

Til: Direktoratet for medisinske produkter (DMP)

Fra: Legemiddelindustrien (LMI)

Dato: 19.09.2025

Innspill fra LMI til DMP om utredning av alternativkostnaden

NB: Vedlegg til Questback, da tabeller ikke kan legges inn. Teksten for øvrig er likt vårt innspill i Questback.

- **Oppgi litteratur som bør supplere DMPs liste over relevant litteratur**

Helsedirektoratet: [Kostnader til spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet](#)

Helsepersonellkommissjonen: Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](#)

Karlsberg-Schaffer et al.; [Opportunity Costs of Implementing NICE Decisions in NHS Wales](#)

Magnussen: [Sykehusutvalget vil erstatte innsatsstyrt finansiering med rammefinansiering](#)

Menon: Rapport om vurdering av ny terskelverdi: [download.php](#)

Rapport fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi: [Rapport fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi - regjeringen.no](#)

Sampson: [Supply-Side Cost-Effectiveness Thresholds: Questions for Evidence-Based Policy | Applied Health Economics and Health Policy](#)

Sampson: [There is no evidence that NICE approvals cause harm](#)

Sreeram V Ramagopalan, [Population health impact of NICE-recommended new drugs - The Lancet](#)

Sykehusutvalget: Styring, finansiering, samhandling og ledelse [NOU 2023: 8 - regjeringen.no](#)

Towse: [Should NICE's threshold range for cost per QALY be raised? Yes | The BMJ](#)

Wisløff: [Ny norsk terskelverdi for verdien av et godt leveår? | Tidsskrift for Den norske legeforening](#)

Woods/Claxton: [Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research - PubMed](#)

Østby, [Har metodevurderinger skadet folkehelsen i Storbritannia?](#)

Østby/Suseg: [Blir gode leveår 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 jevnlig 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 produktivitsutvikling 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 tilbud 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 produktivitsutvikling, 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 produktivitsvekst at «*Kostnads- og aktivitsutviklingen 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 produktivitsøkning.*»

Helsepersonellkommisjonen skriver følgende: «*Helse- og omsorgstjenestene er personellintensive. Gjennomsnittlig årlig produktivitsvekst fra 1970 til 2021 var i underkant av 0,6 prosent, som er vesentlig lavere enn produktivitsveksten 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 produktivitsveksten 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 - Brillor 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 fratrukket 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 venter 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.