



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

26/1563-

20. april 2026

Dokument 8:238 S (2025-2026) Representantforslag fra Julia Brännström Nordtug, Kristian August Eilertsen, Stig Atle Abrahamsen, Anne Grethe Hauan og Bård Hoksrud om justering av terskelverdien for legemidler

Jeg viser til brev fra helse- og omsorgskomiteén datert 10. april 2026 vedlagt Dokument 8:238 S (2025–2026) med følgende representantforslag fra stortingsrepresentantene Julia Brännström, Kristian August Eilertsen, Stig Atle Abrahamsen, Anne Grethe Hauan og Bård Hoksrud:

- 1. Stortinget ber regjeringen snarlig justere terskelverdien for kostnadseffektivitet i helsetjenesten i tråd med prisutviklingen fra 2016 til 2025.*
- 2. Stortinget ber regjeringen årlig inflasjonsjustere terskelverdien basert på pris- og produktivitsutviklingen i helsetjenesten frem til ny justert alternativkostnad basert på norske forhold er bestemt.*
- 3. Stortinget ber regjeringen redegjøre for hvordan terskelverdien for kostnadseffektivitet i helsetjenesten praktiseres i prioriteringsbeslutninger, og vurdere tiltak som sikrer bedre ressursbruk og raskere pasienttilgang til effektive behandlinger.*

Svar

- 1. Stortinget ber regjeringen snarlig justere terskelverdien for kostnadseffektivitet i helsetjenesten i tråd med prisutviklingen fra 2016 til 2025.**
- 2. Stortinget ber regjeringen årlig inflasjonsjustere terskelverdien basert på pris- og produktivitsutviklingen i helsetjenesten frem til ny justert alternativkostnad basert på norske forhold er bestemt.**

I forbindelse med behandling av Meld. St. 21 (2024-2025) *Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*, fattet Stortinget, jf. Innst. 461 S (2024-2025) anmodningsvedtak 903:

«Stortinget ber regjeringen utrede et sikrere anslag på alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten i Norge, basert på norske data. Stortinget ber regjeringen i mellomtiden, innen utgangen av 2025, gjøre en hurtig utredning basert på tilgjengelige data med mål om å justere dagens alternativkostnad for pris- og produktivitet utvikling inntil det sikrere anslaget er på plass».

På bakgrunn av anmodningsvedtaket ga Helse- og omsorgsdepartementet Direktoratet for medisinske produkter (DMP) i samarbeid med Helsedirektoratet (Hdir) i oppdrag å gjennomføre en hurtigutredning basert på tilgjengelige data med mål om å justere dagens alternativkostnad for pris- og produktivitet utvikling inntil det sikrere anslaget er på plass.

Alternativkostnaden kan defineres som hvor mye helse som går tapt når ressurser brukes på et tiltak i stedet for et annet alternativ. Beregning av alternativkostnaden er et empirisk spørsmål. Terskelverdien og alternativkostnaden er ikke nødvendigvis det samme. Terskelverdiene, som benyttes i den norske helsetjenesten, tar utgangspunkt i anslaget på alternativkostnaden, men vektlegger i tillegg alvorlighet. Det er høyere terskelverdier, det vil si betalingsvillighet, jo alvorligere tilstander. Etske vurderinger ligger til grunn for denne vektingen.

Direktoratene ble bedt om å kartlegge hvilke justeringer som kan gjøres på bakgrunn av tilgjengelige data og tydeliggjøre eventuelle manglende data for å justere alternativkostnaden, jf. anmodningsvedtaket.

I utredningen skulle direktoratene også kartlegge og beskrive internasjonale erfaringer med å justere alternativkostnaden av relevans for arbeidet i Norge. En ekstern referansegruppe med representanter fra akademien, de regionale helseforetakene og kommunal sektor ble benyttet i arbeidet. Rapporten ble levert 5. januar i år og sendt på høring med høringsfrist 15. februar. En oppdatert versjon av rapporten ble levert 25. februar.

Kunnskapsgrunnlaget for ev. justering

I rapporten oppgir DMP og Hdir at det er behov for data for tre forhold for å kunne justere alternativkostnaden innenfor det utvidede helsetjenesteperspektivet som er lagt til grunn for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. Det er data om 1) lønns- og prisvekst, 2) produktivitetsvekt, der produktivitetsveksten avhenger av endring i aktivitet og av endringen i produksjonen av gode leveår (QALY-er) per tjeneste, dvs. endring i helsegevinst og 3) realvekst i helse- og omsorgsbudsjettet.

