY/Ressurs} = \text{Pasient/Ressurs} \times \text{QALY/Pasient}$$

Bedret produktivitet kan dermed komme som en mindre ressurskrevende behandling (Pasient/Ressurs) eller gjennom økt effekt av behandlingen (QALY/Pasient). Begge vil lede til flere QALY for hver ressurs, eller slik det oftere beskrives som lavere kostnad per QALY.

Empiriske analyser av produktivitet i helsetjenesten i Norge og andre land begrenses av mangel på aggregerte data på utviklingen av produserte QALY-er i helsetjenesten. Beskrivelse av

produktivitetsutviklingen begrenses dermed til forholdet mellom aktivitet målt som antall behandlede pasienter justert for pasientsammensetning og ressursbruk.

I innspillsrunden ble følgende relevante data for produktivitet trukket frem:

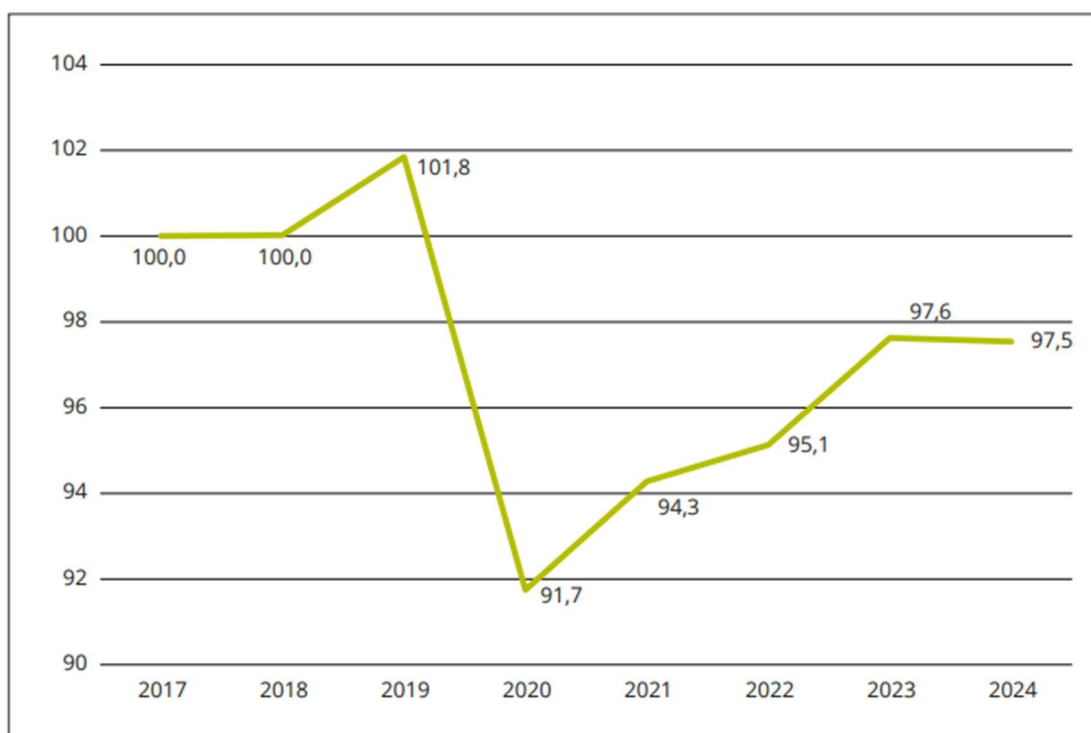
- Endring i DRG-poeng sett i sammenheng med kostnader,
- Ulike registerdata (Norsk pasientregister, Dødsårsaksregisteret, Kommunalt pasient- og brukerregister, Kontroll og utbetaling av helserefusjoner, statistisk sentralbyrå og Legemiddelregisteret)
- Analyser av ventetider, liggetider og helseproduksjon per timeverk
- Spørreundersøkelser om livskvalitet og andre pasientrapporterte utfallsmål
- Tall fra analyser av Frischsenteret på produktivitet
- Generelle utredninger av helsetjenesten eller stortingsmeldinger (for eksempel: Tid for handling, Perspektivmeldingen og Helsepersonellkommisjonen)

Arbeidsgruppen vurderer at DRG-poeng og ISF-poeng per krone er det beste målet på forholdet mellom aktivitet og ressursbruk på kort sikt og er trolig det beste vi har for å si noe om produktivitetsutviklingen i tjenesteproduksjonen de siste ti årene. Tall fra analyser fra Frischsenteret kan også supplere dette (49, 50). For kommunehelsetjenesten finnes det ikke aggregerte tall som belyser endringer i produktiviteten og som kunne vært relevant å inkludere i en hurtig utredning av justering av alternativkostnaden. For den større utredningen av alternativkostnaden kan det imidlertid være aktuelt å se på produktivitetstall både for spesialist- og kommunehelsetjenesten gjennom blant annet registerdata, spørreundersøkelser om livskvalitet samt analyser av ventetider, liggetider og helseproduksjon per timeverk.

4.2.1 Aktivitet målt som antall behandlede pasienter og ressursbruk

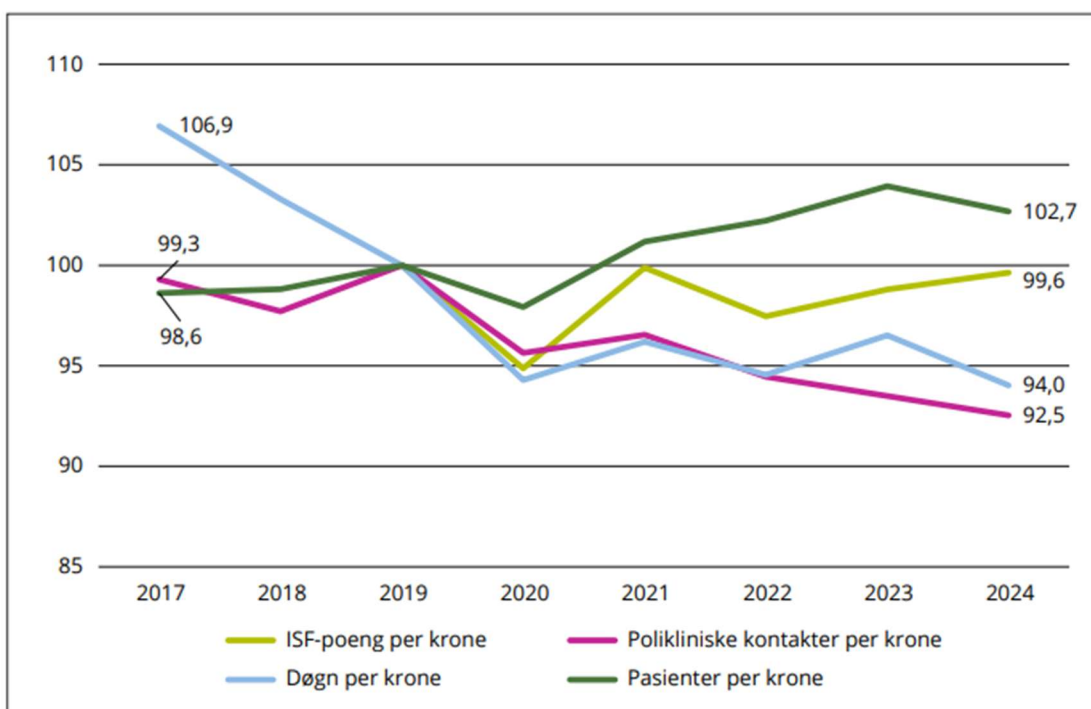
DRG-poeng og ISF-poeng per krone

Økt produktivitet betyr at aktiviteten øker mer enn kostnadene i en gitt tidsperiode, eller at kostnadene går ned mer enn aktiviteten. Redusert produktivitet betyr tilsvarende at kostnadene til pasientbehandling øker mer enn aktiviteten i en gitt periode, eller at aktiviteten reduseres mer enn kostnadene. Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (TBU-s) publiserer anslag over produktivitetsutviklingen som DRG-poeng per krone i tjenesteproduksjonen (51). En økning i DRG-poeng per krone indikerer økt produktivitet, og motsatt. Figur 2 viser indeksert utvikling i DRG-poeng per krone i somatisk spesialisthelsetjeneste for landet samlet for perioden 2017 til 2024 i faste 2024-priser. Fra 2017 til 2024 var det en liten reduksjon i produktivitet på 2,5 prosentpoeng.



Figur 2: Indeksert utvikling DRG-poeng per krone for landet samlet. 2017 til 2024. 2017 = 100. Faste priser. Henter fra (51).

Figur 3 viser indeksert utvikling i produktivitet målt ved aktivitet per krone for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samlet for perioden 2017 til 2024 i faste priser. En økning i aktivitet per krone indikerer økt produktivitet, og motsatt. Poliklinisk aktivitet er målt i polikliniske kontrakter og ISF-poeng. Døgnaktivitet er målt i antall oppholdsdøgn. I tillegg vises utvikling i antall behandlede pasienter per krone for poliklinisk og døgnaktivitet samlet. TBU-s konkluderer med at produktivetsnivået innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er uendret/svakt stigende fra 2019 til 2024 (51).



Figur 3: Indeksert utvikling i polikliniske kontakter, ISF-poeng, døgn og pasienter per krone. 2017–2024. Faste priser. 2019=100.

TBU-s sine beskrivelser av produktivitet er avgrenset til å belyse forholdet mellom aktivitet i form av pasientbehandling og kostnader til pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Beskrivelsen av utviklingen i produktivitet over vil dermed ikke fange opp eventuelle endringer i kvaliteten av behandlingen, pasienttilfredshet, eller langsiktige helseutfall. Derfor er ikke denne måten å omtale produktivitet tilstrekkelig for vår analyse av alternativkostnaden.

Andre studier på produktivitet i helsetjenesten

I forskningslitteraturen finnes studier av produktivitetsutviklingen i Norge, f.eks. Kittelsen 2023 (49) og Kittelsen m.fl. 2025 (50) har undersøkt produktivitet i den norske helsetjenesten. Den første av disse ser på tidsperioden 1999 til 2014 og rapporterer om produktivetsfremgang for denne perioden på i gjennomsnitt 1,5 prosent per år. Den andre studien ser på tidsperioden 2013 til 2019 og anvender DRG-poeng og rapporterer at deres resultater i stor grad samsvarer med det som er publisert i tidligere Samdatarapporter. Begge studiene viser til at data om kvalitet ved tjenestene er mangelfullt. Dette gjør denne typen produktivitetsvurderinger utfordrende både med hensyn til sammenligninger over tid og geografisk.

Arbeidsgruppen viser til beskrivelsen fra TBU-s hvor det framgår at produktiviteten i tjenesteproduksjonen somatikk er noe lavere i 2024 enn i 2017, samtidig som nivået innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er uendret/svakt økende fra 2019. Disse anslagene kun basert på tjenesteproduksjon og er ikke et tilstrekkelig grunnlag for å justere anslaget på alternativkostnaden.

4.2.2 Utviklingen av produserte QALY-er i helsetjenesten

Produktivitet vil ikke kun avhenge av endring i aktivitet, men også av endringen i produksjonen av gode leveår (QALY-er) per tjeneste, dvs. økt helsegevinst. Dersom det produseres mer helse innenfor den samme budsjetttrammen tilsier det at alternativkostnaden bør justeres ned over tid. Men det er ikke bare helsetjenesten som bidrar til bedre folkehelse, og helsetjenestens andel kan være vanskelig å anslå.

Det finnes ikke tilstrekkelig grunnlag for å kvantifisere endringen i helsegevinst per pasient i helsetjenesten. Økt forventet levealder og bedre folkehelse innebærer at for behandlinger helsetjenestene tilbyr gir en høyere gevinst målt i QALY-er. I 2014 var forventet levealder 80 år for menn og 84 år for kvinner, mens den i 2024 var 82 år for menn og 85 år for kvinner (52). For menn og kvinner samlet tilsvarer dette forventede kvalitetsjusterte leveår på omtrent 72 QALY-er for 2014 og 73 QALY-er for 2024 som gir en indikasjon på en bedret helse i befolkningen de siste ti årene. Innføring av nye helsetiltak har potensiale til å redusere sykdomsbyrden i befolkningen, og bidrar til å frembringe flere gode leveår. Faktorer som kan øke helsegevinst for de tjenestene som leveres er nye medisinske produkter, forbedrede prosedyrer/ retningslinjer, organisering av tjenesten, teknologiske fremskritt og økt forventet levealder i befolkningen. Dette vil kunne medføre at behandlingene over tid blir mer effektive og dermed også gir større helsegevinster. Indikatorer som for eksempel 5-års overlevelse for ulike kreftsykdommer, og andre medisinskteknologiske resultatforbedringer av spesifikk behandling, kan være bedre egnet enn levetid i befolkningen til å anslå effekten av nye helsetiltak fordi generelle endringer i befolkningen i større grad påvirker levetiden for alle, mens personer med diagnose i større grad er påvirket av helsevesenets spesifikke utvikling. I 2014 rapporterte Kreftregisteret en 5 års relativ overlevelse på 70 %, mens i 2024 ble det rapportert en 5 års relativ overlevelse opp mot 80 % for alle kreftformer (53, 54). Disse tallene kan imidlertid være noe overestimerte på grunn av innføring av screening etter noen krefttyper som brystkreft, livmorhalskreft og tarmkreft.

Arbeidsgruppen vurderer at det er grunn til å tro at produksjonen av QALY-er i helsetjenesten har økt etter 2015. Det finnes imidlertid ikke gode tall på hvor mange QALY-er som faktisk produseres i helsetjenesten og en eventuell økning i QALY-er kan derfor ikke tallfestes.

4.3 Prisutvikling

Alternativkostnaden reflekterer kostnaden knyttet til ressursene som går med til å framskaffe ett kvalitetsjustert leveår. Dette vil i hovedsak være kapital (bygninger og utstyr), arbeidskraft, medikamenter og forbruksmateriell.

På innspillsrunden ble det foreslått en rekke ulike relevante datakilder for prisvekst i helsetjenesten. Kostnadsdeflator³ for de regionale helseforetakene, konsumprisindeksen (KPI) og KPI gruppert etter avgifter for helsepleie ble nevnt av flere aktører. For å belyse prisstigningen på kommunalt nivå finnes det kun en kostnadsdeflator for kommunene. Kostnadsdeflatoren for kommunene inkluderer en veid samlet prisendring i hele kommunesektoren og ikke kun helsetjenestene i kommunen. Derfor er den ikke relevant for dette oppdraget. Arbeidsgruppen mener at kostnadsdeflatoren for de regionale helseforetakene er det beste målet for en eventuell hurtigjustering av alternativkostnaden. For perioden 2016-2025 gir dette en prisvekst på omtrent 40 % (55).

4.4 Andre forhold

4.4.1 Økt helsebudsjett

Alt annet likt, vil en økning i helsebudsjettene gi rom for flere, men trolig mindre kostnadseffektive tjenester. Realvekst i helsebudsjettene vil derfor trekke i retning av at alternativkostnaden øker. Justert for inflasjon, økte de offentlige helseutgiftene med 17,4 % fra 2015 til 2022. Helseutgiftene som andel av de totale offentlige utgiftene økte fra 17,8 % i 2015 til 18,1 % i 2022 (56). Når det gjelder investeringer i helse, økte de totale investeringene til helseformål med nær 50 % fra 2016 til 2022. Det både brukes og investeres altså mer i helsetjenesten nå enn for ti år siden. Dette taler for en økning av alternativkostnaden.

Samtidig har demografisk vekst og økt levealder gjort at innholdet i helsetjenestene har endret seg betydelig. Det offentlige helsebudsjettet skal i dag dekke både et større antall pasienter og høyere tjenestestandarder. Spesielt innenfor omsorgstjenester har det vært en markant vekst i ressursbruk, blant annet på grunn av økt bruk av hjemmetjenester og institusjonspleie (57). I tillegg har oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene endret seg, som følge av tiltak som for eksempel samhandlingsreformen. Man må altså ta i betraktning at det i tillegg til budsjettvekst også har vært en kvalitativ endring i hva helsetjenesten leverer.

Hensyntatt demografiske endringer er bevilgningsnivået til spesialisthelsetjenesten i 2025 på om lag samme nivå som i 2015/2016 (55). Arbeidsgruppens vurdering er derfor at endring i helsebudsjettene ikke gir grunnlag for å endre alternativkostnaden.

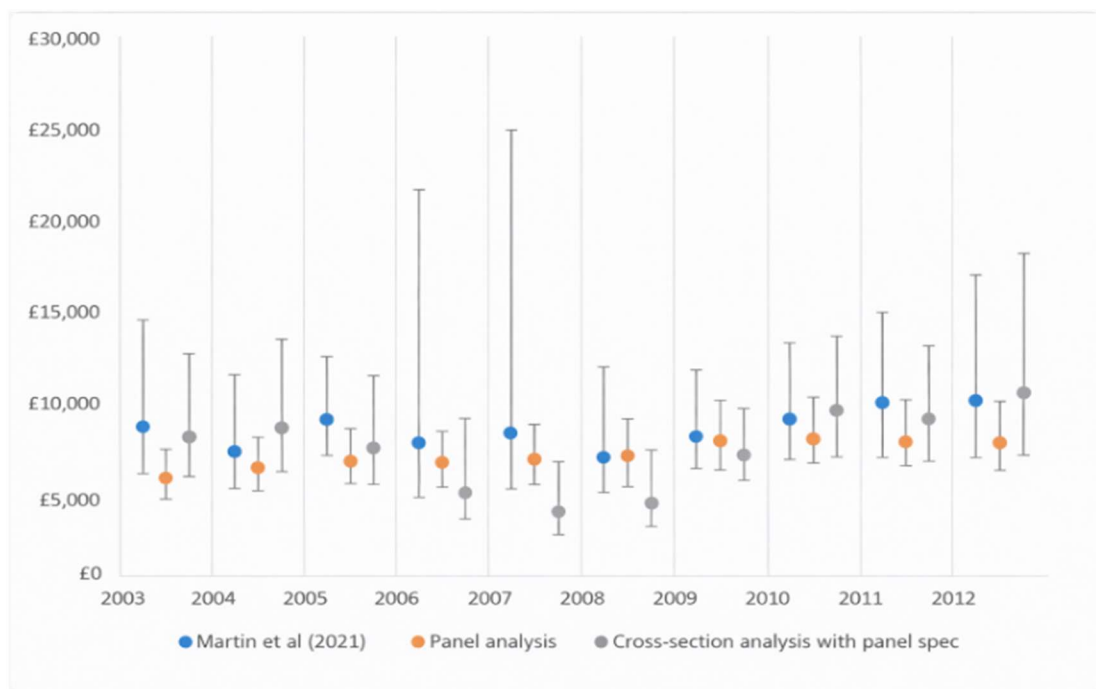
4.4.2 Sammenheng mellom priser og alternativkostnad

Martin med flere (32) publiserte funn i 2021 som viser at kostnaden per QALY i England i perioden 2003-2012 ble estimert til å ligge mellom 5 000 og 10 000 GBP. Studien anslår en årlig realvekst på om lag 2,6 prosent. Forfatterne knytter denne utviklingen til realvekst i helseutgiftene i samme periode (om lag 4,2 prosent årlig i reelle termer), og peker på at dette kan reflektere avtakende marginal

³ En deflator er en indeks som måler pris- og lønnsveksten for en bestemt sektor. Denne deflatoren inkluderer lønnsvekst og prisvekst for kjøp av varer og tjenester som er et sett av utgiftsvekster for ulike varegrupper koplet sammen med ulike prisindekser publisert av Statistisk sentralbyrå

produktivitet. Utviklingen i kostnaden per QALY er illustrert i Figur 4, hvor kostnaden per QALY i England er beregnet ved bruk av ulike metoder.

