



Den norske legeforening

Høring, innspill fra Norsk Overlegeforeningen til rapporten «Hurtig utredning: anbefaling om justering av dagens alternativkostnad»

Norsk overlegeforening (Of) fremmer følgende høringsinnspill i saken:

Målsetning for finansiering av helsetjenesten

Of vil innledningsvis bemerke at foreningen ser vesentlige samfunnsgevinster ved å ha en helsetjeneste som i hovedsak er offentlig finansiert og hvor offentlige institusjoner er hovedleverandør av tjenestene. Innretningen bidrar til effektiv organisering av helsetjenesten, presisjon i tilbudet med liten grad av overbehandling, og lave transaksjonskostnader. Et vesentlig tilleggsmoment er at denne organiseringen legger til rette for at befolkningen i stor grad får et likeverdig tilbud.

Grunnforutsetningen for denne organiseringen er at innbyggerne opplever at tilbudet er godt og dekker deres viktigste behov. Økt velstandsnivå må derfor følges av økt nivå på tilbudet i helsetjenesten. Hvis brede lag av innbyggere erfarer at tjenestene ikke samsvarer med deres øvrige levestandard, vil dette fremtvinge fremvekst av private tjenester. Det samlede helsetjenestetilbudet (privat og offentlig) opptrer som et luksusgode i samfunnsøkonomisk forstand.¹ Det følger av dette av Of anser at befolkningens betalingsvilje bør være retningsgivende for den overordnede prioriteringen av helsetjenester. Dette ble imidlertid forkastet i utredningene som ble lagt til grunn i Stortingets behandling av prioriteringsmeldingen. Of vurderer at manglende vektlegging av betalingsvillighet over tid vil forsterke utviklingen i retning av en todelt helsetjeneste.

Grunnlag for fastsettelse av terskelverdi

Of vil videre bemerke at hvis betalingsvillighet ikke legges til grunn, bør terskelverdier fastsettes på lik linje med terskelverdier i øvrige sektorer – altså med utgangspunkt i verdien av et statistisk liv (VSL). Kostnad per QALY avledet av VSL gir en terskelverdi på i størrelsesorden halvannen million kroner.² Beløpet er vesentlig høyere enn det som i dag anvendes som terskelverdi, men Of vil anmerke at beløpet er i tråd med tidligere anvendte terskelverdier avledet av dialyse-kostnad. Beløpet samsvarer også med kostnadsnivå til omsorgstjenester som sykehjemsplass. WHO har over tid anbefalt at terskelverdien per DALY bør ligge opp mot tre ganger BNP per capita.³ I norsk sammenheng ville dette gitt en terskelverdi som er nær ti ganger dagens nivå i helsetapsklasse 1.

¹ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4384960/>

² <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/kan-god-helse-verdisettes/354355>

³ [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(15\)00574-4/fulltext](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(15)00574-4/fulltext)

Of stiller seg kritisk til å anvende en teoretisk beregning av alternativkostnad som grunnlag for fastsettelse av terskelverdi i helsetjenesten. Of vil bemerke at dette er en radikal endring i tilnærmingen til fastsettelse av terskelverdi, og videre at anslagene for alternativkostnad bygger på en rekke særdeles usikre forutsetninger.

Grunnforutsetningen i disse beregningene – at alternativkostnaden kan avledes av marginalkostnaden – er av en så tvilsom art at denne alene burde føre til at denne type analyser ble forkastet. En enkel etterprøving av resultatene fra denne metoden synliggjør hvor feilaktige estimater den skaper; i den siste artikkelen fra Claxton-gruppen (Martin et al 2023) estimeres kostnaden per QALY i britisk helsetjeneste til 7000 pund. De faktiske kostnadene til helsetjenester ligger omkring 4000 pund per innbygger per år. Gitt at estimatet på 7000 pund skulle være dekkende, ville dette medføre at innsatsen i helsetjenesten bidrar med mere enn ett år økt QALY for hver innbygger hvert andre leveår. Det bør være åpenbart for alle at så ikke kan være tilfelle.

Of stiller seg altså særdeles kritisk til å fastsette terskelkostnaden i Norge basert på spekulative anslag for alternativkostnaden, som igjen er basert på mangelfulle analyser av marginalkostnad i britisk helsetjeneste. Men gjennom Stortingets behandling av prioriteringsmeldingen i 2016 ble dette prinsippet lagt til grunn. Of stiller seg tvilende til at Stortinget fullt ut har hatt forutsetninger for å forstå hvor radikalt dette prinsippet er, og hvor stor grad av usikkerhet som er beheftet til anslagene, og i hvilken grad dette bidrar til nedprioritering av helsesektoren sammenholdt med øvrige sektorer. Det er verdt å merke seg at en rekke tilbud som vi betrakter som selvfølgelig i en moderne velferdsstat – som dialyse eller plass på sykehjem – ligger på et årlig kostnadsnivå som er flere ganger høyere enn det som i dag anvendes som terskelverdi i norsk helsetjeneste. Det følger av dette at dialyse ikke ville bli innført gitt at det ble underlagt vurdering etter dagens kriteriesett i Nye Metoder.