DMP viser i rapporten til at alternativkostnaden er kostnadene knyttet til de ressursene som er nødvendig for å gi et ekstra godt leveår (QALY) i helsetjenesten. Dette vil i hovedsak være kapital (bygninger og utstyr), arbeidskraft, legemidler og forbruksmateriell. DMP mener at

kostnadsdeflatoren for de regionale helseforetakene er det beste målet for pris- og lønnsveksten. DMP vurderer at prisvekst isolert sett tilsier en økning i alternativkostnaden. DMP mener imidlertid at prisvekst alene ikke kan brukes som grunnlag for å justere alternativkostnaden, da denne også avhenger av produktivitet. Hvis helsetjenesten blir mer produktiv og det som produseres gir en økt helsegevinst, vil kostnadene for å produsere et ekstra godt leveår gå ned. Innenfor den samme budsjetttrammen tilsier det at alternativkostnaden bør justeres ned.

Innenfor produktivitet i helsetjenesten er det to faktorer som er særlig viktig. Det ene er antall aktiviteter eller helsetjenester som produseres, og det andre er antall gode leveår eller QALY (helsegevinsten) som produseres. Økt kvalitet på aktivitetene genererer flere gode leveår. Tall fra teknisk beregningsutvalg (TBU) for spesialisthelsetjenestens økonomi tilsier at det ikke er grunnlag for å justere alternativkostnaden for produktivitetsendringer i tjenesteproduksjon etter 2015 grunnet aktivitetsendringer.

TBU-dataene er imidlertid ikke et godt mål for endring i helsegevinst (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 som øker kvaliteten på tjenestene og gir økt forventet levealder i befolkningen. Det har siden alternativkostnaden ble tatt i bruk som grunnlag for terskelverdisystemet, vært gjort mange investeringer i slike faktorer. DMP vurderer at det er grunn til å tro at produksjonen av QALY-er i helsetjenesten har økt etter 2015. Hvor stor denne økningen er, finnes det ikke gode tall på per nå, så økningen kan ikke kvantifiseres.

Skulle en bare justert for pris- og lønnsvekst, tilsier dette en økning av alternativkostnaden på 40 prosent siden 2016, dvs. gjennomsnittlig økning på 4 prosent hvert år. Men, om produktivitetsveksten er for eksempel 1 prosent per år siden 2016, tilsier det isolert sett en reduksjon i terskelverdien på 10 prosent når vi ser samlet på perioden 2016-2025. Er den på 2 prosent pr år blir reduksjonen 20 prosent. Å ha kjennskap til utviklingen i produktiviteten, herunder helsegevinsten de siste 10 årene er altså av stor betydning for hvor mye alternativkostnaden bør justeres. Dette mangler vi data for.

En realvekst i helsebudsjettene vil også være en faktor som bør vurderes når man vurderer om en justering i alternativkostnaden er fornuftig. Realvekst i helsebudsjettene ville gitt økte ressurser til å kjøpe enten flere helsetjenester, eller betale mer for de helsetjenestene vi tar i bruk. Realvekst i helsebudsjettene vil derfor trekke i retning av at man kunne økt alternativkostnaden og den påfølgende terskelverdien og fått samme mengde eller flere helsetjenester innenfor budsjetttrammen. Hensyntatt demografiske endringer, er bevilgningsnivået til spesialisthelsetjenesten i 2025 på om lag samme nivå som i 2016, selv om Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten anslår at det har vært en realvekst siden 2022. DMP vurdering er derfor at endring i helsebudsjettene ikke gir grunnlag for å endre alternativkostnaden.

Oppsummert mener DMP at alternativkostnaden ikke kan økes basert på pris alene fordi prisvekstdata må kobles til produktivetsdata for faktiske helseutfall. Det finnes ikke tilgjengelig data som kobler prisvekstdata til produktivetsdata som angir faktiske helseutfall. DMP mener dette gjør at 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.

DMP og Hdir pekte også på at oppdaterte studier fra England indikerer at dagens anslag på alternativkostnaden som benyttes i Norge er for høyt. Dette sammen med manglende data for en justering, gjør at DMP og Hdir anbefalte å ikke midlertidig justere alternativkostnaden.

I høringen av rapporten fra DMP og Hdir kom det i overkant av 50 hørings svar. Svar fra akademia og offentlige virksomheter støtter i all hovedsak rapportens konklusjoner, mens hørings svarene fra representanter for legemiddelindustrien og pasient- og brukerorganisasjoner, samt noen fagforeninger, er kritiske til konklusjonene og mener alternativkostnaden bør justeres. De mener rapporten i for liten grad belyser konsekvensen av ikke å justere alternativkostnaden nå.