Martin et al. (2021) konkluderer med at kostnadene per QALY trolig er betydelig lavere enn terskelverdien som benyttes av NICE i England. Dersom dette er overførbart til Norge, og de nye engelske anslagene i tillegg er betydelig lavere enn anslaget som i sin tid ble lagt til grunn for det norske anslaget, taler dette for å ikke endre det norske anslaget på alternativkostnaden.



Figur 4: Estimater på kostnad per QALY og tilhørende konfidensintervall i England ved bruken av tre ulike metoder. Figuren er gjengitt med tillatelse fra Karl Claxton

Det er sannsynlig flere faktorer som kan forklare at det ikke er en enkel sammenheng mellom økte priser og alternativkostnaden representert som en kostnad pr QALY og som er en del av en kompleks produktivetsfunksjon i helsetjenesten. Dette kan være⁴:

- Bedre medisinsk behandling
- Økt bruk av generiske og biotilsvarende legemidler
- Endret behov for helsetjeneste, for eksempel ved økt baseline risiko som endrer absolutt effekten av behandling
- Endret mortalitet, forventet levealder øker
- En helsetjeneste som er underfinansiert bidrar til styrket prioritering mot de mest kostnadseffektive behandlingene.

I tillegg er de oppdaterte analysene basert på forbedret estimering av alternativkostnaden, der også geografiske endringer (i England) og forbedringer av kovariater har betydning.

4.5 Diskusjon

Alternativkostnaden er kostnadene knyttet til de ressursene som er nødvendig for å gi et ekstra godt leveår (QALY) i helsetjenesten. Disse ressursene vil i hovedsak være kapital (bygninger og utstyr), arbeidskraft, medikamenter og forbruksmateriell. Arbeidsgruppen mener deflatoren for de regionale helseforetakene er målet på prisutvikling som best fanger prisutviklingen for disse faktorene og gir en

⁴ Innspill årsaker til produktivitetsendringer er hentet fra dialog med Prof. Karl Claxton, 4. november.2025.

økning på omtrent 40 % for perioden 2016 til 2025. Arbeidsgruppen vurderer at prisvekst isolert sett tilsier en økning i alternativkostnaden. Prisvekst alene kan imidlertid ikke brukes som grunnlag for å justere alternativkostnaden, da denne også avhenger av produktivitet.

Tilgjengelige data på produktivitet i helsetjenesten kan også tolkes som endring i aktivitet. Basert på tall fra TBU-s vurderer arbeidsgruppen at det ikke er grunnlag for å justere alternativkostnaden for produktivitetssendringer i tjenesteproduksjon etter 2015. Disse dataene er imidlertid ikke et godt mål på hvor mange QALY-er som produseres i helsetjenesten. Faktorer som kan øke helsegevinst for de tjenestene som leveres er ny og bedre kunnskap, nye medisinske produkter, forbedrede prosedyrer/retningslinjer, organisering av tjenesten, teknologiske fremskritt og økt forventet levealder i befolkningen. Arbeidsgruppen vurderer derfor at det er grunn til å tro at produksjonen av QALY-er i helsetjenesten har økt etter 2015. Hvor mye denne økningen er på finnes det ikke gode tall på, så økningen kan ikke kvantifiseres.

Alternativkostnaden kan ikke økes basert på pris alene fordi prisvekstdata må kobles til produktivitetsdata for faktiske helseutfall. Det finnes ikke tilgjengelig data som kobler prisvekstdata til produktivitetsdata som angir faktiske helseutfall. Uten slike data er det vanskelig å komme med anbefaling om hva som vil være en riktig midlertidig justering av alternativkostnaden. Dette gjelder også for spørsmålet om det er mulig å etablere en systematikk for eventuelt å kunne foreta årlige justeringer av alternativkostnaden over tid basert på prisvekst alene.

Det norske anslaget på alternativkostnaden er estimert til 275 000 NOK per QALY. Dette er beregnet på bakgrunn av en empirisk analyse fra England som anslø alternativkostnaden til om lag 13 000 GBP per QALY. Nyere oppdaterte beregninger av dette anslaget gir et beløp mellom på 8 000 GBP per QALY eller lavere. Dette indikerer at også det norske estimerte anslaget kunne vært lavere. I tillegg viser studier fra England at beregninger på alternativkostnaden holder seg stabil over år. Dette kan forklares ut fra flere ulike faktorer som påvirker produktivitet målt i helseutfall.

Flere land opererer med terskler for innføring av medisinsk utstyr og legemidler i helsetjenesten. Disse tersklene er ofte høyere enn anslag på alternativkostnaden. Terskler kan gi uttrykk for en annen politisk avveining av hensyn som er viktig for prioritering. Med terskler høyere enn alternativkostnaden innebærer dette en åpen forståelse av at befolkningen taper helse som helhet ved innføring av nye metoder. I Norge tillegges det for eksempel ekstra vekt for sykdommenes alvorlighetsgrad. Magnussentrappen foreslår at Norge bør være villig til å gi opp 3 QALYs per vunnet QALY for de mest alvorlige sykdommene.

I Norge har vi per i dag ikke offentlige terskelverdier, selv om disse synes kjent for de fleste leverandører av medisinsk teknologi (58). En konsekvens av å øke terskelverdiene for hvor mye helsetjenesten kan betale per QALY, er at selskapene får et insentiv til å sette prisen opp mot det maksimale de kan få. Det er sannsynlig at leverandøren vil sette prisen slik at kostnaden per QALY ender opp på terskelverdien, siden empiri viser innføring av metoder ved høyere IKER etter økt alvorlighet (59). Dermed vil helsetjenesten betale mer for den samme helsegevinsten. Hvis terskelverdiene økes uten en tilsvarende økning av helsebudsjettene vil økningen først og fremst tilfalle innføringen av legemidler og medisinsk utstyr siden prissettingen er avhengig av terskelverdiene. En konsekvens av dette er at andre tjenester det kan være et like stort eller større behov for blir fortrengt.

Konsekvensene av å endre anslaget på alternativkostnaden kan innebære omfattende omprioriteringer innenfor helsetjenesten. En endring på anslaget på alternativkostnaden og terskelverdiene er at andre viktige pasientbehandlinger blir fortrengt. En beslutning med så store konsekvenser for pasienter og helsetjeneste bør avvendes inntil den større utredningen har funnet et sikrere anslag på alternativkostnaden.

5. Konklusjon

Arbeidsgruppen har vurdert om dagens anslag på alternativkostnaden i helsetjenesten, satt til 275 000 NOK per QALY, bør justeres midlertidig basert på tilgjengelige data om prisvekst, produktivitet og andre relevante faktorer. Etter en samlet vurdering finnes det ikke tilstrekkelig grunnlag for å anbefale en midlertidig justering av alternativkostnaden. For å anbefale en justering av dagens anslag på 275 000 NOK per QALY, bør en være sikker på at dette vil være et anslag som i større grad vil samsvare med anslaget fra den kommende nye norske empiriske studien enn dagens anslag. Arbeidsgruppen mener at vi ikke vet hvor det empiriske anslaget vil ligge. Følgelig mener vi at en midlertidig justering vil kunne føre til større grad av feilprioriteringer enn om en beholder dagens anslag på alternativkostnad inntil nytt anslag foreligger. Både et for lavt, men også et for høyt anslag på alternativkostnaden vil føre til prioriteringsbeslutninger som gir et helsetap for befolkningen totalt sett. Arbeidsgruppen anbefaler derfor å opprettholde dagens anslag på 275 000 NOK per QALY inntil en ny empirisk studie med norske data kan gi et sikrere anslag på alternativkostnaden.

Norge opererer med terskelverdier som er på nivå med andre land vi typisk sammenligner oss med. England har nylig økt sine terskelverdier basert på en politisk forhandling. Utenom dette har ingen av myndighetene i landene vi har undersøkt endret på terskelverdiene de siste årene. For de fleste landene ligger alternativkostnaden lavere enn terskelverdiene.

Den eksterne referansegruppen slutter seg til arbeidsgruppens vurderinger.

Referanser

1. Claxton K, Martin S, M. S, Rice N, Spackman E, Hinde S, et al. Methods for the Estimation of the NICE Cost Effectiveness Threshold. The University of York; 2013.
2. Martin S, Claxton K, Lomas J, Longo F. The impact of different types of NHS expenditure on health: Marginal cost per QALY estimates for England for 2016/17. Health Policy. 2023;132:104800.
3. Meld. St. 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering.
4. Meld. St. 21 (2024–2025). Helse for alle - Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste.
5. Finansdepartementet. Rundskriv om Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser 25.06.2021.
6. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder - Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – temaveileder til utredningsinstruksen. 21. oktober 2024.
7. NOU 2014: 12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. På ramme alvor - Alvorlighet og prioritering. 2015.
9. Claxton K, Martin S, Soares M, Rice N, Spackman E, Hinde S, et al. Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold. Health Technol Assess. 2015;19(14):1-503, v-vi.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Perspektiv og prioriteringer - Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med arbeidet med ny prioriteringsmelding. 2024.
11. Norwegian Medical Products Agency. Single technology assessment of medicinal products for very small patient groups with extremely severe conditions- Supplement to Submission Guidelines for Single Technology Assessment of Medicinal Products 2018 [Available from: <https://www.dmp.no/globalassets/documents/offentlig-finansiering-og-pris/dokumentasjon-til-metodevurdering/small-patient-groups-mai24.pdf>].
12. Sampson C, Zamora B, Watson S, Cairns J, Chalkidou K, Cubi-Molla P, et al. Supply-Side Cost-Effectiveness Thresholds: Questions for Evidence-Based Policy. Appl Health Econ Health Policy. 2022;20(5):651-67.
13. Espinosa O, Rodríguez-Lesmes P, Romano G, Orozco E, Basto S, Ávila D, et al. Use of Cost-Effectiveness Thresholds in Healthcare Public Policy: Progress and Challenges. Appl Health Econ Health Policy. 2024;22(6):797-804.
14. Marseille E, Larson B, Kazi DS, Kahn JG, Rosen S. Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: alternative approaches. Bull World Health Organ. 2015;93(2):118-24.
15. Vallejo-Torres L, García-Lorenzo B, Edney LC, Stadhouders N, Edoka I, Castilla-Rodríguez I, et al. Are Estimates of the Health Opportunity Cost Being Used to Draw Conclusions in Published Cost-Effectiveness Analyses? A Scoping Review in Four Countries. Appl Health Econ Health Policy. 2022;20(3):337-49.
16. Raftery JP. NICE's Cost-Effectiveness Range: Should it be Lowered? PharmacoEconomics. 2014;32(7):613-5.
17. Barnsley PaT, Adrian and Britton (Karlsberg Schaffer), Sarah and Sussex, Jonathan Mark, Critique of CHE Research Paper 81: Methods for the Estimation of the NICE Cost Effectiveness Threshold (December 1, 2013). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2637927> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2637927>.
18. Rashmin RL, James (2025). Are funding rule instrumental variables plausibly exogenous for estimating the health effects of English NHS expenditure?. The University of Sheffield. Report. <https://doi.org/10.15131/shef.data.30724211.v1>.
19. Woods B, Revill P, Sculpher M, Claxton K. Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research. Value Health. 2016;19(8):929-35.
20. Wisløff T. Ny norsk terskelverdi for verdien av et godt leveår? Tidsskrift for den norske legeforening. 2017.

21. Pichon-Riviere A, Drummond M, Palacios A, Garcia-Marti S, Augustovski F. Determining the efficiency path to universal health coverage: cost-effectiveness thresholds for 174 countries based on growth in life expectancy and health expenditures. *Lancet Glob Health*. 2023;11(6):e833-e42.
22. Vallejo-Torres L, García-Lorenzo B, Serrano-Aguilar P. Estimating a cost-effectiveness threshold for the Spanish NHS. *Health Econ*. 2018;27(4):746-61.
23. Vallejo-Torres L. Estimating the Incremental Cost Per QALY Produced by the Spanish NHS: A Fixed-Effect Econometric Approach. *Pharmacoeconomics*. 2025;43(1):109-22.
24. Sampson C, Cookson G. Marginal cost per QALY estimates: What are they good for? *Health Policy*. 2024;142:105036.
25. Claxton K, Lomas J, Longo F, Salas Ortiz A. Sampson and Cookson's commentary: What is it good for? *Health Policy*. 2024;146:105100.
26. Edney LC, Lomas J, Karnon J, Vallejo-Torres L, Stadhouders N, Siverskog J, et al. Empirical Estimates of the Marginal Cost of Health Produced by a Healthcare System: Methodological Considerations from Country-Level Estimates. *PharmacoEconomics*. 2022;40(1):31-43.
27. Appleby J, Devlin N, Parkin D. NICE's cost effectiveness threshold. *Bmj*. 2007;335(7616):358-9.
28. Naci H, Murphy P, Woods B, Lomas J, Wei J, Papanicolas I. Population-health impact of new drugs recommended by the National Institute for Health and Care Excellence in England during 2000–20: a retrospective analysis. *The Lancet*. 2025;405(10472):50-60.
29. National Institute for Health and Care Excellence. Changes to NICE's cost-effectiveness thresholds confirmed [Available from: https://www.nice.org.uk/news/articles/changes-to-nice-s-cost-effectiveness-thresholds-confirmed?utm_medium=organic&utm_source=linkedin&utm_campaign=thresholds_change&utm_content=none].
30. BBC. US and UK agree zero tariffs deal on pharmaceuticals, [Available from: https://www.bbc.com/news/articles/cn0k520v4xro?app-referrer=deep-link&trk=feed-detail_comments-list_comment-text].
31. Claxton K, Sculpher, M. Agreeing to the demands for higher branded drug prices in the UK will have significant negative effects on public health, social care and economic growth. 2025 [Available from: <https://www.york.ac.uk/media/che/documents/Open%20letter%20to%20government%20on%20the%20impact%20of%20higher%20medicines%20costs%20for%20the%20NHS%2013112025.pdf>].
32. Martin S, Lomas J, Claxton K, Longo F. How Effective is Marginal Healthcare Expenditure? New Evidence from England for 2003/04 to 2012/13. *Appl Health Econ Health Policy*. 2021;19(6):885-903.
33. NHS Wales. How medicines are approved for use in NHS Wales [Available from: <https://awttc.nhs.wales/accessing-medicines/how-medicines-are-approved-for-use-in-nhs-wales/>].
34. Scottish Government. The Process for Medicines appraisal [Available from: <https://www.gov.scot/publications/new-medicines-reviews-2013/pages/5/>].
35. Belsey J. PNS243 TRENDS IN DECISIONS BY THE SCOTTISH MEDICINES CONSORTIUM OVER THE PAST 10 YEARS - AN ANALYSIS OF KEY FACTORS DRIVING ACCEPTANCE. *Value in Health*. 2019;22:S802.
36. pan-Canadian Pharmaceutical Alliance. pCPA Temporary Access Process (pTAP) [Available from: <https://www.pcpacanada.ca/pTAP>].
37. Griffiths EA, Vadlamudi NK. Cadth’s \$50,000 Cost-Effectiveness Threshold: Fact or Fiction? *Value in Health*. 2016;19(7):A488-A9.
38. Ochalek J; Lomas J; Claxton K. Assessing health opportunity costs for the Canadian health care systems 2018 [Available from: https://www.pmprb-cepmb.gc.ca/CMFiles/Consultations/new_guidelines/Canada_report_2018-03-14_Final.pdf].
39. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd – till långsiktigt hållbara läkemedelskostnader 2023 [Available from: https://www.tlv.se/download/18.6bf6dd6318adccd40ad39754/1696576783029/starkt_tillgang_till_lake_medel_vid_sallsynta_halsotillstand_till_langsiktigt_hallbara_lakemedelskostnader.pdf].

40. Siverskog J, Henriksson M. Estimating the marginal cost of a life year in Sweden's public healthcare sector. *Eur J Health Econ*. 2019;20(5):751-62.
41. Siverskog J, Henriksson M. The health cost of reducing hospital bed capacity. *Soc Sci Med*. 2022;313:115399.
42. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Hälsoekonomi [updated 16 september 2024]. Available from: <https://www.tlv.se/lakemedelsforetag/halsoekonomi.html>.
43. Stadhouders N, Koolman X, van Dijk C, Jeurissen P, Adang E. The marginal benefits of healthcare spending in the Netherlands: Estimating cost-effectiveness thresholds using a translog production function. *Health Econ*. 2019;28(11):1331-44.
44. Wang S, Gum D, Merlin T. Comparing the ICERs in Medicine Reimbursement Submissions to NICE and PBAC-Does the Presence of an Explicit Threshold Affect the ICER Proposed? *Value Health*. 2018;21(8):938-43.
45. Sellars M, Carter SM, Lancsar E, Howard K, Coast J. Making recommendations to subsidize new health technologies in Australia: A qualitative study of decision-makers' perspectives on committee processes. *Health Policy*. 2024;139:104963.
46. Edney LC, Haji Ali Afzali H, Cheng TC, Karnon J. Estimating the Reference Incremental Cost-Effectiveness Ratio for the Australian Health System. *Pharmacoeconomics*. 2018;36(2):239-52.
47. Shire I, Svensson R, Bonifácio Vitor C, Carlqvist P. HTA131 Cost-Effectiveness Threshold in Denmark's New Health Technology Assessment Process: What Do We Know so Far? *Value in Health*. 2023;26(12):S344.
48. Menon Economics. VURDERING AV NY TERSKELVERDI FOR ET GODT LEVEÅR 2023 [Available from: https://www.lmi.no/download.php?file=/wp-content/uploads/2023/09/Vurdering-av-terskelverdien-for-gode-leveaar-150923_.pdf].
49. Kittelsen SAC. Produktivitets- og effektivitetsanalyser i helsesektoren. *Magma*. 2023;26.
50. Kittelsen SAC, Anthun KS, Bilet AM, Jansen HS, Lidman J, Magnussen J, et al. Scale economies in somatic hospitals in Norway. *Journal of Productivity Analysis*. 2025.
51. Helse- og omsorgsdepartementet. Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi TBU-Spesialisthelsetjenesten – 10. desember 2025 2025 [Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/220bc1db612840b9a3c942fdf96b01f9/no/pdfs/rapport-fra-det-tekniske-beregningsutvalg.pdf>].
52. Statistisk sentralbyrå. Statistikk om døde Oppdatert: 30. september 2025 [Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/dode>].
53. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2014 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. 2015 [
54. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2024 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. 2025.
55. Helse- og omsorgsdepartementet. Notat fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi. TBU-Spesialisthelsetjenesten – 23. juni 2025 2025 [Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/3f6c3d6a6fca4d3a82e596ea9dd399d9/no/pdfs/notat-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisth.pdf>].
56. Statistisk sentralbyrå. Statistikk om helseregnskap Oppdatert: 19. oktober 2023 [Available from: <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>].
57. Statistisk sentralbyrå. Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk 2023 [Available from: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsinnsats-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremskrivninger-og-historikk/attachment/inline/1be624e3-60a4-40d1-8cf3-431b4ef7d43c:a291f747c8998f3e3506688b4b3038b47c0057bc/RAPP2023-03.pdf>].
58. Helse- og omsorgsdepartementet. Tillit til prioriteringer – økt åpenhet, medvirkning og kompetanse. 2024.
59. Tranvåg EJ, Haaland Ø A, Robberstad B, Norheim OF. Appraising Drugs Based on Cost-effectiveness and Severity of Disease in Norwegian Drug Coverage Decisions. *JAMA Netw Open*. 2022;5(6):e2219503.

Vedlegg 1: Innspill fra andre aktører

DMP har i forbindelse med utredningen av oppdraget hatt en åpen innspillsrunde for å sikre at viktige momenter og synspunkter blir ivaretatt. Innspillene er oppsummert i tabellen under og vist i dette vedlegget.

Oppsummering av innspill om alternativkostnad i helsesektoren

Tabellen er generert av AI og kvalitetssikret av DMP.