Utvalgets forslag til justering av alternativkostnaden og Ofs vurderinger

Utvalgets mandat har vært å vurdere justering av alternativkostnaden innenfor dagens system; «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».

I rapporten veksler utvalget mellom terskelverdi og alternativkostnaden i beskrivelsen av utviklingen i øvrige land, til tross for at oppdraget spesifiserer at det er utviklingen i anslag for alternativkostnad som skal kartlegges. Of legger til grunn at begge forhold er relevante for å justere terskelverdien i norsk helsetjeneste.

I gjennomgangen av underlaget finner utvalget at:

- Prisvekst i perioden har vært betydelig
- Produktivitetsutviklingen i perioden har vært negativ
- Storbritannia har justert opp terskelverdien

Endringene i alle disse forutsetningene peker altså i retning av å økt anslag for alternativkostnad og å øke terskelverdien. Utvalget kommer imidlertid til den motsatte konklusjon basert på følgende hovedargumenter:

- Produktivitetsutviklingen reflekterer ikke reell økt helsegevinst
- En ny studie fra miljøet rundt Claxton viser lavere anslag for alternativkostnad enn Claxtons opprinnelige studie
- Endring av alternativkostnad (og derved terskelverdi) vil «innebære betydelig omprioriteringer innenfor helsetjenesten».

Utvalget velger å se bort fra observert produktivitetsutvikling i perioden fordi de anser det som sannsynlig at kostnad per QALY i norsk helsetjeneste er fallende. De kan ikke belegge dette på noen måte, men legger dette likevel til grunn. Utvalget peker videre på at en ny studie fra Claxton-miljøet gir et lavere anslag for alternativkostnad enn tidligere estimert. Of vil bemerke at det har vært fremført betydelig kritikk mot Claxtons studier, og at flertallet av øvrige studier kommer fram til vesentlig høyere anslag for alternativkostnad enn Claxtons gruppe. Det er også verdt å merke seg at man i Storbritannia har valgt å se bort fra Claxtons anførsler og advarsler, og fastsatt en terskelverdi som er om lag tre ganger høyere enn Claxtons estimat for alternativkostnad.

Utvalget anfører i tillegg at terskelverdien blant de fleste land som inngår i sammenligningen er satt lavere enn i Norge. Dette vil jo avhenge av hva en legger til grunn som midlere alternativkostnad i det norske systemet i spennet mellom 275 000 og 825 000. Of vil anta at det største volumet av nye tiltak skjer innen lavere helsetapsklasser, og da medfører påstanden i rapporten neppe riktighet.

Mere avgjørende er det at utvalget har unnlatt å korrigere for ulike kjøpekraftsparitet imellom landene. Hvis en sammenligning av terskelverdier skal være meningsfull må det korrigeres for ulik kjøpekraftsparitet. Kostnad per innbygger i britisk helsetjeneste er om lag halvparten av kostnaden per innbygger i norsk helsetjeneste. Dette henger i sterk grad sammen med ulikt generelt kostnadsnivå. Det er derfor sannsynlig at pris for produksjon av et QALY (alternativkostnad) vil være vesentlig høyere i norsk helsetjeneste enn i britisk helsetjeneste. Følgelig bør dette reflekteres i vesentlig høyere alternativkostnad og terskelverdi i Norge for innføring av nye tiltak. Korrigert for landenes kostnadsnivå er terskelverdien i både Danmark, Sverige, Nederland og Storbritannia satt høyere enn i Norge.

Utvalget synes å legge avgjørende vekt på en studie fra Martin et al (2021), referanse 32 i rapporten, som analyserer utviklingen i kostnad per QALY i perioden 2003 til 2012.⁴ Utvalget omtaler funnene i studien som følgende:

«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

⁴ 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.

000 og 10 000 GBP per QALY. Dersom dette er overførbart til Norge, taler dette for å ikke endre anslaget på alternativkostnaden.»

Dette er feil. Artikkelen viser ikke at kostnaden per QALY er stabil i perioden. Tvert imot finner studien økende kostnad per QALY, fra 6749£ i 2003/2004 til 9892£ i 2012/2013. Forfatterne omtaler dette i det følgende;

«The cost per QALY estimates are in nominal (current price) terms and reveal an average annual growth rate of 5.4%. They can be deflated to constant prices using the average annual growth rate of the hospital and community health services (HCHS) pay and price index (2.8%) over the study period [25]. Having taken account of this, our results indicate that the estimated cost of a QALY gained by marginal NHS expenditure grew in real terms with an average real-terms annual growth rate of 2.6%».