Flere høringsinstanser ga også innspill til at den større utredningen basert på norske data må sørge for åpenhet om antakelser, modeller og usikkerhet, herunder publisering av kode- og modellvalg. Det ble videre pekt på behovet for en fast og forutsigbar mekanisme for årlig eller periodisk oppdatering. Det ble videre etterlyst analyser av variasjon mellom sektorer (den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten), diagnosegrupper, geografi og alvorlighet, samt ikke-medikamentelle tiltak. Det ble også etterlyst framtidige modeller eller anslag som fanger opp (1) langtidseffekter av behandling (gevinst og kostnader over tid), og/eller (2) mulig økning i QALY-produksjon per tjeneste som følge av teknologi, endrede prosedyrer og økt overlevelse og/eller levealder. Dette er viktige momenter å få vurdert når vi skal videreutvikle prioriteringssystemet i den norske helsetjenesten.

Mulige effekter av midlertidig justering

I representantforslaget vises det til at dagens terskelverdi i praksis kun påvirker vurderingen av nye legemidler og at budsjettkonsekvensene av en økning av terskelverdien kun er begrenset til de legemidlene som inkluderer kostnad-per-QALY-analyser. Forslagstillerne mener at dette gjaldt kun 16 av 130 metoder som ble behandlet i Nye metoder i 2025. Jeg viser til at alle legemidler som vurderes i Nye metoder skal vurderes i henhold til prioriteringskriteriene og dermed dagens alternativkostnad, herunder terskelverdier. Dersom ett nytt legemiddel antas å ha tilsvarende effekt som et allerede innført legemiddel, er det ikke nødvendig å gjennomføre en kostnad-per-QALY-analyse, men legemiddelet må like fullt vurderes mot terskelverdien for det som allerede er innført i tjenesten. Det innebærer at en økning av terskelverdien vil gjelde alle nye legemidler som vurderes i Nye metoder, ikke bare de sakene hvor det gjennomføres en kostnad-per-QALY-analyse. Tilsvarende vurderinger gjelder for legemidler som er finansiert over blåreseptordningen hvor det er en tendens mot

at flere og flere blåresept-preparater må gjennom prisforhandling før de kan innføres. I 2025 ble det vurdert 103 metoder i blåreseptordningen, hvorav 28 var metodevurderinger og 75 var pris -og refusjonsvedtak.

Utgiftene til legemidler i 2024 utgjorde om lag 30,6 mrd. kroner, hvorav 16 mrd. kroner var utgifter over folketrygden og 14,6 mrd. kroner var utgifter til legemidler i sykehusene. Forslagsstillerne viser til at en økning av alternativkostnad tilsvarende prisvekst på 40 prosent, vil tilsvare en ev. merkostnad på 4 prosent av legemiddelbudsjettet i spesialisthelsetjenesten. Dersom dette legges til grunn, utgjør det en merkostnad på nærmere 600 mill. kroner i spesialisthelsetjenesten. Skulle det samme gjelde for folketrygden, blir økningen samlet på i overkant av 1,2 mrd. kroner. Det innebærer at vi måtte betale 1,2 mrd. kroner mer for de samme legemidlene, med den samme helsegevinsten, samtidig som midler til andre helsetjenester som for eksempel rehabiliteringstjenester eller oppfølging av kronikere må reduseres med tilsvarende beløp. Gitt at alle nye saker vurderes mot tersklene, vil kostnadene antagelig overstige dette. Økes terskelverdiene vil det trolig også legges press på at tidligere beslutninger om innføring av legemidler med ønske om revurdering av saker opp mot nye terskler. Dette ville trolig øke legemiddelkostnadene ytterligere. Denne type konsekvenser vil akkumuleres over år.

Forslagsstillerne viser i anmodningsvedtaket til alternativkostnaden på 275 000 kroner, og ber samtidig om at terskelverdien justeres. 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. Magnussentrappen innebærer ulike terskelverdier avhengig av alvorlighet. Terskelverdiene varierer fra 275 000 kr. per QALY til 825 000 kr. per QALY avhengig av alvorlighet. Det kan i tråd med Stortingets beslutninger aksepteres et lavere krav til dokumentasjon og høyere ressursbruk enn dette for enkelte tiltak rettet mot særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand. Mange av sakene i Nye metoder har høy alvorlighetsgrad og vurderes dermed opp mot de høyeste terskelverdiene.

I årene 2023, 2024 og 2025 ble det innført 26 legemiddelsaker hvor det var gjennomført en kostnad-per-QALY-analyse. Gjennomsnittlig kostnad-per-QALY i disse sakene har vært om lag 550 000. I tillegg er det innført 5 saker innen ordningen for små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand hvor gjennomsnittlig kostnad-per-QALY har vært vesentlig høyere.