Tema	Kort beskrivelse av innspillet	Aktører som har nevnt tema	Kommentar fra arbeidsgruppen
Alvorlighet og rettferdighet	Terskelverdien må reflektere alvorlighetsgrad og rettferdig fordeling.	Universitetet i Bergen, Kreftforeningen, Koalisjonen for sjeldne sykdommer, MS-forbundet, LHL, MSD Norge, Hodepine Norge, Novo Nordisk	Arbeidsgruppens mandat er å justere anslaget for alternativkostnaden i helsetjenesten. Norge har allerede et system som gir høyere betalingsvillighet ved alvorlige tilstander (Magnussentrappen). Endringer i denne ordningen ligger utenfor vårt mandat.
Behov for jevnlig oppdatering	Alternativkostnaden bør revideres regelmessig, som VSL.	NHO Geneo, LHL, LMI, AstraZeneca	Regelmessig oppdatering av alternativkostnaden er ikke en del av denne hurtigutredningen. Det kan imidlertid være relevant å vurdere dette i den videre utredningen, for eksempel gjennom etablering av en mekanisme for løpende revisjon.
Internasjonale perspektiver og signalverdi	Justering kan ha betydning for Norges rolle i global legemiddelutvikling. Norge bør vise villighet til å ta et større ansvar for forskning og utvikling av nye behandlinger globalt.	AmCham, LMI, Novartis	Terskelverdiene som benyttes i Norge er politisk bestemt, og skiller seg fra alternativkostnaden som er en empirisk størrelse. Spørsmålet om Norges rolle i global legemiddelutvikling og ansvar for forskning og utvikling er en politisk vurdering og faller utenfor dette mandatet.
Særsilt hensyn til sjeldne sykdommer	Behov for høyere terskelverdi og spesifikke modeller for sjeldne diagnoser.	Koalisjonen for sjeldne sykdommer	Norge har en egen ordning for særsilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand der det er mindre krav til dokumentasjon, og høyere aksept for høy ressursbruk. En hurtigjustering av anslaget på

			alternativkostnaden faller utenfor dette.
Samfunnsperspektiv og langsiktige gevinster	Vurdering av bredere samfunnsøkonomiske effekter, inkludert pårørende og arbeidsdeltakelse.	Novartis, MSD Norge, Epilepsiforbundet, Koalisjonen for sjeldne sykdommer, Hodepine Norge	Valg av perspektiv i metodevurderinger er en politisk beslutning. Dagens praksis bygger på et utvidet helsetjenesteperspektiv (jf. Meld. St. 21 (2024 –2025)), og dette ligger fast i vårt arbeid.
Metodiske og konseptuelle avklaringer	Skille mellom marginalkostnad og alternativkostnad, og mellom normativ og empirisk tilnærming.	Universitetet i Oslo, Menon Economics, MSD Norge, Oslo Economics, Novo Nordisk, Kreftforeningen, LHL	Se kapittel 1.3
Datakilder og metodevalg	Bruk av registerdata, DRG, NPR, kvalitetsregistre, PROM/PREM, etc.	Universitetet i Oslo, Kreftforeningen, Epilepsiforbundet, Koalisjonen for sjeldne sykdommer, Novartis, MSD Norge	Se kapittel 2.3
Behov for oppdatert justering av alternativkostnad / terskelverdier	Dagens terskelverdi er utdatert og må justeres for pris- og produktivitetsutvikling. Justeringen bør være enkel og basert på tilgjengelige data, i påvente av mer grundig utredning.	AmCham, NHO Geneo, Kreftforeningen, MS-forbundet, LHL, Epilepsiforbundet, Koalisjonen for sjeldne sykdommer, LMI, AstraZeneca, Novartis, MSD Norge, Hodepine Norge	Se kapittel 4
Produktivitet i helsetjenesten	Lav produktivitsvekst i helsesektoren må tas hensyn til ved justering. Oslo Economics peker på at analyser av kostnadsdata, kapasitetsutnyttelse og skalafordeler i sykehus gir viktig innsikt i faktisk produktivitet og effektiv ressursbruk.	Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, Kreftforeningen, LHL, Epilepsiforbundet, Koalisjonen for sjeldne sykdommer, LMI, AstraZeneca, Novartis, Oslo Economics.	Se kapittel 4.1
Prisvekst i helsetjenesten	Kostnadsvekst må inkluderes i justeringen, med bruk av KPI, TBU-deflator m.m.	Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, Kreftforeningen, LHL, Epilepsiforbundet, Koalisjonen for sjeldne sykdommer, LMI, AstraZeneca, Novartis	Se kapittel 4.2

Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur

- Beskriv momenter som er spesielt viktig å ha med i utredningen av alternativkostnaden basert på din vurdering av tilgjengelig litteratur.

- A) Problembeskrivelse - Hva trenger fellesskapet å vite? Norsk helsetjeneste mangler et velfunderte anslag på faktisk alternativkostnad. Det er tre grunnleggende utfordringer: 1. Konseptuell uklarhet: Det foreligger konseptuell uklarhet med sammenblanding av deskriptivt og normativt perspektiver. Alternativkostnad (empirisk størrelse) må skilles fra beslutningsterskel (normativ vurdering). En betalingsvillighetsterskel er også et tvetydig begrep, ettersom det kan henvise til enten en terskel som er fastsatt av regjeringen eller, det kan også være empirisk estimert ved å spørre befolkningen (Etterspørselsside-tereskler eller v-tereskler reflekterer forbruksverdien av helse. Terskel basert på etterspørselssiden representerer den raten som individer er villige til å gi avkall på andre former for forbruk utenfor helsevesenet for å oppnå helseforbedringer). 2. Metodologisk kompleksitet: Estimering krever bruk av metoder for å estimere effekter av helsebudsjettets påvirkning på helseutfall. U hensiktsmessig metodevalg kan gi feilaktige resultater, eller resultater som vanskelig lar seg tolke. 3. Datautfordringer: Utredningen bør benytte koblede registerdata på individnivå B) Hva et løsningsforslag bør inneholde: 1. Tydelig konseptuelt rammeverk som klargjør forholdet mellom alternativkostnad, terskelverdi og betalingsvilje. Claxton et al. (2024) gir veiledning her. 2. Adekvate empiriske analyser: Skiller mellom årsakssammenhenger og assosiasjoner Skiller mellom marginale størrelser og gjennomsnittsstørrelser Sensitivitetsanalyser for ulike modellspesifikasjoner 3. Kvalitetssikring: Sammenligning med internasjonale estimater Bruk av case-studier for å supplere registeranalyser Validering mot implisitte terskler i faktiske prioriteringsbeslutninger Ekspertpanel med metodekompetanse innen helseøkonomi og statistiske metoder 4. Åpen invitasjon til dialog om tolkning og strategi for implementering. Anslag for alternativkostnaden forventes varierer mellom sektorer, og pasientgrupper, og avhenge av metodisk tilnærming.

Oppgi annen dokumentasjon som er viktig for utredning av alternativkostnaden

- Oversikter over tidligere beslutninger i Norge kan viser implisitte terskelverdier: Beslutningsforum for nye metoders faktiske beslutninger Legemiddelverkets metodevurderinger med ICER-verdier og beslutningsutfall Internasjonale erfaringer med implementering: NICE's utviklingsarbeid med terskelverdi i England (2013-2024) Sveriges arbeid med hälsoekonomiskt kunskapsunderlag Nederlands praksis med pakketbeheer og referentieverdier Metodveiledere? Økonometrisk metode for estimering av marginal produktivitet, inkludert bruk av instrumentelle variabler (IV) Oversettelse fra dødelighet/levetid til QALY-er Usikkerhetsanalyse og terskelsetting av politiske tiltak

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder produktivitet i helsetjenesten.

- Datakilder som må brukes: NPR, dødsårsaksregisteret, KPR, KUHR, NorPD, SSB, Legemiddelregisteret, DRG-beløp og -poengverdier Tall fra analyser av Frischsenteret (produktivitet) + (Anthun og Kittelsen)

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder prisvekst i helsetjenesten.

- Arbeids- og lønnskostnadsindeks for helsepersonell (SSB) SSBs helseregnskapsstatistikk DRG-systemets reprising over tid Normaltariffens reprising over tid Sykehusinnkjøps prisdata for standardvarer? Internasjonale sammenligninger? Prisvekstdata må kobles til produktivitetsdata for å vurdere real alternativkostnad over tid.

Har du andre innspill som kan være viktig for utredning av alternativkostnaden?

- A) Problembeskrivelse - Kritiske hull i kunnskapsgrunnlaget: 1. Heterogenitet bør ikke ignoreres, det er mer enn en alternativkostnad: Alternativkostnaden forventes å variere betydelig mellom sektorer (primær vs spesialist), pasientgrupper og geografiske områder. 2. Dynamiske effekter bør ikke overses. Statistiske analyser fanger ikke opp læringskurver eller skalaeffekter: Ny teknologi kan endre fremtidig produktivitet. Reprising av gammel teknologi endrer fremtidige kostnader. 3. Avveininger mellom effektivitet og rettferdighet? Prioriteringsmeldingen vektlegger alvorlighet og nytte, men alternativkostnadsberegninger fanger sjelden opp fordelingshensyn. B) Løsningsforslag - Nødvendige elementer: 1. Institusjonell forankring: Opprett permanent funksjon for oppdatering av estimer. Internasjonale erfaringer viser at engangsutredninger raskt blir utdaterte. Utredningen krever miljøer med dokumentert kompetanse innen både prioriteringsteori, avanserte metoder og forståelse av norsk helsetjenestes finansiering og organisering. Internasjonalt samarbeid med etablerte forskningsmiljøer trengs for å oppnå kvalitet og legitimitet. 2. Metodologisk transparens: Publisér all kode, data og modelleringsvalg. Reproduserbarhet er essensielt for legitimitet. 3. Legg til rette for hensiktsmessig bruk av ny kunnskap: Utred hvordan empiriske estimer skal brukes i faktiske prioriteringsbeslutninger. 4. Dersom myndighetene ønsker å basere eksplisitte terskelverdier på befolkningens preferanser, kreves separate studier av betalingsvillighet for helseforbedringer. Fastsettelse av terskelverdier er normative vurderinger som bør reflektere samfunnets verdier.

Universitetet i Bergen

Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur

- Tranvåg, et al (2022). Som beskriver korleis alvorlighetskriteriet blir vekta mot terskelverdi i Nye Metoder systemet: doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.19503

Beskriv momenter som er spesielt viktig å ha med i utredningen av alternativkostnaden basert på din vurdering av tilgjengelig litteratur.

- Dagens praksis i Norge, med bruk av den såkalla Magnussen-trappa, er basert på eit anslag for alternativkostnad i Norge på kr 275 000. Dette er eit anslag på svakt empirisk grunnlag. Her er fleire ting å bemerke: - Mest trivielt er at anslaget åpenbart bør indexregulerast, i påvente av betre empirisk grunnlag. - For å oppnå effektive helsetenester er det ein teoretisk føresetnad at terskelverdien er identisk med alternativkostnaden. Prinsippielt er det difor ei utfordring at den foreslåtte terskelverdien i Stortingsmeldinga (basert på Magnussen trappa) anvender dette prinsippet berre for

lågaste alvorlighetsklasse. For nivå av alvorlighet vart terskelverdi foreslått justert med opp til 3 gangen, og for særlege pasientgrupper enno høgare. Det betyr at for å produsere eitt godt leveår for dei mest alvorleg sjuke, kostar det opp til tre gode leveår for andre pasientgrupper. Her er det viktig å understreke at underteikna er einig i at alvor skal vektleggast, og også einig i vektinga. Mitt poeng er at for å oppnå meir konsistente prioriteringar bør terskelverdien for minst alvorleg sjuke pasientgrupper ligge lågare enn alternativkostnaden, slik at gjennomsnittleg terskelverdi på tvers av helsetenesta ligg nærare alternativkostnaden.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder produktivitet i helsetjenesten.

- Det er god grunn til å tru at produktiviteten i helsetenesta varierer mellom ulike diagnosegrupper, mellom ulike nivå i helsetenesta, og mellom enkeltforetak og avdelingar. Ei produktivitetsstudie kan gi verdifull informasjon ikkje berre om alternativkostnaden, men om fordeling av ressursar, prioritering og effektivisering meir generelt. Det er viktig at datagrunnlaget er basert på alle dei ulike nivåa i helsetenesta.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder prisvekst i helsetjenesten.

- Det har vore ein større prisvekst for nye legemiddel enn for konsumprisindeksen. Større grad av individuelle behandlingsforløp vil også kunne påverke prisnivået på populasjonsnivå.

Oslo Economics

Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur

- OE rapport som står på listen over relevant litteratur finnes også nå som forskningsartikkel:
https://protect.checkpoint.com/v2/r02/_https://frischsenteret.no/publication-details/?skrift_id=1783_.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzo1NWl2NmVjMTYyYTA2MDJhY2NkMGlyOGY5Y2FjZWMyNzo3OmZmYzQ6YWY1OTc3NmZkZmE0ZWl0NDNhOTRjNmUyNWNjODZlZTg2MGVkb3JhYjFkMzc1N2YzNjkwNTU5NzRlZWQ2NzFIODp0OIQ6Rg

Beskriv momenter som er spesielt viktig å ha med i utredningen av alternativkostnaden basert på din vurdering av tilgjengelig litteratur.

- se relevant policy comment fra OHE:
https://protect.checkpoint.com/v2/r02/_https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851024000460_.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzo1NWl2NmVjMTYyYTA2MDJhY2NkMGlyOGY5Y2FjZWMyNzo3OmZmYzQ6YWY1OTc3NmZkZmE0ZWl0NDNhOTRjNmUyNWNjODZlZTg2MGVkb3JhYjFkMzc1N2YzNjkwNTU5NzRlZWQ2NzFIODp0OIQ6Rg

[GVyOmM6bzo1NWI2NmVjMTYyYTA2MDJhY2NkMGlyOGY5Y2FjZWMyNzo3Ojk5MDA6MDgwNGQ3ZjA0ZDE1MWI1MGJkYWQ2OTVhY2VhYjFjYzNhYjg2NmMyMTU1OTc0YjEyOTdmZDRiYjNhZDRiMjU3MDp0OIQ6Rg](#)

Menon Economics

Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur

- Vallejo-Torres L, et al (2018) Denne studien ligger allerede i listen, men jeg vil fremheve at dette også er det eneste studien som måler alternativkostnad og ikke marginalkostnad. Jeg utdyper dette i feltet nedenfor. Dette har jeg også skrevet om i Menon-rapport 111/2023:
<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://menon.no/prosjekter/vurdering-av-ny-terskelverdi-for-et-godt-levear> .YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo1YzA0YmZhNGY2NmFjNzM1ZjFmMDNjNjYxNzZmYzRiMT03OjZjZTk6OTg1ZDU1OWE3NTFmYzk5NmE5N2ZINGYxMjZmZlZkMDdiMTQzMjZkZWYzNTEzN2U1NWEzNTg5OTE2YzQ4MmZjMTp0OIQ6Rg

Beskriv momenter som er spesielt viktig å ha med i utredningen av alternativkostnaden basert på din vurdering av tilgjengelig litteratur.

- Det er avgjørende at DMP er bevisst på hva de fleste av de internasjonale studiene faktisk måler. Claxton mfl. (2013) og den store litteraturen som har fulgt i kjølvannet bygger på analyser av marginale utgiftsvariasjoner og estimerer den marginale produktiviteten i helsetjenesten – altså hvor mange QALY som genereres ved en liten økning i utgifter. For å kunne bruke disse marginale estimatene som mål på alternativkostnaden – den helsen som faktisk foretrekkes når nye tiltak innføres innenfor et fast budsjett – forutsetter Claxton et sett med «heroiske antakelser»: At budsjettene er stramt bundet, slik at nye tiltak alltid foretrekker eksisterende aktivitet. At ressursene er effektivt fordelt mellom programmer, slik at marginal nytte (QALY per krone) er lik på tvers av områder. At små økninger og små kutt i budsjettet gir symmetriske effekter på helseutfall. Med disse antakelsene kan marginale estimer tolkes som systemets alternativkostnad. Men Claxton erkjenner selv at dette er «rather difficult to defend». Uten at disse forutsetningene holder, må resultatene i realiteten forstås som marginalkostnader, ikke alternativkostnader. Det er derfor en alvorlig metodisk svakhet dersom studier som i praksis måler marginalkostnad, ukritisk omtales og brukes som mål på alternativkostnad. Dette gir en systematisk risiko for at terskelverdien settes for lavt, ettersom det ikke tas høyde for at det finnes ineffektiv eksisterende behandling som vil kunne kuttes for å finansiere ny, mer effektiv behandling. Konklusjon: Når DMP skal vurdere litteraturen, bør det tydelig fremgå at: Vallejo-Torres mfl. er den eneste studien

som faktisk måler alternativkostnad i form av observerte fortrenkningseffekter. Øvrige studier (Claxton mfl. og etterfølgere) gir anslag på marginal produktivitet, og kan kun tolkes som alternativkostnad dersom de sterke effektivitetsantakelsene anses rimelige. DMP bør eksplisitt synliggjøre denne forskjellen i utredningen, slik at ikke marginalkostnad og alternativkostnad blandes sammen.

AmCham Norway

Har du andre innspill som kan være viktig for utredning av alternativkostnaden?

- Alternativkostnaden er en av helsesektorens viktigste verdier fordi den avgjør hvordan begrensede ressurser fordeles. For å sikre best mulig bruk av fellesskapets ressurser må betalingsvilligheten være oppdatert og relevant. Dette er trolig ikke tilfellet i dag ettersom dagens verdi stammer fra en eldre britisk studie og ikke er justert siden 2015. AmCham Norway støtter Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til DMP og Helsedirektoratet om en hurtig utredning basert på tilgjengelige data for å justere dagens terskelverdi fram til et sikrere anslag foreligger. Arbeidet med å utarbeide et «sikrere anslag på alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten i Norge» er et eget, omfattende prosjekt og må ikke forveksles med denne første, avgrensede justeringen i tråd med Stortingets forventninger. Det vil være svært krevende å finne et robust estimat på alternativkostnaden. Som Menon påpeker, «En grunnleggende utfordring er imidlertid at alternativkostnaden for et godt leveår i helsetjenesten er vanskelig å observere» og «estimerte alternativkostnaden først og fremst er et resultat av en lang rekke velbegrunnede antakelser, og i mindre grad et resultat av faktisk empiri» (Skogli og Stokke, 2023). Det er derfor særdeles viktig med en rask og avgrenset justering for pris- og produktivitetsutvikling slik Stortinget har bedt om, og at dette gjennomføres i 2025. Uten en slik midlertidig justering vil også et nytt estimat raskt bli utdatert. Gitt det geopolitiske landskapet kan dette oppdraget også vurderes til å ha en utenrikspolitisk signaleffekt. Det er behov for en mer rettferdig fordeling av utviklingskostnadene for nye banebrytende behandlinger. Velstående land i Europa må i større grad ta en del av ansvaret slik at alle land bidrar til å sikre at det i fremtiden leveres behandlinger som kommer pasienter og samfunnet til gode. Ved å justere terskelverdien for pris- og produktivitetsutvikling, sender Norge et signal om vilje til å bidra til utviklingskostnader og øke attraktiviteten for raske lanseringer av nye legemidler. I lys av den internasjonale debatten om prissetting der det er uttrykt at Europa til en større grad må bidra til finansiering av innovasjon på legemiddelfeltet, ville det vært lite hensiktsmessig å la terskelen stå urørt, eller senke den, da dette vil kunne tolkes som manglende vilje til å delta i den internasjonale prisdialogen. Det er derfor nødvendig å vurdere alternativkostnaden i lys av denne globale dynamikken og de tilhørende ringvirkningene. Dette omfatter både betydningen for Norges attraktivitet som marked og for industriens

konkurranseskraft, fordi alternativkostnaden påvirker mulighetene for framtidige investeringer i kliniske studier, annen FoU og produksjon. Oppdraget DMP og Helsedirektoratet nå arbeider med må ikke foregå isolert; relevante departementer, forvaltningsorganer og en ekstern referansegruppe med industrieksperter bør involveres og informeres. AmCham Norway forventer dermed at DMP og Helsedirektoratet har fokus på hurtigutredning og kommer med et konkret forslag til Stortinget om å justere dagens alternativkostnad for pris- og produktivitsutvikling basert på tilgjengelige data inntil det sikrere anslaget er ferdig utredet.