Denne studien konkluderer altså med at kostnad per QALY i perioden økte med 2,6 prosent årlig, utover prisvekst. Hvis funnene skal legges til grunn for justering av marginalkostnad i norsk sammenheng, tilsier dette en oppjustering langt ut over prisveksten på førti prosent i perioden 2016-2025. Aktuell tabell fra studien er vedlagt til sist i dokumentet.

Til sist vil Of kommentere utvalget anførsler om at endring i alternativkostnad vil ha konsekvenser i norsk helsetjeneste. Of anser dette som et særdeles svakt argument. En videreføring av et ti år gammelt anslag for alternativkostnad etter en periode med sterk prisvekst og fallende kronekurs har naturligvis en rekke konsekvenser for innføring av nye tiltak i helsetjenesten. Utvalget synes å se bort fra at manglende korrigering for utviklingen fører til at pasientgrupper forhindres fra tilgang til nye metoder.

Samlet vurdering

Of er i utgangspunktet kritiske til i det hele tatt å anvende Claxton-gruppens anslag for alternativkostnad som grunnlag for terskelverdi i norsk helsetjeneste. Gruppens anslag er vesentlig lavere enn tidligere anvendte terskelverdier, og vesentlig lavere enn øvrige anslag for alternativkostnad.

I vurderingen av eventuell justering av dagens nivå vurderer Of at gruppens kartlegging gir sterke argumenter for at nivået bør justeres; prisveksten har vært om lag 40 prosent i perioden, produktivitetsveksten har vært nær null og foregangslandet i denne sammenhengen, Storbritannia, har justert opp sin terskelverdi. Of vurderer at det eneste valide argumentet gruppen har lagt fram for ikke å justere for ti års prisvekst er en nye analyse fra den samme gruppen rundt Claxton.⁵

Gruppen viser videre til at Martin et al (2021) finner at kostnad per QALY er stabil over en tiårs periode til tross for prisvekst. Ved gjennomgang av denne artikkelen fremkommer

⁵ 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.

det altså at utvalget gir en fullstendig feilaktig fremstilling av funnene. Utvalget beskriver at artikkelen viser at kostnad per QALY er stabil over en ti-års periode. Men artikkelen viser det motsatte; at kostnad per QALY målt i løpende priser øker med 5,4 prosent årlig.

Of mener at gruppens fremstilling er villedende og at rapporten bærer preg av at en tendensiøs framstilling og sammenstilling av utvalgets funn og at konklusjonen er svakt underbygget. Rapporten skjemmes av en grov feil i gjengivelsen av funnene til Martin et al (2021). Dette svekker tilliten til gruppens arbeid.

Ofs råd vil være å ikke følge gruppens tilråkning, men i stedet justere alternativkostnaden minst i tråd med prisveksten i perioden fram til det foreligger et bedre grunnlag for fastsettelse av ny terskelverdi. Hvis gruppens tilråkninger får tilslutning i Stortinget, vurderer Of at dette kan ha betydningsfulle negative konsekvenser for tilliten til og oppslutningen om prioriteringsmekanismen i norsk helsetjeneste.

Med vennlig hilsen
Norsk Overlegeforening

Ståle Clementsen
leder

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Table 5 Cost per QALY and health opportunity cost estimates, 2003/04–2012/13

Year	Type of estimate	Point estimate (probabilistic)	2.5th percentile	97.5th percentile
2003/04	Cost per QALY	£6749	£4749	£11,407
	Health opportunity costs of £10 million (QALYs)	1482	877	2106
2004/05	Cost per QALY	£5857	£4312	£9122
	Health opportunity costs of £10 million (QALYs)	1707	1096	2319
2005/06	Cost per QALY	£7663	£6054	£10,488
	Health opportunity costs of £10 million (QALYs)	1305	953	1652
2006/07	Cost per QALY	£6880	£4210	£18,847
	Health opportunity costs of £10 million (QALYs)	1453	531	2375
2007/08	Cost per QALY	£7757	£4780	£22,231
	Health opportunity costs of £10 million (QALYs)	1289	448	2092
2008/09	Cost per QALY	£6615	£4731	£11,065
	Health opportunity costs of £10 million (QALYs)	1512	904	2114
2009/10	Cost per QALY	£7746	£6019	£10,973
	Health opportunity costs of £10 million (QALYs)	1291	911	1661
2010/11	Cost per QALY	£8830	£6702	£12,724
	Health opportunity costs of £10 million (QALYs)	1133	786	1492
2011/12	Cost per QALY	£9736	£7318	£14,562
	Health opportunity costs of £10 million (QALYs)	1027	687	1366
2012/13	Cost per QALY	£9892	£7057	£16,507
	Health opportunity costs of £10 million (QALYs)	1011	606	1417

QALY quality-adjusted life year

Fra 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.