NHO Geneo

Har du andre innspill som kan være viktig for utredning av alternativkostnaden?

- Stortinget har bedt regjeringen, innen utgangen av 2025, om å gjøre en hurtig utredning med mål om å justere dagens alternativkostnad for pris- og produktivitsutvikling. Det er også gitt et oppdrag om å utrede et sikrere anslag på alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten basert på norske data. NHO Geneo er positive oppdragene som vil bidra til at felleskapets ressurser brukes på best mulig måte. Men det er viktig å påpeke at utredningen som skal ferdigstilles før utgangen av året er i tråd med Stortingets vedtak, som innebærer en hurtig prosess som kun tar for seg pris- og produktivitsjustering. Vi ber om at man prioriterer hurtigutredningen, med et konkret forslag til justering av dagens alternativkostnad for pris- og produktivitsutvikling. Terskelverdien har stått uendret siden forrige prioriteringsmelding i 2015, til tross for ambisjoner om tilpasning til norske forhold. Senere forsøk på å utarbeide mer relevante tall for Norske helseøkonomiske prioriteringer har ikke blitt lagt til grunn i politikken. For helsetjenesten er det viktig å sikre mest mulig effektiv fordeling av ressursene. At grunnlaget for prioriteringer i offentlige anskaffelser er praktisk relevant for dagens anskaffelser er avgjørende. En oppdatert, relevant verdi har også betydning for å sikre Norges internasjonale konkurransekraft, og muligheter for å tiltrekke fremtidige investeringer innen kliniske studier, andre forskningsprosjekter og produksjon. Det er derfor svært positivt at Stortinget har bedt om en pragmatisk justering av dagens alternativkostnad på kort sikt, basert på relevante faktorer som kostnads- og produktivitsutvikling. Terskelverdien benyttes ved innføring av nye legemidler. Det er imidlertid verdt å påpeke at en høyere terskelverdi antagelig kun vil ha en moderat effekt på offentlige utgifter til legemidler. Dette i hovedsak fordi en høyere terskel vil gjelde ved innføring av nye legemidler, og er videre kun en inngangsbillett for beslutning om finansiering. Etter innføring trer også andre prismekanismer inn, som anbud og andre former for konkurranse. Etter hvert går legemidlene av patent og faller dramatisk i pris. Etter at den kortsiktige justering av alternativkostnaden er gjennomført, bør dette følges opp med regelmessige justeringer, slik det for eksempel gjøres i fastsettelse av verdien av et statistisk liv (VSL). VSL brukes til å vurdere kostnadseffektiviteten av offentlige tiltak, som investeringer i trafiksikkerhet eller miljøtiltak, som reduserer risikoen for prematur

[OmM6bzpkZmFIOTdjZWZiYzVkNGY4YjA3YjJkNDQzMWI4OWZjND03OmRkYjA6YWRmMjhiMTFIZDNIY2RhZjQ4ZWZkZjEyYTQ2NjU1Y2M1MDQ0MjMwZDcxZjE5ZjM5YmU2ODNiNGE5YjhjNjc3Mzp0OIQ6Rg](#) Regjeringen. 2023. NOU 2023: 4 - Tid for handling.

Tilgjengelig på:

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023->

[4/id2961552/.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzpkZmFIOTdjZWZiYzVkNGY4YjA3YjJkNDQzMWI4OWZjND03OjQ4MTA6Y2I5ZDE0ZjVkdNIYzdiNzE0YWQzNjA5NDk0MmM2ZWZkZjE5ZjM5YmU2ODNiNGE5YjhjNjc3Mzp0OIQ6Rg](#) Kittelsen SAC. Produktivitets- og effektivitetsanalyser i helsesektoren. Magma. 29. november 2023. Tilgjengelig på:

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://magmaforskning.econa.no/index.php/magma/article/view/1429> [.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzpkZmFIOTdjZWZiYzVkNGY4YjA3YjJkNDQzMWI4OWZjND03OjhlZjI6YjhjYzBjZjJiZGMxNWJmYWQ0MWFjNTk1OGFiMTdjZTgwMDg4YTVmZDE4ZmJiZGU1ZTM5Nzg3YTM5NTFhNDEzOTp0OIQ6Rg](#) DNV 2025: Digital helse gir bedre behandling, men øker ikke produktiviteten. Tilgjengelig på:

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.dnv.no/news/2025/ny-rapport-digital-helse-gir-bedre-behandling-men-okker-ikke-produktiviteten/> [.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzpkZmFIOTdjZWZiYzVkNGY4YjA3YjJkNDQzMWI4OWZjND03OjAyN2U6OTkyNjliZDZjZTM4MzU3ZjE4NmUyOWMwMmE5MTE0YTcyYjY2MjZhYjgyZGQ3NTg1YWVhOTAzNDp0OIQ6Rg](#) Finansdepartementet: Meld. St. 31 (2023-2024)

Perspektivmeldingen 2024:

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.regjeringen.no/contentassets/7400c9d08a5543b8912fbf700f3344fd/no/pdfs/stm202320240031000dddpdfs.pdf> [.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzpkZmFIOTdjZWZiYzVkNGY4YjA3YjJkNDQzMWI4OWZjND03OjZmY2E6ZmEyZjkwNTRhZGM5ZDZiZjZhYWYyODY1NWY2OWZhMTc4OTI5ODAwZTZhZmUxMDUyZGZkMDdjMWFjN2JlZTg1Zjp0OIQ6Rg](#)

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder prisvekst i helsetjenesten.

- Helse- og omsorgsdepartementet: 2025. Notat fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi. Tilgjengelig på:
<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/notat-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens-okonomi/id3111172/> [.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzpkZmFIOTdjZWZiYzVkNGY4YjA3YjJkNDQzMWI4OWZjND03OjQxZjU6MTQxMGFIZDRiMzdkODdhN2NmMWYyNWZlOTNlZDY5ZDA4NzQwOGQ5ODQ2NWE2NWRIYzhjYjdmNjlyODBiMmZmYTp0OIQ6Rg](#)

Har du andre innspill som kan være viktig for utredning av alternativkostnaden?

- Hva vi skal betale for en QALY er en viktig diskusjon, og Kreftforeningen er glad for at den norske alternativkostnaden nå skal utredes. Det har lenge vært pekt på at kunnskapsgrunnlaget for dagens terskelverdi er svakt og utdatert. En utredning er derfor nødvendig for å sikre legitimiteten til systemet fremover. I påvente av den grundige utredningen, er det nødvendig å justere midlertidig for pris- og produktivitetsutvikling, slik DMP nå har fått i oppdrag å gjøre. Kreftforeningen mener at det å justere med henblikk på pris- og produktivitsvekst, er en god måte å gjøre det på. En slik pragmatisk tilnærming er nødvendig fordi det er vanskelig å sette to streker under svaret på hva den reelle alternativkostnaden er og hva terskelverdien skal være. For at utgangspunktet for den midlertidige justeringen skal være så relevant som mulig, kan den gjøres ut ifra Wisløff sitt estimat fra 2017 på 376 000 kr. Dette estimatet var basert på oppdaterte data fra de samme forskerne som sto bak grunnlaget for dagens terskelverdi. Prioriteringsmeldingen slår fast at alvorlighetskriteriet fortsatt skal ligge til grunn i beslutninger, og det er ikke presentert endringer i hvordan dette skal vektlegges. En justering av terskelverdien må derfor følges opp med en proporsjonal justering i alvorlighetstrappen. Videre i Prioriteringsmeldingen åpnes det for å legge vekt på samfunnsperspektiv i enkelte saker. Følgelig er det i det videre utredningsarbeidet behov for å ta stilling til hvordan man i slike saker skal forholde seg til alternativkostnad og terskelverdi. I forbindelse med utredningene bør det også ryddes i begreper og kommunisere dette til pasienter, helsepersonell og andre, slik at alle forstår hva det dreier seg om. Hva er for eksempel forskjellen på terskelverdi, alternativkostnad, og verdien av et statistisk liv? Selv om Kreftforeningen mener det er viktig å utrede alternativkostnaden og å ha et så godt estimat på denne som mulig, vil vi likevel advare mot å legge for stor vekt på denne ene verdien. Alternativkostnaden er bare ett element av flere som samlet bestemmer i hvilken grad fremtidige pasienter skal få tilgang til nye metoder. Fremover vil tilgang handle vel så mye om å utvikle systemene og prosessene knyttet til innføring av nye metoder. Systemene må være fleksible, ta inn over seg endringene i for eksempel hvordan legemidler utvikles, og egenskaper ved legemidlene som kommer. Økt satsing på å utforske hvilke saker som kan ha nytte av alternative prisavtaler, og hvordan disse kan identifiseres på et tidligere stadium i prosessen enn i dag, er et eksempel på veien vi bør gå for å sikre pasientene tilgang i årene som kommer.

Hodepine Norge

Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur

- Jensen, R., & Stovner, L. J. (2008). Epidemiology and comorbidity of headache. *The Lancet Neurology*, 7(4), 354-361. DOI: 10.1016/S1474-4422(08)70062-0 ResearchGate
Lenke til artikkel (ResearchGate / The Lancet Neurology) May, A., Schwedt, T. J., Magis, D., Pozo-Rosich, P., & Evers, S. (2018). Cluster headache. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 6. DOI: 10.1038/nrdp20186 Steiner, T. J., Stovner, L. J., Jensen, R.,

Uluduz, D., & Katsarava, Z. (2020). Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. *Journal of Headache and Pain*. DOI: 10.1186/s10194-020-01208-0 Global Burden of Disease Study 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9

Beskriv momenter som er spesielt viktig å ha med i utredningen av alternativkostnaden basert på din vurdering av tilgjengelig litteratur.

- For personer med hodepinesykdommer, som migrene og klasehodepine, er det spesielt viktig at alternativkostnaden og terskelverdien er oppdatert og relevant: Stor sykdomsbyrde: Migrene er ifølge Global Burden of Disease den nevrologiske sykdommen som gir flest tapte leveår med helsetap. Klasehodepine omtales som en av de mest smertefulle sykdommene som finnes. Dette viser at alvorlighet og funksjonstap må tillegges stor vekt. Rettferdig tilgang til behandling: Når terskelverdien ikke er oppdatert, kan pasienter med alvorlige hodepinesykdommer bli nektet tilgang til kostnadseffektive behandlinger som kan gi stor helsegevinst. Samfunnsøkonomiske konsekvenser: Ubehandlet eller dårlig behandlet migrene og klasehodepine fører til betydelig sykefravær, uførhet og redusert produktivitet i yrkesaktiv alder. Dette er gevinster som ikke alltid fanges fullt opp av QALY-beregninger, men som bør synliggjøres i vurderingen. Behov for pragmatisk justering: Inntil en mer grundig norsk utredning foreligger, er det avgjørende at DMP legger til grunn en pragmatisk, midlertidig justering av terskelverdien. Dette vil kunne gi bedre samsvar mellom prioriteringssystem
- et og dagens behov, og sikre at pasienter med alvorlige hodepinesykdommer får rettferdig tilgang til nye og effektive behandlinger.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder produktivitet i helsetjenesten.

- For oss er det særlig relevant at data om produktivitet i helsetjenesten inkluderer hvordan nye behandlinger påvirker pasientens funksjonsevne og samfunnsdeltakelse. Når personer med hodepinesykdommer får effektiv behandling, kan de i større grad stå i jobb, redusere sykefravær og unngå uførhet. Slike effekter gir store gevinster for både den enkelte og samfunnet, men blir ofte undervurdert dersom man kun ser på tradisjonelle helsetjenestekostnader. Vi mener derfor at følgende datatyper er relevante: Registerdata om sykefravær og uføretrygd relatert til hodepinesykdommer. Data fra pasientregistre og kvalitetsregistre som viser ressursbruk og behandlingsutfall. Oppdaterte spørreundersøkelser som fanger opp hvordan behandling påvirker livskvalitet, arbeidsdeltakelse og behov for helsetjenester. Slike data kan gi et mer helhetlig bilde av produktivitet i helsetjenesten og bidra til at prioriteringssystemet bedre reflekterer den reelle gevinsten av nye behandlinger.

Har du andre innspill som kan være viktig for utredning av alternativkostnaden?

- Migrene rammer spesielt kvinner i ung og yrkesaktiv alder. Forekomsten hos kvinner er 2-3 ganger høyere enn hos menn, og debutalderen for migrene ligger ofte i tenårene til tidlig voksenalder. At disse kjønns- og aldersforskjellene sammenlignet med mange andre kroniske sykdommer er så markante gjør at prioriteringssystemet må reflektere disse forholdene når terskelverdien for alternativkostnaden vurderes. Alternativkostnaden må ikke bare ses som en teknisk beregning, men også som et verktøy som påvirker pasienters tilgang til behandling. For pasienter med hodepinesykdommer, der både sykdomsbyrden og funksjonstapet er svært høyt, kan en for lav terskelverdi føre til at effektive legemidler og tiltak ikke tas i bruk – til tross for at de gir stor helsegevinst. Vi vil understreke behovet for å balansere effektiv ressursbruk med rettferdig fordeling og alvorlighetshensyn. Dersom alternativkostnaden justeres uten at dette hensynet tydeliggjøres, risikerer man at grupper med høy sykdomsbelastning, som migrene- og klasehodepinepasienter, blir skadelidende. Det er derfor viktig at utredningen viser hvordan alvorlighet og helsetap i arbeidsfør alder kan vektlegges i samspill med alternativkostnaden, slik at prioriteringssystemet blir både økonomisk robust og rettferdig.

MS forbundet

Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur

- Torbjørn Wisløff: Ny norsk terskelverdi for verdien av et godt leveår? tidsskriftet.no 2017

Har du andre innspill som kan være viktig for utredning av alternativkostnaden?

- I prioritering er det totaliteten som teller, og alternativkostnaden er kun ett element. Øvrige elementer er blant annet håndtering av usikkerhet og alvorlighetsberegning. Det er utenfor DMPs mandat å endre på alvorlighetskriteriet. Dette arbeidet må derfor forstås som å endre på nederste trappetrinn i alvorlighetstrappen («grunntallet»), og beholde brattheten slik den er. Alternativkostnaden på 275'000 kroner hadde et meget dårlig empirisk grunnlag da den ble innført med forrige Prioriteringsmelding. Men den brukes bokstavelig i prisforhandlinger med industrien, og har stor praktisk betydning. En perfekt dokumentert alternativkostnad ut i fra dagens forhold er krevende å beregne nøyaktig, hvorav kostnadsøkning og produktivitetsvekst muligens drar i motsatte retninger. DMP må derfor utvise skjønn, slik at en justert alternativkostnad er fair og får praktisk nytte i påvente av større akademiske arbeider. På kort sikt anbefales det å se hen til anslag utført av Torbjørn Wisløff. Alvorlighetstrappen virker inn på reell betalingsvilje, og de fleste nye terapier prisforhandles på høyere trappetrinn enn 275'000. Dette bør hensyntas i den skjønnsmessige justeringen av ny alternativkostnad. Prisforhandlingstaktikk med

industrien er ett formål med alternativkostnaden, men ikke det eneste. Det oppfordres derfor til å legge vekt på faglige hensyn, og se hen til at alternativkostnaden også får nytte i helseøkonomisk analyse der prisforhandling ikke er relevant. Eksempler på dette er analyse av tjenestetilbud og teknologi som helsevesenet selv tilbyr (stamcelle eksempel). Det vises også til faglig diskusjon om overskuddsdeling og omfordeling, slik at samfunnsøkonomisk overskudd blir fordelt på en rimelig måte. DMP oppfordres derfor til å være pragmatiske og oppjustere alternativkostnaden.

LHL

Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur

- Wisløff T. (2017) – «Ny norsk terskelverdi for verdien av et godt leveår?» (Tidsskrift for Den norske legeforening).
- Menon Economics (2023) – «Vurdering av ny terskelverdi for et godt leveår».

Beskriv momenter som er spesielt viktig å ha med i utredningen av alternativkostnaden basert på din vurdering av tilgjengelig litteratur.

- Terskelverdien må baseres på oppdatert og solid kunnskapsgrunnlag: Dagens terskelverdi på 275 000 kroner per kvalitetsjusterte leveår (QALY) hviler på gamle og utenlandske data. Dette gir et svakt legitimitetsgrunnlag. Utredningen bør kartlegge hvor mye forutsetningene har endret seg siden den ble fastsatt. Anslaget upresist allerede ved innføringen, og mye tyder på at det i dag ikke reflekterer helsetjenestens reelle alternativkostnad. En oppdatert terskelverdi er nødvendig for å sikre tillit til prioriteringssystemet fremover. Konsekvenser av feil nivå må tydeliggjøres: Dersom terskelverdien er satt for lav i forhold til reell alternativkostnad, risikerer man underfinansiering av tiltak som egentlig kunne gitt netto helsegevinst innenfor budsjettet. Er terskelverdien for høy, vil helsetjenesten kunne innføre tiltak som gir mindre total helse enn mulig, altså ineffektiv ressursbruk. Et misvisende lavt anslag fører til ineffektiv ressursutnyttelse og kan svekke helsetjenestens evne til å løse sitt oppdrag, med potensielt økte forskjeller og et todelt helsevesen som følge. Disse momentene, effektivitet og rettferdig fordeling, er spesielt viktige å belyse. Usikkerhet og behov for pragmatisme må erkjennes: Selv et oppdatert anslag vil ha usikkerhetsmarginer. Det perfekte tallet lar seg neppe beregne eksakt i en kort prosess. Derfor bør DMP innta en pragmatisk tilnærming og benytte et skjønnsmessig justert anslag basert på best tilgjengelige data om pris- og produktivitetsutvikling. Oppdraget er tydelig på at dette skal være en hurtigutredning for å justere dagens verdi for pris- og produktivitetsendringer, i påvente av en grundigere analyse basert på norske data. Det er viktig å begrense omfanget i tråd med dette. Utredningen bør fokusere på å justere det eksisterende tallet nå, fremfor å forsøke en fullstendig ny beregning av alternativkostnaden. En slik avgrensning er nødvendig for å unngå å forsinke metodevurderinger og pasienters tilgang

unødig. Historisk utvikling og norske forhold må vektlegges: Momenter det er spesielt viktig å få fram, er hvordan kostnadsnivået og produktiviteten i norsk helsetjeneste har utviklet seg siden dagens terskelverdi ble innført. Lønninger og behandlingskostnader har steget betydelig, mens produktivitetsveksten har vært begrenset. Dagens terskelverdi stammer fra et estimat for NHS i 2008 og ble omregnet for norske forhold rundt 2014–2016. Siden den gang har vi hatt rundt ti år med pris- og kostnadsvekst. Konsumprisindeksen har økt betydelig, og sykehusenes driftskostnader har vokst raskere enn befolkningen. Samtidig tyder analyser på at produktiviteten i helsevesenet ikke har økt i tilsvarende grad, noe som isolert sett trekker alternativkostnaden per QALY opp. Utredningen bør kvantifisere dette så godt som mulig. Dette gir et konkret utgangspunkt for en ny midlertidig terskelverdi. Alvorlighetsgrad og alvorlighetstrappen er sentralt: En justering av terskelverdien må sees i sammenheng med alvorlighetskriteriet i prioriteringssystemet. Dagens system gir høyere betalingsvilje (terskel) for høyere alvorlighet, i form av en trapp der 275 000 kr/QALY er grunnverdien for laveste alvorlighet. En oppjustering av denne grunnverdien må følges av en proporsjonal justering av alvorlighetstrappen, slik at man beholder samme relative prioritering av de mest alvorlige sykdommene. Utredningen bør tydelig kommunisere hvordan en ny terskelverdi vil påvirke de praktiske alvorlighetsgrensene. Klarere begrepsbruk og kommunikasjon må vektlegges: Det er viktig å adressere forvirringen rundt begrepene alternativkostnad, terskelverdi, betalingsvilje og verdien av et statistisk liv. Disse begrepene blandes ofte i debatten. En klargjøring vil være nyttig for pasienter, helsepersonell og beslutningstagere.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder produktivitet i helsetjenesten.

- Produktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten er nøkkelen. Relevante data inkluderer årlige målinger fra SAMDATA/Helsedirektoratet og Teknisk beregningsutvalg (TBU). Samdata-tall viser utviklingen i kostnader opp mot aktivitetsvekst. For somatisk spesialisthelsetjeneste har kostnadene reelt økt årlig, noe høyere enn befolkningsveksten. Dersom aktivitetsvolumet ikke har økt tilsvarende, impliserer det lav produktivitetsvekst. Akademiske oversikter, som Kittelsen (2023) i Magma, viser at Norge har hatt lav, men positiv produktivitetsutvikling i sykehusene. Dersom årlig produktivitetsøkning har vært rundt 0,5 %, kan man anta en samlet effekt på rundt 5 % over ti år. Dette må veies mot prisveksten. Indirekte indikatorer som ventetider, aktivitet per ansatt, og DRG-poeng per krone er også relevante. Nyere undersøkelser viser at digitalisering har gitt bedre behandling, men i liten grad redusert kostnader eller frigjort tid. Dette tyder på at nye metoder forbedrer kvalitet, men ikke øker produktiviteten tilsvarende. Relevant produktivitetsdata er derfor tall for årlig produktivitetsendring i helsevesenet, samt analyser av årsaker.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder prisvekst i helsetjenesten.

- Kostnads- og prisindekser for helse må benyttes. Relevante data inkluderer offisielle indekser for lønns- og prisvekst i spesialisthelsetjenesten, konsumprisindeksen (KPI), og egne helsekostnadsindekser. Teknisk beregningsutvalg gir årlige anslag for lønns- og prisvekst, og disse bør inngå. Ser man tilbake til 2014–2015, da 275 000 kr/QALY ble foreslått, og frem til i dag, har prisnivået økt betydelig. Forsiktig anslått kan prisveksten tilsvare 25–30 % i perioden. Det betyr at 275 000 kroner i 2015 tilsvarer rundt 350 000–360 000 kroner i 2025-kroner, justert for prisvekst alene. Spesifikke prisdrivere som legemidler, medisinsk utstyr, bygg og anlegg, og lønnskostnader for helsepersonell må også vurderes. Legemiddelpriser varierer, men mange nye medisiner er svært kostbare. Lønn er den største kostnadsposten i helsetjenesten, og lønnsvekst har vært betydelig. Et rimelig datasett for prisvekst vil være årlige kostnadsdeflatorer for sykehusdrift, KPI og lønnsindekser, samt eventuelle del-indekser for legemidler og utstyr. Dette gjør det mulig å justere terskelverdien til dagens nivå.

Har du andre innspill som kan være viktig for utredning av alternativkostnaden?

- Pasientperspektivet må vektlegges: For pasienter med alvorlige hjerte-, kar-, lunge- og nevrologiske sykdommer handler dette arbeidet om tilgang til effektive nye metoder. Alternativkostnaden og terskelverdien er tekniske størrelser, men de avgjør hvilke behandlinger som blir tilgjengelige. En riktig kalibrert terskelverdi er avgjørende for at pasientene ikke mister behandlinger som kan gi dem et bedre og lengre liv. En heving av terskelverdien der det er faglig begrunnet kan bety at flere gode behandlinger slipper gjennom nåløyet. Samtidig er alternativkostnaden bare ett element i prioriteringssystemet. Tilgang avhenger også av alvorlighetskriteriet, håndtering av usikkerhet, finansieringssystemer og prosesser. Fremover vil systemforbedringer være vel så viktige som selve terskelverdien. Nye metoder bør bli mer fleksible og tilpassede, og alternative prismodeller og risikodeling bør utvikles. LHL oppfordrer til at hurtigutredningen gjennomføres raskt og effektivt, og at det etableres mekanismer for jevnlig oppdateringer av terskelverdien. Alternativkostnaden er ikke statisk, og bør revideres regelmessig for å sikre legitimitet og forutsigbarhet. Avslutningsvis ønsker LHL å understreke at dette arbeidet er nødvendig for å sikre mest mulig helse for hver krone, men at systemet må ha rom for skjønn og rettferdighet. Alternativkostnaden er et verktøy for bedre prioritering, ikke et mål i seg selv. En oppdatert terskelverdi kombinert med et styrket prioriteringssystem kan gi en mer rettferdig og åpen helsetjeneste med likeverdig tilgang for alle pasientgrupper.

Epilepsiforbundet

Justering av alternativkostnaden – et nødvendig, pragmatisk grep

Stortinget har bedt Regjeringen og direktoratene (Helsedirektoratet (HDIR) og Direktoratet for medisinske produkter (DMP) om å justere dagens alternativkostnad for pris- og produktivitetsutvikling. Dette er et avgrenset og tidskritisk oppdrag, som etter vår mening må gjennomføres raskt og på en enkel måte.

Som pasientorganisasjon tolker vi oppdraget dithen at denne justeringen ikke handler om å etablere et nytt og omfattende vitenskapelig anslag på alternativkostnaden. Dagens terskelverdi har etter vår vurdering en begrenset tilknytning til begrepet alternativkostnad, og et mer robust estimat må utredes i et eget faglig spor senere. Dette arbeidet handler om å levere på Stortingets bestilling: en praktisk justering som reflekterer utviklingen i priser og produktivitet siden 2015, og som kan gi raske og positive konsekvenser for norske pasienter.

1. Hvorfor justering er nødvendig

Når terskelverdien står stille i ti år, mister systemet både relevans og legitimitet. Pasienter og pårørende opplever det som urimelig at et så sentralt verktøy i prioriteringssystemet ikke har blitt oppdatert, selv om kostnadsnivået i samfunnet har endret seg.

Flere analyser – Woods/Claxton (2016), Wisløff (2017) og Menon (2023) – har vist at nivået er lavt sammenlignet med dagens pris- og produktivitetsutvikling. Det kan undergrave tilliten til systemet og gjøre at beslutningene ikke oppleves som forankret i faktiske forhold.

2. Avgrensning av oppdraget

Det er viktig å skille klart mellom to oppgaver:

- **Den kortsiktige jobben:** å justere dagens terskel for pris- og produktivitetsutvikling, slik Stortinget har bedt om.
- **Den langsiktige jobben:** å vurdere et nytt, mer empirisk forankret anslag på alternativkostnaden – en oppgave for uavhengige fagmiljøer på et senere tidspunkt. Dette har etter vår kunnskap ingen land så langt klart å lande på ent faglig robust måte.

Vi anbefaler DMP og HDIR nå bør konsentrere seg om den første oppgaven. Det mer omfattende faglige arbeidet må ikke forsinke den enkle og nødvendige løsningen som kan gjennomføres nå.

3. Relevante data og kilder

Både Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4) og Sykehusutvalget (NOU 2023:8) viser at produktivitetsveksten i helsesektoren i gjennomsnitt har ligget på rundt 0,5–0,6 prosent årlig, klart lavere enn i resten av økonomien. Prisveksten for helsetjenester har fulgt den generelle konsumprisindeksen (SSB).

Dette gir et tydelig grunnlag for å oppdatere terskelen med en enkel indeksregulering, fra 2015 og frem til i dag, basert på prisvekst fratrasket produktivitetsvekst.

4. Tillit og legitimitet

For pasienter og familier er det avgjørende at prioriteringssystemet oppleves som rettferdig og oppdatert. Når terskelverdien står stille i ti år, føles det som å skulle betale dagens matvarepriser med lønna du hadde i 2015.

For epilepsipasienter, særlig de med sjeldne diagnoser, har dette i praksis betydd flere avslag i metodevurderinger de siste årene. For familier har det igjen ført til at barn og unge har blitt stående uten tilgang til behandling, ofte i mange år. En enkel og transparent oppjustering vil være et tydelig signal om at systemet følger med på samfunnsutviklingen og gir pasientene en reell sjanse til å bli vurdert på nytt.

Konklusjon

Epilepsiforbundet anbefaler at DMP og HDIR:

Leverer på Stortingets bestilling om en rask og pragmatisk justering av dagens terskel, basert på pris- og produktivitetsutvikling siden 2015.

Holder prosessen avgrenset og ikke blander inn diskusjonen om et nytt empirisk anslag på alternativkostnaden – dette anbefales utredet senere, i et eget faglig spor.

Sørger for åpenhet og transparens i beregningene, basert på åpne og tilgjengelige data (SSB, HDIR, Finansdepartementet).

En slik tilnærming vil kunne sikre at prioriteringssystemet fortsatt oppleves som oppdatert, relevant, rettferdig og til å stole på.

Litteraturliste:

Stortinget, vedtak 903. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Vedtak/Sak/?p=103115>

- Wisløff, T. (2017): *Ny norsk terskelverdi for verdien av et godt leveår?* Tidsskrift for Den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2017/04/debatt/ny-norsk-terskelverdi-verdien-av-et-godt-leveaar>
- Woods, B., Revill, P., Sculpher, M., & Claxton, K. (2016): *Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research*. Health Economics, 25(12). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26804361/>
- Menon Economics (2023): *Sjeldne diagnoser og prioritering – notat juli 2023*. <https://www.menon.no/publication/sjeldne-diagnoser-og-prioritering/>
- NOU 2023:4: *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2967208/>

- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2972958/>

Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur

- <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.nice.org.uk/process/pmg36> .YzJl
OmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyM
Dk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMD03OjI4YzQ6NjlmNmU0YWRkYzc1YWZjYmI1Zj
I3NGQ1YmNINTNmMzq2YmI4MzNjYzc5MzNjZWVhZTAxYmI1YjQ1YTk4YmJjZTpoOIQ6

særlig viktig for sjeldne sykdommer, der tradisjonell evidens ofte er begrenset (Garrison et al., 2013; OECD, 2017, 2019). DOI:

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://doi.org/10.1016/j.jval.2013.04.011> .YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjlkOWY6NmI4ZDNjZTMzOWEzN2M4OTIINTk0ZGJlOTQ5N2FIOUY2NWE4YWJkZTQzZGI3YzBmYzgxNzYxZmIxMzBhNDRiNDp0OIQ6Rg OECD:

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/01/new-health-technologies_g1g72f2b/9789264266438-en.pdf .YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjdmNTM6MmNiOTgxYTZIN2Y1YTBlMjA4MDc1YWlwOTg4MTljYTg1YzY3OGQ0MmQ0ZTMzMzU2N2FIOTM5NmU1MzMzMzYmE4MDp0OIQ6Rg OECD:

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> [https://www.oecd.org/en/publications/performance-based-managed-entry-agreements-for-new-medicines-in-oecd-countries-and-eu-member-states_6e5e4c0f-](https://www.oecd.org/en/publications/performance-based-managed-entry-agreements-for-new-medicines-in-oecd-countries-and-eu-member-states_6e5e4c0f-en.html)

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> [en.html](https://www.oecd.org/en/publications/performance-based-managed-entry-agreements-for-new-medicines-in-oecd-countries-and-eu-member-states_6e5e4c0f-en.html) .YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjhmZWE6OGZiNzlyODY3ZjhiODcyMmYxMDc4NTA4YjdINmMzZTc1ZTI1YzhmMTNhMWUxNGQ5MGFjOWE4NGYzODljYTQ4Mzp0OIQ6Rg 4. EFPIA/IQVIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey.

Rapporten dokumenterer at orphan-legemidler har lavere tilgjengelighet og lengre ventetid enn andre legemidler i Europa. For Norge betyr det at en for lav terskel kan gi systematisk tap av tilgang, med betydelig helsetap som resultat (EFPIA/IQVIA, 2025).

Lenke: <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> [https://efpia.eu/media/oeganukm/efpia-patients-wait-indicator-2024-final-](https://efpia.eu/media/oeganukm/efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf)

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> [110425.pdf](https://efpia.eu/media/oeganukm/efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf) .YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OmFiZDY6ODMwYjIhMmVmYzYzNDVjZTU3MThkOGFhMzA3ZjJmMDIhNjU4YmJjMDIxM2QyMzA5OTIyZTVkY2UxZGRjZDkzNDp0OIQ6Rg 5. EURORDIS Rare Barometer (EJHG, 2024). Denne studien dokumenterer at median tid til diagnose fortsatt er ca. 4,7 år for sjeldne sykdommer i Europa. Dette understreker behovet for tidlig tilgang og at terskelpolitikken må bidra til å redusere «diagnostisk odysse» (Faye et al., 2024). Lenke:

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38755315/> .YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjVkyZy6ZGY1Y2I3MzBjZTAxYzJINzE4YTJmYTg4NTg2OTMxNWQwNjJkNGM3YmY0MTA5MzUzY2MzZjdmMTJkMDNmNDIyNzA5OTIyZTVkY2UxZGRjZDkzNDp0OIQ6Rg 6. EU-kommisjonen – ERN evaluering (2025). Første helhetlige evaluering konkluderer med at ERN-økosystemet fungerer og gir raskere diagnostikk, bedre pasientforløp og økt kunnskapsdeling. Dette gir Norge et solid grunnlag for å koble ERN til RWE-innsamling i managed access-avtaler (European Commission, 2025). Lenke:

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://health.ec.europa.eu/document/download/>

[b081f4a9-737a-4e47-9e97-](#)

[00596f6a4bae_en_.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWRRpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjI0MTg6ZjYxNTk1MDMzOWY3ODRkMDA0ZTA4OWY4MjIxMGJkMdc3MTdmODQ2ZTNmYjFjYzZmMmM4YWNkZW0MTE2N2UxOTp0OIQ6Rg](#)

7. Norske kilder: TBU og SAMDATA. Teknisk beregningsutvalg (TBU) har utviklet en deflator for spesialisthelsetjenesten (70 % lønn, 30 % vareinnsats). Sammen med Helsedirektoratets SAMDATA-rapporter gir dette en unik mulighet til å justere terskelen løpende for faktisk pris- og produktivitetsutvikling i helsetjenesten (TBU, 2024; Helsedirektoratet, 2023). TBU:

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/notat-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens->

[okonomi/id3111172/?ch=9_.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWRRpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OmNmNmI6Yjk3YjAwMWE0NmQwMGI1NWU5N2U2OWQ0OGEzOTBmYmJhZDQxODM0ZjAyZmQzMTUxMDYyYmVhMTkwZTk5MGViODp0OIQ6Rg](#) SAMDATA:

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata->

[spesialisthelsetjenesten_.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWRRpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjMxZmE6MTZiZTJlYzFkNWE2NzE4MDdkZjY4MjA3YWNkM2I5N2lwYmJjYzYzZGlnNWY2ZTE3MGZiNzYwMTkwNGRIYTJiMTp0OIQ6Rg](#)

Beskriv momenter som er spesielt viktig å ha med i utredningen av alternativkostnaden basert på din vurdering av tilgjengelig litteratur.

- Utredningen av alternativkostnaden bør inkludere særskilte vurderinger for sjeldne og ultrasjeldne sykdommer. Vi anbefaler at følgende momenter vektlegges: 1. Liten reell fortrenkning. Små populasjoner gir begrenset budsjettpåvirkning, mens helsetapet ved utsettelse er betydelig. Fortrenkningskostnaden i andre deler av helsetjenesten blir derfor liten. Skottlands Ultra-Orphan Pathway har anerkjent dette ved å gi midlertidig tilgang til alle ultra-orphan-legemidler i tre år, med planlagt datainnsamling og revurdering (Scottish Medicines Consortium [SMC], 2019, 2023). Lenke: <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.gov.scot/publications/ultra-orphan-medicine-pathways-guidance/> [.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWRRpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjczM2Q6MTk1OGM1YzZcZWJhYmQyZjI3MTM2YTQwOWFkY2M1YWFKNDQyMGY5NDg5ZjBiYTvjZDQ4MGVjY2ViNzUwYzZTp0OIQ6Rg](#) Lenke: <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> https://scottishmedicines.org.uk/media/9351/2025-08-06-guidance-supplement-ultra-orphan-v30.docx_.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWRRpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjQwYjYjc6ODhlZDY3MjM3

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://efpia.eu/media/oeganukm/efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf> [.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjE0Njg6YjEwNTBiZmQ3YjU3YWUyNDJINmY5NDIyYjIhZTI3NGEwYmI2OWY3YzZmYjVjOWQ5NTQxYmI0YTUxNUGU1MjJjNz00IQ6Rg](#) • European Commission. (2025, juni). ERN Board of Member States' Decision concerning the periodic evaluation of ERNs and members. Directorate-General for Health and Food Safety.

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> https://health.ec.europa.eu/document/download/b081f4a9-737a-4e47-9e97-00596f6a4bae_en [.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OmNmOGI6ZThlOGE5MjU5Yjg3MGEwZDdlMzQyZjE4MGY2ZTdmNjcyYmI3ZTA1MTZkMGZmMGQ1NWkNDQ1ZWlxMjRmMWIzYz00IQ6Rg](#) • Faye, M., O'Connor, M., Gallagher, L., Kerr, K., Etherington, R., & Valverde, O. (2024). Time to diagnosis for people living with a rare disease: An international survey. *European Journal of Human Genetics*, 32(10), 1244–1254. <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://doi.org/10.1038/s41431-024-01604->

[z .YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3Ojk3MDU6NmMxOWE5MGZkYzlwNjU3MjJmNzJjZmJmNzkyMDc1YTE3ZTI0ZjVjZTY4MjRiMTVmN2MwMDIhYjdiZTFjNjVINzp0OIQ6Rg](https://protect.checkpoint.com/v2/r02/) • Regjeringen. (2025). Meld. St. 21 (2024–2025): Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20242025/id3096827/> [.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjQ0NWl6YWE2OTFjNmlwMzYxNmUyMzZmYTJmMjg5NGQ4YTJkMGFkZDhjYzE2MDk3YTThkMjA2ZjUxMjQ2MzAzMWQyMjYxNDp0OIQ6Rg](https://protect.checkpoint.com/v2/r02/)

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder produktivitet i helsetjenesten.

- For å vurdere alternativkostnaden korrekt må utredningen inkludere data som viser hvordan nye behandlinger for sjeldne sykdommer kan påvirke produktiviteten i helsetjenesten. Dette gjelder særlig kapasitetsutnyttelse, frigjøring av ressurser og bedre pasientforløp. 1. Kostnad per aktivitet. Helsedirektoratets SAMDATA viser årlig utvikling i kostnad per DRG-poeng, liggedøgn, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. For 2023 var gjennomsnittskostnaden per DRG-poeng 61 672 kroner (Helsedirektoratet, 2023). Slike serier gir grunnlag for å beregne marginal produktivitet og dermed estimere hvor mye helsegevinst som fortrenses ved å bruke ressurser på nye tiltak. For sjeldne sykdommer, der kohortene er små, vil påvirkningen på disse gjennomsnittene være minimal. 2. TBU-deflator som korreksjon. Teknisk beregningsutvalg (TBU) publiserer en egen deflator for spesialisthelsetjenesten, basert på 70 % lønn og 30 % vareinnsats. Dette gir et mer presist mål på helsespesifikk prisvekst og bør brukes for å skille prisvekst fra reell produktivitetsendring (TBU, 2024). Kombinasjonen av TBU-deflator og SAMDATA-serier kan dermed gi et robust bilde av om helsetjenesten faktisk produserer mer helse per krone over tid. 3. Indikatorer for kapasitetsfrigjøring. Managed access-avtaler for sjeldne sykdommer bør inkludere indikatorer som kan måles i norske registre: • Reduksjon i akuttinnleggelser og reinnleggelser. • Kortere liggetid og mindre bruk av intensivressurser. • Færre polikliniske kontroller eller infusjonsbesøk. • Overføring av oppfølging til primærhelsetjenesten. Disse indikatorene kan dokumentere at nye behandlinger frigjør kapasitet og dermed øker produktiviteten, selv i små pasientgrupper. 4. Pasientrapporterte utfall (PRO) og samfunnseffekter. NICE fremhever at standard QALY-mål ofte i for liten grad fanger opp nytte ved sjeldne sykdommer, og at pasientrapporterte utfall bør inkluderes i vurderingene (NICE, 2022). PRO-data om funksjon, smerte, fatigue og livskvalitet kan kombineres med samfunnsindikatorer som skolefravær, yrkesdeltakelse og behov for kommunale tjenester. Dette gir et bredere bilde av produktivitetseffekter som ellers overses. 5. ERN som produktivitetsløft. EU-kommisjonens evaluering (2025) konkluderte at ERN forkorter tiden til korrekt diagnose og standardiserer forløp (European Commission, 2025). Når norske pasienter inngår i

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder prisvekst i helsetjenesten.

- Korrigering av alternativkostnad med helsespesifikk prisvekst For å justere alternativkostnaden korrekt må man benytte data som fanger opp helsespesifikk prisvekst, ikke bare KPI. Uten dette blir terskelen kunstig lav, og sjeldne pasienter mister tilgang til behandlinger med høy helsegevinst. 1. TBU-deflator. TBU utvikler en deflator for spesialisthelsetjenesten (70 % lønn, 30 % vare- og tjenesteinnsats). Denne reflekterer faktiske innsatskostnader bedre enn KPI og er mest relevant for prisjustering (TBU, 2024). Dersom veksten overstiger produktivitetmålingene, undervurderer dagens terskel reell alternativkostnad. 2. SAMDATA og kostnadsserier. SAMDATA publiserer årlig tall for kostnadsutvikling, bl.a. per DRG-poeng og dagbehandling. Rapportene viser at kostnader i sykehus øker raskere enn produktivitet (Helsedirektoratet, 2023). Uten indeksjustering bærer små kohorter uforholdsmessig stor byrde. 3. Innkjøpsdata og legemiddelpriser. ISF-grunnlagsdokumenter og Sykehusinnkjøps data viser utviklingen i legemiddelpriser og innsatsfaktorer (Helsedirektoratet, 2025a, 2025b). Når prisvekst overstiger inflasjon, må terskelen heves for å sikre rettferdig vurdering av nye, kostbare behandlinger. 4. OECD – internasjonal sammenlikning. Health at a Glance 2023 dokumenterer høyere norsk kostnadsnivå enn OECD-snittet. Ved import av terskler må disse oppjusteres med PPP/PLI for å reflektere norsk kontekst (OECD, 2023). Dette gjelder særlig orphan-legemidler som lanseres bredt i Europa. 5. Oppdateringsregel. En pragmatisk løsning er å indeksere terskelen etter formelen: $\lambda_t = \lambda_{(t-1)} \times (1 + \pi_{\text{helse}} - g_{\text{helse}})$, der π_{helse} er TBU-deflatoren og g_{helse} produktivitetsvekst fra SAMDATA. Dermed holdes terskelen reelt konstant over tid (TBU, 2024; Helsedirektoratet, 2023). 6. Relevans for sjeldne sykdommer. For sjeldne og ultrasjeldne sykdommer har høy prisvekst to konsekvenser: • Små kohorter gir lav budsjettpåvirkning – justering av terskel truer ikke bærekraft. • Uten oppjustering oppstår systematisk underfinansiering, noe som rammer pasienter med forsinket diagnose og tilgang (Faye et al., 2024; EFPIA & IQVIA, 2025). Å justere terskelen med helsespesifikk prisvekst er derfor både metodisk riktig og et spørsmål om rettferdighet. Referanser • EFPIA & IQVIA. (2025). Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey. <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://efpia.eu/media/oeganukm/efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf> <https://doi.org/10.1038/s41431-024-01604-z> • Faye, F. et al. (2024). Time to diagnosis and determinants of diagnostic delays. Eur J Hum Genet, 32, 1116–1126. <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://doi.org/10.1038/s41431-024-01604-z> • Helsedirektoratet. (2023). SAMDATA spesialisthelsetjenesten. <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samd>

ata-

[spesialisthelsetjenesten .YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjZmN2E6Y2FjY2EzZmUzNGRkNGY0ODA4NTdmMmY5MGIxN2Q4MmJmZDM5ZDE1MWQxYzEwZWkZWYwY2Q4MjRIODA1OTlmZjp0OIQ6Rg](#) • Helsedirektoratet. (2025a). Innsatsstyrt finansiering – regelverk 2025.

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering->

[isf/ISF%20Regelverk%202025.pdf .YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OmRkZWU6YTdhMjUxMDRkN2VlZjI3ZDhlMGM4MjlxYWVhNDkzZGRjNTdkZjk4YTknZU0NWY4OGQ1ZDQwYzI2NmZiYzkwOTp0OIQ6Rg](#) • Helsedirektoratet. (2025b). ISF Grunnlagsdokument 2025.

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/> [/attachment/inline/d2aee73a-c39c-4708-bf1c-855047ea3fd4%3A21715f0bc71b140e528da9cf8e46a2a329022665/ISF%20Grunnlagsdokument%202025.pdf .YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OmM0NjQ6Mjc4MjkzYTkyYzY2VhOTI4ZmJkYThINDUxN2EzZmMlyNmQ0Nzk0ZGNkMTE4Yjg3M2ZhMzU5MjQ4YzFmNzM3NTp0OIQ6Rg](#) • OECD. (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> [.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjhmMjc6YjdhYzkyNjg0Y2Q2YmY0YmVlZTVmYmY0MTEwNWE1NTE3YTl2YWFkM2ZhZjA3NjU3Yjg3NjBmM2YzMTM2ZGEzNDp0OIQ6Rg](#) • TBU. (2024). Rapport fra Teknisk beregningsutvalg.

<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapp-ort-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens-okonomi/id3079071/?ch=9> [.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjY3MjA6NWUyMzY5MjYxMTQyNmVhN2MyMTRiZmMzN2RhY2NhMzQ4NDliN2YzNWUwNDAwZGNjOTIxOTJIMGU4NmI1ZDk4OTp0OIQ6Rg](#)

Har du andre innspill som kan være viktig for utredning av alternativkostnaden?

- For å gjøre hurtigutredningen treffsikker og rettferdig anbefaler Koalisjonen for sjeldne sykdommer følgende: 1. Årlig oppjustering av terskelverdien. Dagens terskel er ikke prisjustert og kjøpekraften svekkes. Vi anbefaler indeksjustering etter formelen: $\lambda_t = \lambda_{t-1} \times (1 + \pi_{\text{helse}} - g_{\text{helse}})$, der π_{helse} er TBU-deflator (70 % lønn, 30 % vareinnsats) og g_{helse} er real produktivitetsvekst (TBU, 2024; Helsedirektoratet, 2023). 2. Sjeldenspesifikk terskel. Etabler en eksplisitt modifikator for sjeldne og ultrasjeldne

https://protect.checkpoint.com/v2/r02/_https://health.ec.europa.eu/document/download/b081f4a9-737a-4e47-9e97-00596f6a4bae_en_.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjM0YWI6NzcZy2RhNTBkNzEwODY5ZDUxNDRhMzE3YWViMWY4ODQyYmRIN2UwZTI2ZTAwNWZmYWZhNTk0MGM4ODM0OWI0OTp0OIQ6Rg • Faye, M. et al. (2024). Time to diagnosis for people living with a rare disease. *Eur J Hum Genet*, 32(10), 1244–1254.

https://protect.checkpoint.com/v2/r02/_https://doi.org/10.1038/s41431-024-01604-z_.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjBIZGQ6Mjk4NWQwOGI1ZmZjZDEzNTNINzZiYmU0MDYyYjM5ZTNIMzRIY2I4ZDRmMjgzNjJIYTMzMzdiNmVINTYyNjQyODp0OIQ6Rg • Garrison, L. P. et al. (2013). Performance-based risk-sharing arrangements. *Value in Health*, 16(5), 703–719.

https://protect.checkpoint.com/v2/r02/_https://doi.org/10.1016/j.jval.2013.04.011_.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OmMwMGQ6Nzc0ZDdlOGQzYWQ0OGFiMjgwYmMwZWRIzTI0MDI1ZDA3NjE0M2NIOGMwNmEwM2FiMDYyNWRIOTIhZWVmOTIyODp0OIQ6Rg • Helsedirektoratet. (2023). SAMDATA spesialisthelsetjenesten.

https://protect.checkpoint.com/v2/r02/_https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten_.YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tlcHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjFmNjU0O

WlzMWYxZDRmN2E2OTMxZWQ0ZjY1YjQ5M2VINWE4ODRmNDJIOWE4YmJkZTY4ZjF
iNDE3NzA0NzdiMDFIMTVkZDp0OIQ6Rg • NICE. (2022). Health technology evaluations:
The manual (PMG36).
<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.nice.org.uk/process/pmg36> .YzJI
OmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyM
Dk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OmMyYWy6YzYyMDgyYzYwNmU2ZTIhOW
I5ZGYyMjMwMzFjM2Q2MDExZWVjYzYzNiZDRjYTk2NWl2ODQxYThiNmI0ZDp
0OIQ6Rg • NICE. (2025). Committee recommendations – Highly Specialised
Technologies.
<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> [https://www.nice.org.uk/process/pmg36/chapter/
committee-recommendations-
2](https://www.nice.org.uk/process/pmg36/chapter/committee-recommendations-2) .YzJI
OmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE
4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OmVhOWE6OWJkMDkzNTUzNTlk
MDE0YmNmZDIjOGRmODMwZmEyYzhkZTRkOWI2MDNiNTc5MGY2MjliOTIhMjI4YjM0Y
jFhNzp0OIQ6Rg • Scottish Medicines Consortium. (2019). Ultra-orphan medicines
pathway. <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> [https://www.gov.scot/publications/ultra-
orphan-medicine-pathways-
guidance/](https://www.gov.scot/publications/ultra-orphan-medicine-pathways-guidance/) .YzJI
OmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YT
c2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3Ojk3YTc6YTExODU2ZmU0
YjZjMmE3NzgwZjBhNDA5NGQzMzBkYWU5Y2NhMmMwMDI0YmU4YWQzMDBIMDY0Z
TY0MjE2YTBlYjYp0OIQ6Rg • Scottish Medicines Consortium. (2023). Supplementary
guidance: Ultra-orphan medicines.
<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> [https://scottishmedicines.org.uk/media/7953/gui
dance-supplement-ultra-orphan-v20-nov-
2023.pdf](https://scottishmedicines.org.uk/media/7953/guidance-supplement-ultra-orphan-v20-nov-2023.pdf) .YzJI
OmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YT
c2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OmEyODE6ZWQ2N2Y2Mz
NjMmNjYjBmY2I5MmM4YTMwMDIjMTNkZThhNjJjMTVhODlkYWMwYjcxOTIiYjBiODQzY
zAzYmJjMjp0OIQ6Rg • TBU. (2024). Notat fra Teknisk beregningsutvalg.
<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/notat
-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens-
okonomi/id3111172/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/notat-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens-okonomi/id3111172/) .YzJI
OmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyO
mM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjZhMTQ6MDk
1N2M0YmNIMmY4OWEyMjk5Yzk2MWI3ZDkxOGZhZjc3NmEwMDQ3NjYyMmMzYjY5N
DA1MmFjZjZINmExMmYxNTp0OIQ6Rg • FHI. (2024). Norsk pasientregister (NPR).
<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.fhi.no/he/npr/> .YzJI
OmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo3YTc2NmE4MzYyMDk4OGIzNzA
5ZDc4ODE5MDVjMTUwMDo3OjcxYTc6MzU5ZWYyNjE5OTFINGVmM2UzODNiMzM3O
DIyYTI5Yzc0OGNINTYxMDRhM2QzN2JhMWUxNzZhZjE0MzVmZDg3Mzp0OIQ6Rg

- 63

[okonomi/id3079071/_.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo4ZjU4MTJmYmM0MTlwM2U4Mzk3NDhmYTljMWJlZjMzNzo3OmJmNjc6N2MzZjRhY2JjM2ZiNmZiNjczYTU2ZmY4NjQyMGRiOTljYTZjNDYxMzU5OTkyOGQzZGZmZGRlNWNmZjlhM2lwZDp0OIQ6Rg](#) Sampson: Supply-Side Cost-Effectiveness Thresholds: Questions for Evidence-Based Policy | Applied Health Economics and Health Policy <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> https://link.springer.com/article/10.1007/s40258-022-00730-3%23Bib1_.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo4ZjU4MTJmYmM0MTlwM2U4Mzk3NDhmYTljMWJlZjMzNzo3OmI4NjA6OGQzOGUwMjdiYWRmNjBmMzE3MGFmYzgwMjM5OGI3MzljZDFiYmZjMjQ0OWRkNjQ2NDYzYzZkZGZiMzlwZWUzOTp0OIQ6Rg Sampson: There is no evidence that NICE approvals cause harm <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://aheblog.com/2025/01/13/there-is-no-evidence-that-nice-approvals-cause-harm/> [.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo4ZjU4MTJmYmM0MTlwM2U4Mzk3NDhmYTljMWJlZjMzNzo3OmQ5NzI6OTg0MDViOTZhZGY3ZTMwZWQxMGU0ODIyY2M1YjZkMG5N2MxYTRIYTM0MGNjYmVkZjFkMzdkZDgwZWEyMzQ1Mjp0OIQ6Rg](#) Sreeram V Ramagopalan, Population health impact of NICE-recommended new drugs - The Lancet <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01076-1/fulltext_.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo4ZjU4MTJmYmM0MTlwM2U4Mzk3NDhmYTljMWJlZjMzNzo3OjNlMmE6M2Q4ODViOTQxMTJiZTZiYzM3MDEzYjM5NDhiNWUxNWQ5MmI0ODAwMDJiODg3YmVhZjUwOTRjZjYlYTBhMGQ3NjB0OIQ6Rg](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01076-1/fulltext_.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo4ZjU4MTJmYmM0MTlwM2U4Mzk3NDhmYTljMWJlZjMzNzo3OjNlMmE6M2Q4ODViOTQxMTJiZTZiYzM3MDEzYjM5NDhiNWUxNWQ5MmI0ODAwMDJiODg3YmVhZjUwOTRjZjYlYTBhMGQ3NjB0OIQ6Rg) Sykehusutvalget: Styring, finansiering, samhandling og ledelse NOU 2023: 8 - regjeringen.no <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/_.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo4ZjU4MTJmYmM0MTlwM2U4Mzk3NDhmYTljMWJlZjMzNzo3OjkwYmM6NDNhNjkwMTI4NWY1YWEzYWE2NDI4MWRkZTZkyZjJlMjU1MjVhZjUwM2QzODk0NWlyMGJlZDUwMmYzYTQ5ZjI5Mjp0OIQ6Rg Towse: Should NICE's threshold range for cost per QALY be raised? Yes | The BMJ <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> https://www.bmj.com/content/338/bmj.b181_.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo4ZjU4MTJmYmM0MTlwM2U4Mzk3NDhmYTljMWJlZjMzNzo3OmZmMjc6YjZiNTUwZjZhNWJmNTE0MDI3ZTMdmNjc5ZTU1ODRkMGI4MTJhMGNjYjVhZjUwM2QzODk0NWlyMGJlZDUwMmYzYTQ5ZjI5Mjp0OIQ6Rg Wisløff: Ny norsk terskelverdi for verdien av et godt leveår? | Tidsskrift for Den norske legeförening <https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> https://tidsskriftet.no/2017/03/kommentar-og-debatt/ny-norsk-terskelverdi-verdien-av-et-godt-leveaar-0_.YzJlOmRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVpc2luc2tldHJvZHVrdGVyOmM6bzo4ZjU4MTJl

[mYmM0MTlwM2U4Mzk3NDhmYTljMWJlZjMzNzo3Oml5ODk6MWZIOTeZnZjYmM3MzBiMWlxMWNIMzMWY2U2MGVmZGNkODExNDY5Y2EyYzViZmFkM2U2Zml1ODM0MTU4YjU5OTp0OIQ6Rg](https://protect.checkpoint.com/v2/r02/) Woods/Claxton: Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research - PubMed
[https://protect.checkpoint.com/v2/r02/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27987642/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27987642/)
[YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzo4ZjU4MTJmYmM0MTlwM2U4Mzk3NDhmYTljMWJlZjMzNzo3OjcyZjU6NDkyOTZkNjAwMzQ1ZGY1MTEyYzI0ODYzMWE5ZWVhNTk3NTcwMzAzZTE2NTcwZWVwNjM4NDhjN2Y3Y2M3YzRiZTp0OIQ6Rg](https://www.dagensmedisin.no/legemidler-nye-metoder-prioritering/har-metodevurderinger-skadet-folkehelsen-i-storbritannia/) Østby, Har metodevurderinger skadet folkehelsen i Storbritannia?
[https://protect.checkpoint.com/v2/r02/ https://www.dagensmedisin.no/legemidler-nye-metoder-prioritering/har-metodevurderinger-skadet-folkehelsen-i-storbritannia/673636](https://www.dagensmedisin.no/legemidler-nye-metoder-prioritering/har-metodevurderinger-skadet-folkehelsen-i-storbritannia/)
[YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzo4ZjU4MTJmYmM0MTlwM2U4Mzk3NDhmYTljMWJlZjMzNzo3OjRiZGY6Mjc4ZDNhMmQxOTYyZGIxNmI3YWE1YWNhYWY5Y2M2MjlmNDZhNjdmNzJjYjYyOGYwYmEzMjcwN2ZlNTI4ZmlzZjp0OIQ6Rg](https://www.dagensmedisin.no/blir-gode-levear-mindre-verdt/) Østby/Suseg: Blir gode leveår mindre verdt?
[https://protect.checkpoint.com/v2/r02/ https://www.dagensmedisin.no/blir-gode-levear-mindre-verdt/568203](https://www.dagensmedisin.no/blir-gode-levear-mindre-verdt/)
[YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bzo4ZjU4MTJmYmM0MTlwM2U4Mzk3NDhmYTljMWJlZjMzNzo3OjBiZDM6NTU5ZWU3MmZlYjlkMjg5ZjcwZjJkNzljZWVhZThlYWI1MjQzMzU5ODRlNjA1YzUyNDk2OWY1NTFmMzY4ZmUxMzU0OIQ6Rg](https://www.dagensmedisin.no/blir-gode-levear-mindre-verdt/)

Beskriv momenter som er spesielt viktig å ha med i utredningen av alternativkostnaden basert på din vurdering av tilgjengelig litteratur.

- LMI er positive til oppdragene om justering av alternativkostnaden og et norsk estimat. Med en fast terskelverdi som ikke justeres over tid vil systemets praktiske relevans reduseres, både i dagens bruk på legemidler og i ambisjonen om bredere anvendelse. Siden terskelen ble foreslått i forarbeidene til forrige prioriteringsmelding i 2015, har ambisjonen vært at den skulle tilpasses norske forhold. Imidlertid har terskelverdien vært uendret de siste 10 årene, og nyere beregninger for norske forhold, som Woods et al. 2016, Wisløff 2017 og Menon 2023 har ikke blitt brukt i praksis (Woods et al. 2016, Wisløff 2017, Menon 2023). Den praktiske relevansen til terskelen har nylig kommet under ytterligere press ved at det fra internasjonalt hold er tydelig uttrykt en forventning om at velstående land som Norge tar sin «fair share» av finansiering av nye legemidler. Et tydelig signal fra Norge om å justere terskelverdien kan være svært viktig i et globalt perspektiv, fordi det viser at Norge er villig til å ta større ansvar for forskning og utvikling av nye behandlinger. Det er derfor positivt at Stortinget har bedt om en justering av dagens alternativkostnad på kort sikt, basert på relevante faktorer som kostnads- og produktivitetsutvikling. Denne justeringen vil bidra til at systemet beholder sin relevans og legitimitet både nasjonalt og internasjonalt. Nedenfor vil vi redegjøre for våre standpunkt. LMI er positive til bruk av en terskelverdi basert på alternativkostnad for å sikre

konsistens i prioritering på tvers av tiltak og sykdomsområder og for å unngå såkalte «tause tapere». At terskelen tar utgangspunkt i konseptet alternativkostnad er også et nyttig pedagogisk grep for å beskrive hva prioritering innebærer. Dog må en slik terskel operasjonaliseres på en pragmatisk måte da litteraturen viser at det er vanskelig å fremskaffe solid empirisk evidens for en alternativkostnad grunnet mangelfulle data. Som Menon Economics beskriver i sin rapport (Menon 2023) er utfordringen at «den samlede effekten av antakelser blir så stor på resultatet, at den fullstendig dominerer effekten av empiriske data». Det er også få andre land som opererer med en så eksplisitt terskelverdi som Norge og f.eks. Storbritannia. Det er antageligvis en av årsakene til at det er lite litteratur på justering av terskelverdier. Hovedfokuset i litteraturen ligger på å estimere et øyeblikks-estimat. Til tross for lite data for å beregne en riktig alternativkostnad, er det åpenbart at en verdi som skal reflektere hva man alternativt kan få for ressursene, vil variere over tid. Carl Claxton, hovedforfatteren bak estimatet som benyttes i Norge, understreker selv behovet for «regular updates, based on routinely available data, to reflect NHS changes such as real overall expenditure and productivity». Estimaten til Claxton et al. gir også svært forskjellige utslag avhengig av hvilke år som legges til grunn, noe som ytterligere understreker behovet for jevnlig justering. Det er også viktig å nevne at en høyere terskelverdi antageligvis kun vil ha en moderat effekt på offentlige utgifter til legemidler. Dette skyldes i hovedsak at terskelverdien ikke alene bestemmer hva legemiddelprisen blir, den er kun å anse som inngangsbilletten til markedet. Etter dette vil pris bestemmes gjennom konkurranse og anbud, noe som også fører til prisfall over tid, særlig etter patentutløp. En samlet legemiddelindustri knytter håp til at oppdraget DMP og Helsedirektoratet har fått når det gjelder hurtig utredning av alternativkostnaden vil resultere i jevnlige oppdateringer som sørger for at det norske prioriteringssystemet beholder sin praktiske relevans.

Oppgi annen dokumentasjon som er viktig for utredning av alternativkostnaden

- LMI mener at DMP og Helsedirektoratets hovedfokus i 2025 må være å besvare Stortingets oppdrag til regjeringen. Oppdraget fra Stortinget handler om at det i løpet av 2025 skal utredes hvordan man kan justere dagens alternativkostnad for pris- og produktivitetsutvikling inntil det sikrere anslaget er på plass. Vi tolker det som bekymring for terskelens praktiske relevans når Stortinget innleder med at «anslaget ... ikke [har] blitt indeksregulert på 10 år selv om dette er utredet ved flere anledninger» og at det manes til en kortsiktig pragmatisk løsning. Ifølge HOD skal direktoratene "... kartlegge hvilken justering som kan gjøres på bakgrunn av tilgjengelige data og tydeliggjøre eventuelle manglende data for å justere, alternativkostnaden. I utredningen skal direktoratene også kartlegge og beskrive internasjonale erfaringer med å justere alternativkostnaden av relevans for arbeidet i Norge." Spørsmålene i denne innspillsrunden gir imidlertid inntrykk av at direktoratene skal arbeide med utredning av alternativkostnaden. Vi vil påpeke at det ikke er direktoratene som skal utrede alternativkostnaden, men at de har fått i oppdrag å justere dagens tall, samt utarbeide et utkast til mandat for et eksternt anbud for

å frembringe et sikrere anslag i fremtiden. Det å frembringe et norsk estimat er en øvelse for en uavhengig akademisk utredningsgruppe, ikke direktoratenes oppgave. Vårt hovedfokus i denne omgang er derfor å svare på den første, kortsiktige delen av bestillingene gitt fra Stortinget og HOD. Likevel har vi valgt å supplere litteraturlistene til DMP med det vi anser som betydelige mangler. Blant annet fant vi hverken Woods og Claxton sitt estimat for Norge eller Menon Economics sin rapport om emnet fra 2023. Vi ber direktoratene prioritere hurtigutredningen og levere et konkret forslag til justering av dagens alternativkostnad for pris- og produktivitetsutvikling, inntil et mer empirisk anslag eventuelt kommer på plass, slik Stortinget har bedt om.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder produktivitet i helsetjenesten.

- Oslo Economics (2024) konkluderer med manglende produktivitetsvekst at "Kostnads- og aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten tyder på at inflasjonsjusterte driftskostnader i spesialisthelsetjenesten samlet sett vokste mindre enn aktiviteten i perioden 2013–2019 og langt mer enn aktiviteten i perioden 2019–2022. For tiårsperioden samlet synes det ikke å ha vært en målbar produktivitetsøkning." Helsepersonellkommisjonen skriver følgende: «Helse- og omsorgstjenestene er personellintensive. Gjennomsnittlig årlig produktivitetsvekst fra 1970 til 2021 var i underkant av 0,6 prosent, som er vesentlig lavere enn produktivitetsveksten for alle næringer i Norge (2,4 prosent)». Lignende anslag bekreftes i det Jon Magnussen-ledede Sykehusutvalget. I et intervju med Dagens Medisin i forbindelse med fremleggelse av rapporten siteres Magnussen på følgende: «Veldig kort oppsummert vet vi at effektiviteten eller produktiviteten i spesialisthelsetjenesten økte ganske umiddelbart etter at vi innførte ISF i 1997, den økte også ganske umiddelbart etter at vi innførte helseforetaksmodellen i 2002. Men med unntak av disse to hoppene, har produktivitetsveksten vært jevn og lav. Den har ligget på mellom 0,5 prosent og 1-1,5 prosent,» fortalte han. I rapporten fra Helsepersonellkommisjonen omtales også flere andre tall, men 0,6 prosent er det høyeste estimatet for helsesektoren. Det fremstår derfor som rimelig å benytte 0,6 prosent, eller et lavere anslag, som forventet produktivitetsvekst for perioden det skal justeres for (fra 2015 til i dag).

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder prisvekst i helsetjenesten.

- Som nevnt er en terskel nyttig for å skape enhetlige vurderinger på tvers av tiltak i spesialisthelsetjenesten og sykdomsområder, også selv om den ikke perfekt reflekterer alternativkostnaden. Vi vil derfor igjen understreke behovet for pragmatiske justeringer som sørger for at terskelen beveger seg i takt med kostnads- og produktivitetsutvikling for å unngå at den bli utdatert. Beveger den seg i utakt med f.eks. KPI over tid vil den bli mindre nyttig som anskaffelses- og prioriteringsregel i møte med kommersielle aktører som må forholde seg til den generelle prisutviklingen i samfunnet og man får en utilsiktet vridning i bruk av innsatsfaktorer, siden terskelverdien hovedsakelig brukes i forbindelse med beslutninger om innføring av legemidler, men ikke andre helsetjenester. Vi mener

man bør ta i bruk SSB sin konsumprisindeks justert for avgifter for «Helsepleie». Som alternativ kan man ta i bruk det generelle anslag for KPI justert for avgifter. Indeksutviklingen for Helsepleie har siden 2015 vært 133, mot en generell indeks på 138. Altså temmelig likt. En forenklet tilnærming kan være å ta utgangspunkt i generelle anslag for KPI og heller justere tallet dersom det fremkommer solid dokumentasjon for at prisveksten i helsetjenester avviker betydelig fra denne. Nedenfor vises prosentvis årlig endring for den aktuelle perioden:

	Årsendring (prosent)									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
KPI-JAE Helsepleie	1,7	2,0	2,0	1,6	2,6	2,9	3,0	2,5	3,7	4,5

Nedenfor ses kategoriene som inngår i posten.

– 06 - HELSE
– 06.1 - Medisinske produkter og apparater samt medisinsk utstyr
+ 06.1.1 - Legemidler
+ 06.1.2 - Andre medisinske produkter
+ 06.1.3 - Briller mv.
– 06.2 - Helsetjenester utenom institusjon
+ 06.2.1 - Medisinske tjenester
+ 06.2.2 - Tannhelsetjenester
+ 06.2.3 - Paramedisinske tjenester
– 06.3 - Sykehustjenester
+ 06.3.0 - Sykehustjenester

Vårt forslag vil være å benytte årlig prosentvis KPI-utvikling fratrasket en produktivitetsvekst på opp mot 0,6 prosent. Slik Stortingets bestilling er formulert, er det naturlig å anta at det er den eksisterende alternativkostnaden på 275 000 kroner som skal justeres. I så fall bør justeringen gjøres fra 2015 og frem til i dag, altså fra tidspunktet da estimatet først ble foreslått. LMI mener at utgangspunktet bør være det norske estimatet fra Claxton og Woods (2016), omregnet til norske kroner av Wisløff i 2017.

Andre potensielle kilder som SSB sin prisindeks for statlige helsetjenester eller Finansdepartementets prisindeks for spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratets prisstatistikk) støtter etter vår mening opp under tilnærmingen vi foreslår over. Utviklingen for de ulike indeksene fremstilles under, dog for perioden 2014-2024 ettersom SSB sin prisindeks har en for oss uforklarlig endring i år 2015:

Prisvekst 2014 - 2024	
SSB indeks spesialisthelsetj	33.70%
Finansdep indeks	38.70%
KPI generell	36.50%
KPI generell tom. Aug 2025	41.00%

For å kunne kompensere for årlig pris- og lønnsvekst i statens nominelle bevilgninger til spesialisthelsetjenesten, beregner SSB og Finansdepartementet også egne deflatorer. Finansdepartementet publiserer sin deflator for spesialisthelsetjenesten og den gir et godt anslag for faktisk lønns- og prisvekst (eksklusiv pensjonsutbetalinger) i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er arbeidsintensiv og deflatoren beregnes som et vektet gjennomsnitt av lønnsvekst og prisvekst på produktinnsatsen i helseforetakene. Gjeldende praksis vekter lønnsvekst med 70 prosent og prisvekst på produktinnsats med 30 prosent. Deflatoren for Spesialisthelsetjenesten slik den oppgis i siste rapport fra Teknisk beregningsutvalg (TBU 2024) for spesialisthelsetjenesten sin økonomi er som vist i tabellen under:

	Finansdepartementet deflator	Akkumulert indeks for pris og lønnsvekst fra 2015	Prosentvis utvikling for pris og lønnsvekst fra 2015
2014	3%		-
2015	3%	1.000	-
2016	3%	1.025	2.5%
2017	3%	1.055	5.5%
2018	4%	1.092	9.2%
2019	3%	1.125	12.5%
2020	1%	1.141	14.1%
2021	5%	1.197	19.7%
2022	6%	1.271	27.1%
2023	5%	1.329	32.9%
2024	5%	1.388	38.8%
2025	4%	1.445	44.5%

Har du andre innspill som kan være viktig for utredning av alternativkostnaden?

- Regler for prioritering kan fremstå som komplekse. Det kan derfor være nyttig å skille mellom regler som skal sikre effektiv allokering av samfunnets ressurser og regler som skal bidra til rettferdig fordeling av samfunnets ressurser. Stortinget har bedt om utredning for hvordan dagens alternativkostnad for pris- og produktivitetsutvikling kan justeres i løpet av høsten 2025. Terskelen som er ment å reflektere alternativkostnaden er et mål for effektiv allokering av ressurser. Det er denne terskelen Stortinget sikter til. De øvrige nivåene i den såkalte Magnussen-trappen handler derimot om rettferdig fordeling. Prioriteringsmeldingen slår fast at vi er villige til å ofre opp til 2 gode leveår i effektivitet for å fremskaffe ett godt leveår bland de dårligst stilte. Med andre ord, systemet er villige til å betale opptil tre ganger så mye for tiltak rettet mot de mest alvorlig syke sammenlignet med tiltak rettet mot de minst alvorlig syke. Den nye prioriteringsmeldingen understreker

at alvorlighetsdefinisjonen - og dermed forståelsen av rettferdig fordeling - videreføres. Det er altså det nederste trinnet, som skal justeres. De øvrige trinnene bør justeres med tilsvarende prosentsats, og følge vektene i Magnussen-trappen.

Novartis

Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur

- Novartis anbefaler å inkludere følgende norske kilder: - Menon Economics. Vurdering av ny terskelverdi for et godt leveår. Rapport. 2023. - Kinge JM, et al. Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. BMC medicine. 2023 Jun 6;21(1):201.

Beskriv momenter som er spesielt viktig å ha med i utredningen av alternativkostnaden basert på din vurdering av tilgjengelig litteratur.

- Alternativkostnader bør vurderes i et langsiktig perspektiv. Forebygging av alvorlig sykdom, selv om gevinsten ligger 10–15 år frem i tid, må inngå i beslutningsgrunnlaget. Momenter som belyser hvordan alternativkostnad varierer med budsjettbegrensninger, alvorlighet og prioriteringsmekanismer er spesielt viktig å ha med i utredningen. Novartis støtter at både ressursbruk hos helsepersonell og sykehuskapasitet inngår i vurderingene. Det er ønskelig å holde pasienter utenfor sykehus når det frigjør senger og personell til de som trenger det mest. Budsjettet bør vurderes helhetlig. Effektiv behandling kan frigjøre helsepersonell, avlaste pårørende og gjøre at flere kan delta i arbeid og hverdagsliv. Dette reduserer offentlige utgifter og behovet for kommunale tjenester. Selv om gevinstene fordeles på ulike budsjettområder, bør de vurderes samlet. Et bredt samfunnsperspektiv bør derfor inngå i beregningen av alternativkostnader.

Oppgi annen dokumentasjon som er viktig for utredning av alternativkostnaden

- Ingen ytterligere forslag til dokumentasjon.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder produktivitet i helsetjenesten.

- Data som omhandler ventetider, liggetid og bruk av personellressurser er sentrale. Det bør også vurderes hvordan digitalisering og innovasjon påvirker produktiviteten i helsetjenesten. I tillegg er følgende data relevante: • Areal og utstyr: Utnyttelse av fysiske ressurser som operasjonsstuer, sengeplasser, medisinsk teknologi og diagnostisk utstyr gir innsikt i kapasitetsbruk og flaskehalser. • Samhandling: Data om tverrfaglig samarbeid, informasjonsflyt mellom nivåer i helsetjenesten (primær- og spesialisthelsetjeneste), og pasientforløp er viktig for å vurdere effektivitet og koordinering. • Prosessdata: Hvordan

pasienter beveger seg gjennom systemet – fra henvisning til behandling og oppfølging – gir innsikt i hvor effektivt helsetjenesten fungerer. Dette inkluderer antall prosesser som fullføres innen normert tid, og hvor mange som krever gjentatt kontakt. • Pasientnære data: Pasientrapporterte resultatmål (PROM) og erfaringer (PREM) kan gi verdifull informasjon om kvalitet og opplevd effektivitet. • Kostnadsdata: Sammenstilling av kostnader per behandlingsforløp eller per pasient gir innsikt i ressursbruk og økonomisk produktivitet.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder prisvekst i helsetjenesten.

- Prisindekser for helsetjenester, lønnsutvikling for helsepersonell, og kostnadsutvikling for medisinsk teknologi og legemidler bør inkluderes. Disse må sees i sammenheng med generell inflasjon og budsjettutvikling. I tillegg bør følgende data vurderes: • Driftskostnader i helseinstitusjoner: Utvikling i kostnader knyttet til energi, vedlikehold, mat, transport og administrasjon. • Investeringer i infrastruktur og teknologi: Kostnader til bygg, digital infrastruktur, og medisinsk utstyr over tid. • Demografiske endringer: Økt andel eldre og kronisk syke påvirker etterspørselen og dermed kostnadsnivået. • Produktivitetsjustert prisvekst: Hvordan prisveksten relaterer seg til endringer i produktivitet og tjenestekvalitet. • Kostnader knyttet til samhandling og koordinering: For eksempel IT-systemer, integrasjon mellom nivåer og administrative prosesser. • Prisjustering av legemidler: Legemiddelpriser bør inflasjonsjusteres på linje med andre kostnadskomponenter for å sikre rettferdig ressursfordeling.

Har du andre innspill som kan være viktig for utredning av alternativkostnaden?

- Dagens terskelverdi bør gjennomgås for å sikre at den reflekterer reell alternativkostnad i norsk helsetjeneste, ikke bare politisk betalingsvilje. Den må oppdateres jevnlig i tråd med pris- og produktivitetsutvikling, globale prismekanismer og endringer i ressursbruk. Alternativkostnaden bør fange opp langsiktige gevinster for pasienter, helsetjenesten og samfunnet som ofte faller utenfor tradisjonelle QALY-modeller. Legemidler må vurderes som investeringer med høy samfunnsverdi. En oppdatert og korrekt beregnet alternativkostnad, utviklet i dialog med relevante aktører, vil styrke legitimiteten i beslutningene, forbedre prioriteringer og øke effektiv ressursbruk. Dette kan også gjøre Norge mer attraktivt for dem som vil investere, teste nye medisiner gjennom kliniske studier, og gi pasienter i Norge tidlig tilgang til nyskapende medisiner. En riktig fastsatt alternativkostnad vil ha direkte betydning for pasienters tilgang til nye behandlinger og for Norges konkurranseevne innen helse og livsvitenskap. Forutsigbarhet og anerkjennelse av innovasjon er avgjørende. Globale selskaper vil prioritere land som verdsetter innovasjon, spesielt i dagens geopolitiske situasjon. Novartis vurderer fortløpende hvor vi skal prioritere å lansere nye produkter og hvor kliniske studier skal gjennomføres. Manglende vilje til å se helheten og inkludere samfunnsperspektivet, kombinert med ensidig fokus på lavest mulig pris, vil svekke prioritering av pasienter i Norge. Legemidler

bør sees på som en investering og vurderes basert på samlet verdi for pasienter, helsetjenesten og samfunnet.

AstraZeneca

Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur

- Kostnader til spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet
<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/kostnader-til-spesialisthelsetjenesten> .YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bz0MTEExOWE4MDcwN2I5MjQwOTYwZTcwMmFjZmFIOWU3Mjo3OjIwNTU6NGMzMGNhZGM4NjUzMDdiNDYyNzNmYTMyNzc5NGFmNWUxOTdjZDQzMWQyZDVkYzU4MWRmNGY1ODk1NDc5YzlkMTp0OIQ6Rg Helsepersonellkommissjonen: Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste NOU 2023: 4
<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> .YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bz0MTEExOWE4MDcwN2I5MjQwOTYwZTcwMmFjZmFIOWU3Mjo3OjM0NiMDM6MTNmMjgxoGE0ZDZjMjE0NmQ5NWZjNGQzYTRkYTQ2MGRmNmJmYjMzZGNiODBhMDQyMTliYmlzM2U0MGYwNDc5MDp0OIQ6Rg Sykehusutvalget: Styring, finansiering, samhandling og ledelse NOU 2023: 8
<https://protect.checkpoint.com/v2/r02/> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/> .YzJIOMRpcmVrdG9yYXRmb3JtZWVrdGVyOmM6bz0MTEExOWE4MDcwN2I5MjQwOTYwZTcwMmFjZmFIOWU3Mjo3OjIwNTU6NGMzMGNhZGM4NjUzMDdiNDYyNzNmYTMyNzc5NGFmNWUxOTdjZDQzMWQyZDVkYzU4MWRmNGY1ODk1NDc5YzlkMTp0OIQ6Rg

Beskriv momenter som er spesielt viktig å ha med i utredningen av alternativkostnaden basert på din vurdering av tilgjengelig litteratur.

- Norge har lange tradisjoner for prioritering i helsesektoren, og det er legemidler som vurderes og kontrolleres mest inngående. Alle nye legemidler og indikasjonstilsetninger må gjennom omfattende evalueringer for å dokumentere at de er kostnadseffektive før de kan tas i bruk av norske pasienter. Utover dette er legemidler underlagt ytterligere prispress og kostnadskontroll i form av konkurranse, prisanbud, og patentutløp etter offentlig finansiering foreligger. Det har lenge vært usikkerhet rundt det empiriske grunnlaget for alternativkostnaden på 275 000 kroner per gode leveår som benyttes i Norge i dag. Denne problemstillingen krever en grundig utredning basert på norske data og forhold, og slik AstraZeneca forstår, vil dette bli behandlet i et senere oppdrag der det skal etableres

et nytt norsk tall på alternativkostnaden med solid forankring i tilgjengelig evidens. I hurtig utredningen som direktoratene nå foretar, er det derfor viktig at fokus rettes mot en teknisk justering av eksisterende verdi, altså en oppdatering basert på pris- og produktivitetsutvikling, og ikke på en fullstendig metodisk gjennomgang av det empiriske grunnlaget for alternativkostnaden. Videre mener AstraZeneca at jevnlig oppdateringer, basert på pris- og produktivitsvekst, vil sikre at prioriteringssystemet fortsetter å ha praktisk relevans. En årlig justering bidrar til at alternativkostnaden gjenspeiler den faktiske utviklingen i kostnadsnivå og produktivitet, og motvirker at denne blir utdatert. Vi anbefaler derfor at mandatet for den grundige utredningen også omfatter en beskrivelse av hvordan slike oppdateringer kan gjennomføres regelmessig, slik at systemet gir et godt grunnlag for beslutninger fremover.

Oppgi annen dokumentasjon som er viktig for utredning av alternativkostnaden

- AstraZeneca sin forståelse er at direktoratene har fått et todelt oppdrag. Det første omfatter en hurtig utredning av dagens alternativkostnad. Det andre oppdraget omfatter å utarbeide et utkast til mandat for et eksternt anbud, med hensikt å etablere et mer pålitelig anslag for alternativkostnaden i helse- og omsorgstjenesten. Vårt innspill retter seg derfor i hovedsak mot hurtigutredningen, der formålet er å justere alternativkostnaden med hensyn til pris- og produktivitsutvikling basert på tilgjengelige data. Med dette som bakgrunn har vi supplert litteraturlisten til DMP med noen relevante kilder, blant annet Helsedirektoratets statistikk SAMDATA. I tillegg har vi lagt til to NOU'er, Sykehusutvalget og Helsepersonellkommisjonen, som vi har merket oss at ikke var nevnt av DMP. • Sykehusutvalget refererer blant annet til Helsedirektoratets rapport ("Produktivitsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste, 2020"), hvor det fremgår at produktiviten i spesialisthelsetjenesten gikk ned med 0,6 prosent i femårsperioden 2015 til 2019. • Helsepersonellkommisjonen påpeker at produktiviten i helse- og omsorgstjenestene er vesentlig lavere enn i resten av økonomien. Kommisjonen understreker at vi nå opplever en periode med svak produktivitsvekst som kan vedvare i årene fremover. Ifølge rapporten har den gjennomsnittlig årlige produktivitsveksten innen helse- og omsorgstjenesten vært på i underkant av 0,6 prosent i perioden 1971-2021.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder produktivitet i helsetjenesten.

- Relevant produktivitsdata for helsetjenesten bør i størst mulig grad omfatte hele tjenesten, ettersom målsettingen er å produsere helse per ressursenhet. En pragmatisk og ofte benyttet tilnærming er å ta utgangspunkt i data fra spesialisthelsetjenesten, der DRG-poeng og kostnader per DRG-poeng gir verdifulle indikatorer for produktivitet. Selv om DRG ikke direkte måler helse, er det et mye brukt og tilgjengelig mål som gir sammenlignbarhet over tid og kan suppleres med kostnad per vektet liggedøgn. Dette åpner for å kombinere data på tvers av tjenesteområder, inkludert både spesialist- og

primærhelsetjenesten. For å gå ytterligere i retning av å måle helse per krone, finnes det anerkjente metoder som kvalitetsjusterer produktivetsindikatorerne, for eksempel metoden fra Office for National Statistics (ONS), som justerer DRG med kvalitetsindikatorer. Tall for kostnader per DRG-poeng og kostnad per liggedøgn finnes i etablerte kilder som SAMDATA-statistikk fra Spesialisthelsetjenesten. Det er også mulig å benytte seg av SSBs tabell 09174 som kan vise produksjon per utførte timeverk innenfor Helse- og omsorgstjenester, slik Helsepersonellkommisjonen blant annet benyttet. Samlet sett finnes det tilgjengelige og anvendbare data for å måle produktivitet i helsetjenesten i tråd med oppdraget gitt av Helse- og omsorgsdepartementet. Dette gjør det, etter AstraZeneca sitt syn, mulig å gjennomføre nødvendige justeringer i alternativkostnaden på en systematisk måte. Alle analyser bør gjennomføres med åpenhet rundt metode, begrunnelse og resultater.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder prisvekst i helsetjenesten.

- AstraZeneca mener at som for produktivitet, så burde prisvekst måles for helsetjenesten samlet. Subsidiært kan SSB sin prisindeks for statlige helsetjenester eller konsumprisindeksen være relevante. Det bør gjennomføres analyser med ulike datagrunnlag, og både begrunnelsene og resultatene for hver analyse bør være offentlig tilgjengelige.

Har du andre innspill som kan være viktig for utredning av alternativkostnaden?

- AstraZeneca vil understreke at formålet med hurtigutredningen, å justere dagens alternativkostnad med tanke på pris- og produktivetsutviklingen frem til et mer presist anslag foreligger, fremgår tydelig av Stortingets vedtak og oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Utredningen skal baseres på tilgjengelige og publiserte data, der det allerede finnes datakilder for både prisutvikling og produktivetsmålinger, særlig fra spesialisthelsetjenesten. Det finnes ulike metodiske tilnærminger og datagrunnlag for å beregne produktivitet, og bruk av flere ulike analyser vil bidra til å sikre nyanserte og faglig grundige estimer. Ved å publisere både grunnlaget og resultatene for analysene, styrkes transparens og mulighet for videre vurdering. AstraZeneca mener det er viktig med pragmatisme i arbeidet med hurtigutredningen, og vil minne om utredningens overordnede hensikt som er en midlertidig justering basert på pris- og produktivetsutvikling. Videre mener AstraZeneca at valget av referanseperiode for beregning av pris- og produktivetsutvikling bør være bevisst og tydelig begrunnet, da hendelser som pandemier og store reformer kan ha en betydelig effekt på estimer og tolkninger. Ettersom alternativkostnadsestimatet ble introdusert i Norheimutvalgets rapport fra 2014, mener AstraZeneca at referanseperioden bør ta utgangspunkt i dette året. Avslutningsvis er det viktig å påpeke at den kommende og mer omfattende utredningen av alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten vil gi en grundigere vurdering og et sikrere anslag på alternativkostnaden i Norge, basert på norske data.

(f.eks. innovasjon, udekket behov) overforenkling. Ledende HTA-organer ser på terskler som retningslinjer, ikke absolutte regler, og tillater rom for kontekstuelle beslutninger.[3]

Oppgi annen dokumentasjon som er viktig for utredning av alternativkostnaden

- "Supply side" (alternativkostnad) tilnærming: Denne metoden estimerer terskler basert på helsealternativkostnaden innenfor et helsesystem. Den beregner verdien av helse som går tapt hvis ressurser allokeres til en ny intervensjon. Ved å analysere marginal produktivitet av helseutgifter, definerer denne tilnærmingen terskler som er mer forankret i reelle budsjettkonsekvenser og avveininger. Den bruker empiriske data om nåværende utgifter og helseresultater for å estimere hvor mye helse (f.eks. QALYs) som går tapt når ressurser omdirigeres til en ny teknologi [4] [5] "Demand -side" (samfunnets WTP) tilnærming: Denne metoden utleder terskler basert på undersøkelser eller avslørte preferanser som estimerer samfunnets maksimale betalingsvilje for helsegevinster. Den reflekterer etterspørsel etter helseforbedringer snarere enn budsjettbegrensninger. Selv om den er intuitivt tiltalende, inkluderer utfordringene variasjon i preferanser, rimelighetshensyn og likhetsspørsmål. [6] BNP per innbygger benchmarks: WHO-CHOICE-rammeverket anbefaler benchmarks basert på multipler av BNP per innbygger (f.eks. en til tre ganger BNP per innbygger per DALY unngått) som en proxy-terskel. Dette er mye brukt spesielt i lav- og mellominntektsland-kontekster. Imidlertid antyder empirisk bevis at disse verdiene ofte overestimerer alternativkostnader og kan føre til ineffektive beslutninger. [4] Benchmark-intervensjon tilnærming: Denne metoden definerer terskler ved å analysere kostnadseffektiviteten til intervensjoner som allerede er finansiert innenfor et helsesystem. Terskelen settes på eller under ICER for en bredt akseptert benchmark-intervensjon. For eksempel, i USA, var terskler rundt \$50,000 til \$150,000 per QALY historisk knyttet til kostnadseffektiviteten av dialyse for kronisk nyresvikt. [7] Liga-tabell/rangering tilnærming: I stedet for en fast terskel, rangerer denne tilnærmingen alle mulige intervensjoner etter deres ICER og finansierer intervensjoner som starter fra den mest kostnadseffektive til budsjettet er oppbrukt. Den unngår behovet for en enkelt terskel, men krever omfattende data og prioriteringsrammeverk. [7] Samfunnsmessige og etiske modifikatorer: Terskler kan justeres kvalitativt eller kvantitativt for å reflektere sykdomsalvorlighet, likhet, udekket behov, sjeldenhet og andre samfunnsverdier. Flere land inkorporerer alvorlighetsmultiplikatorer eller bruker et spekter av terskler snarere enn en enkelt grenseverdi, og anerkjenner kompleksitet i verdivurderinger utover kostnadseffektivitetsforhold. [8]

MSD Norge

Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur

- Kinge JM, et al. Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. *BMC medicine*. 2023 Jun 6;21(1):201. - Oppsummerer helsetap (DALYs, YLDs, YLL) etter sykdomsområde og helseutgifter for Norge Menon Economics. Vurdering av ny terskelverdi for et godt leveår. Rapport. 2023 - Beskriver overgang fra UK estimerer til Norge Tranvåg EJ, et al. Appraising Drugs Based on Cost-effectiveness and Severity of Disease in Norwegian Drug Coverage Decisions. *JAMA Netw Open*. 2022;5(6):e2219503. - Beskriver nær sammenheng mellom terskelverdi og innførte legemiddelbehandlinger. Tilsvarende ikke funnet for andre innsatsfaktorer herunder medisinsk-teknisk utstyr. Wisløff, T. Ny norsk terskelverdi for verdien av et godt leveår?. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2017 Mar 30. - Diskuterer oppdatering av terskelverdien Neumann PJ, Kim DD. Cost-effectiveness thresholds used by study authors, 1990-2021. *Jama*. 2023 Apr 18;329(15):1312-4. - Undersøker hvilke terskler som har blitt referert til i publiserte CEA-studier over tid. Daroudi R, et. al. Cost per DALY averted in low, middle-and high-income countries: evidence from the global burden of disease study to estimate the cost-effectiveness thresholds. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2021 Feb 4;19(1):7. - Undersøker terskelverdier i forhold til BNP per innbygger. Verdiene bør være lavere enn BNP i lav- og mellominntektsland, og mellom én og to ganger BNP per innbygger i høy- og svært høyinntektsland. Gloria MAJ, et al. Systematic review of the impact of health care expenditure on health outcome measures: implications for cost-effectiveness thresholds. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2024 Feb 7;24(2):203-15. - Sammenfatter eksisterende litteratur som har undersøkt hvordan helseutgifter påvirker helseresultater, og hvordan dette brukes til å fastsette terskelverdier Vallejo-Torres L. Estimating the incremental cost per QALY produced by the Spanish NHS: a fixed-effect econometric approach. *Pharmacoeconomics*. 2025 Jan;43(1):109-22. - Oppdaterte resultater for Spania for årene 2002-2022 mtp alternativkostnad. Hernandez-Villafuerte K, et al. Estimating health system opportunity costs: the role of non-linearities and inefficiency. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2022 Oct 29;20(1):56. - Annen metodikk for terskelverdiestimering. Undersøker hvordan helseutgifter påvirker helseresultater, og hvordan dette kan brukes til å estimere terskelverdier og betydningen av fordelinger som kan være ikke-lineære etter sykdomsområde eller geografi. Longo F, et al. More long-term care for better healthcare and vice versa: investigating the mortality effects of interactions between these public sectors. *Fiscal Studies*. 2023 Jun;44(2):189-216. - Undersøker samspill mellom helsetjeneste og langtidspleie for dødelighet, og om investeringer i én sektor kan ha indirekte effekter på den andre. Viser at investeringer i helsetjeneste reduserer kostnader og forbedrer helseutfall i langtidspleie, men ikke omvendt. Michel YA, et al. Healthcare use and costs in the last six months of life by level of care and cause of death. *BMC health services research*. 2024 May 30;24(1):688. - Kan være en referanse av betydning for forholdet til langtidspleie som undersøkt av Longo et al. overført til Norge Kan være en referanse for helsetjenestekostnaden for dødsfall, oppgitt etter sykdomsområde. Menon

Economics. Samfunnsregnskap for pårørendeinnsats i Norge. 2025 - Kan være en referanse for forholdet til pårørendeinnsats i et utvidet helsetjenesteperspektiv.

Chaudhary, P., et al. Universal Health Coverage of Opioid Agonist Treatment in Norway: An Equity-Adjusted Economic Evaluation. *PharmacoEconomics* 2025 43, 93–107 - Artikkelen konkluderer med at en oppskalering av behandlingene har potensial til å være kostnadsbesparende fra et samf...

Beskriv momenter som er spesielt viktig å ha med i utredningen av alternativkostnaden basert på din vurdering av tilgjengelig litteratur.

- Norge benytter varierende terskelverdier for kostnadseffektivitet basert på sykdommens alvorlighet, med høyere terskler for mer alvorlige tilstander, slik det vises i studier av Chaudhary et al. (2025) og Tranvåg et al. (2022). Dette samsvarer med befolkningens oppfatning om at alvorlighet bør påvirke prioritering, og støtter helsepolitiske mål om rettferdighet. Wisløff (2017) argumenterte for at terskelverdien er utdatert og må oppdateres. Bedre bruk av registerdata og reelle observasjonsdata styrker også presisjonen i estimeringene av helseeffekter og alternativkostnader. Til sammen gir dette gode grunner for å vurdere en høyere og mer fleksible terskelverdier i norske helseøkonomiske vurderinger, særlig ved alvorlig sykdom og tiltak med høy verdi. For et norsk perspektiv på hva alternativkostnaden bør være kan det være viktig at analysen hensyntar et utvidet helsetjenesteperspektiv hvor også pasienters og pårørendes tid kan medtas. Det er viktig at kostnader for aktiviteter inkluderer overheadkostnader for å tilby tjenestene, som Kinge et al. (2023). Det er viktig at kostnaden som et dødsfall medfører er basert på faktiske data for helse og omsorgstjenesten, som Michel et al. (2024). Investeringer i helsetjenesten an også ha positive effekter på langtidspleie som vist i Longo et al. (2023).

Oppgi annen dokumentasjon som er viktig for utredning av alternativkostnaden

- Helsedata inklusive dødelighet og helserelatert livskvalitet over tid. Liggetider for innlagte pasienter og polikliniske besøk for å innta et utvidet helsetjenesteperspektiv og tid for pasient og pårørende. KPI indekser. BNP per innbygger. Forholdstall for kostnad for aktivitet til total kostnad for å tilby helsetjenesten som justeringsfaktor, se eks Kinge et al.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder produktivitet i helsetjenesten.

- Endringer i helse (helselatert livskvalitet eller dødelighet) etter sykdomsområde, medgåtte aktivitetsendringer inklusive overheadkostnader for å oppnå endringen i helseutfall. Viktig at indirekte endringer i kostnader og helse for annen helsetjeneste som langtidspleie tas med, se eksempelvis Longo et al. Viktig at helseregnskapet reflekteres helhetlig. Mulig overføring til resultater fra Michel et al. for kostnaden tilknyttet et dødsfall.

Beskriv hva du mener er relevant data når det gjelder prisvekst i helsetjenesten.

- KPI arbeidskraftskostnader, KPI indeks etter konsumgruppe, ev. kostnadsendringer for helsetjeneste justert for aktivitet

Vedlegg 2. Oppdateringslogg

Versjon 1.0 (05.01.2026)

Versjon 2.0 (25.02.2026)

Side	Opprinnelig tekst	Oppdatert tekst
18	375 000 SEK per QALY	430 000 SEK per QALY
18	Siverskog estimerte i 2022 at en ekstra sykehusseng kunne produsere omtrent tre QALY-er til en kostnad på 400 000 SEK, som tilsvarer 135 000 SEK per QALY (41).	Siverskog estimerte i 2022 at en ekstra sykehusseng kunne produsere omtrent tre QALY-er til en kostnad på 400 000 SEK per QALY (41).
25-26	Martin med flere publiserte funn i 2021 som viser at kostnaden per QALY har vært stabil i årene 2003 til 2012, mellom 5 000 og 10 000 GBP (se Figur 4) (32). Dette til tross for at kostnadene og prisene i det samme tidsrommet økte. Studien konkluderte med at beregninger av alternativkostnaden holder seg på et stabilt nivå gjennom ti år, mellom 5 000 og 10 000 GBP per QALY. Dersom dette er overførbart til Norge, taler dette for å ikke endre anslaget på alternativkostnaden.	Martin med flere (32) publiserte funn i 2021 som viser at kostnaden per QALY i England i perioden 2003-2012 ble estimert til å ligge mellom 5 000 og 10 000 GBP. Studien anslår en årlig realvekst på om lag 2,6 prosent. Forfatterne knytter denne utviklingen til realvekst i helseutgiftene i samme periode (om lag 4,2 prosent årlig i reelle termer), og peker på at dette kan reflektere avtakende marginal produktivitet. Utviklingen i kostnaden per QALY er illustrert i Figur 4, hvor kostnaden per QALY i England er beregnet ved bruk av ulike metoder. Martin et al. (2021) konkluderer med at kostnadene per QALY trolig er betydelig lavere enn terskelverdien som benyttes av NICE i England. Dersom dette er overførbart til Norge, og de nye engelske anslagene i tillegg er betydelig lavere enn anslaget som i sin tid ble lagt til grunn for det norske anslaget, taler dette for å ikke endre det norske anslaget på alternativkostnaden.
26	Referanse Martin (2020) i Figur 4	Martin (2021) (oppdateringen er gjort etter godkjenning og med tillatelse fra forfatteren)