Effekten av en ev. økning av terskelverdien vil avhenge av en rekke forhold, blant annet hvilken pris leverandører velger å sette på sine produkter. Selv om terskelverdien skal ligge til grunn for hele tjenesten, er det først fremst i forbindelse med vurdering av nye metoder i spesialisthelsetjenesten og i blåreseptordningen hvor denne benyttes systematisk. I høringen av rapporten fra DMP har flere legemiddelselskaper gjort beregninger av hva de mener vil være de budsjettmessige konsekvensene av å øke terskelverdien. Selv med uendrete budsjetter og mulige prisreduksjoner via anbudsprosesser, vil en økt terskelverdi gi mulighet til å øke prisene opp mot et høyere nivå. Dette vil kunne ha betydelige vridningseffekter.

Dersom vi betaler mer for de samme legemidlene uten av vi får mer helse for de samme pengene, vil det innebære en merkostnad som vil gå på bekostning av andre helsetilbud.

En oppjustering av alternativkostnaden med påfølgende økning av terskelverdien og betalingsviljen, vil kunne være krevende å reversere eller nedjustere dersom det viser seg at oppjusteringen ble foretatt på feil grunnlag. Dette må ses i sammenheng med at det kan oppstå situasjoner hvor enkelte pasientgrupper da ikke lenger gis tilgang til legemidler eller behandlingsmetoder fordi kostnadene vurderes som for høye, samtidig som helsetjenesten tidligere har akseptert tilsvarende eller høyere ressursbruk for andre grupper. Slike utfall vil kunne utfordre opplevd rettferdighet og svekke legitimiteten i prioriteringsbeslutningene.

Videre vil endringer i seg selv ha betydelige administrative konsekvenser, blant annet knyttet til behov for reviderte metodevurderinger, eventuell omgjøring av tidligere beslutninger og tilpasninger i beslutningssystemene. Det er også grunn til å anta at en justering foretatt uten kunnskapsgrunnlag vil måtte gjennomføres flere ganger, ettersom det er lite sannsynlig at man ved en isolert justering treffer et nivå som samsvarer med estimatet for alternativkostnaden som blir systematisk frembrakt slik det kommende oppdraget er tenkt. Dette understreker behovet for en kunnskapsbasert og helhetlig tilnærming før eventuelle endringer gjennomføres.

Samlet vurdering

Jeg har vurdert de ulike alternativene, herunder å justere alternativkostnad og tersklene på grunnlag av kun prisutviklingen. Samlet sett mener jeg det innebærer større risiko å justere terskelverdiene på usikkert og manglende grunnlag enn å utsette justeringen noe i tid.

Jeg viser videre til at et samlet Storting i forbindelse med behandlingen av Meld. St. 34 (2015–2016) og Meld. St. 21 (2024–2025) har sluttet seg til at alternativkostnaden, den totale budsjetttrammen og prinsippene for prioritering er faktorer som henger tett sammen. Tilsvarende ble også lagt til grunn i Meld. St. 38 (2020-2021). Stortinget har imidlertid ikke tatt stilling til hvordan forholdet er mellom alternativkostnaden, terskelverdiene, den totale budsjetttrammen og prinsippene for prioritering, herunder hva en endring i terskelverdiene, skal innebære for helse- og omsorgsbudsjettene. Jeg mener at terskelverdiene ikke kan heves uten en nærmere vurdering av dette forholdet.

Samtidig forstår jeg at det kan oppleves lenge å vente med en ev. slik justering til den større utredningen av alternativkostnaden i Norge er gjennomført. Jeg mener likevel at det er riktig, da det å ha godt estimat for alternativkostnaden og regel for justering er så sentralt for prioritering i tjenesten.

Jeg oppfatter at det er faglig enighet om at følgende forhold bør legges til grunn for en justering: 1) lønns- og prisvekst, 2) produktivitetsvekt, der produktivitetsveksten avhenger av endring i aktivitet og av endringen i produksjonen av gode leveår (QALY-er) per tjeneste, dvs. økt helsegevinst og 3) realvekst i helse- og omsorgsbudsjettene. Jeg ber Stortinget om tilslutning til at det er disse forholdene som legges til grunn for justering av en alternativkostnad basert på norske data framover.

Jeg viser videre til at Stortinget i forbindelse med behandlingen av prioriteringsmeldingene har sluttet seg til at forhold som ligger utenfor helse- og omsorgstjenesten, slik som utenrikspolitiske eller næringspolitiske forhold, ikke skal legges til grunn for prioriteringsbeslutninger i helse- og omsorgstjenesten, og da heller ikke for en justering av alternativkostnaden.

Videre prosess

Jeg vil raskt, senest før sommeren, gi DMP i oppdrag å anskaffe den større utredningen av alternativkostnaden med norske data. Denne utredningen skal gi et godt estimat for alternativkostnaden i Norge med norske data. Den skal også foreslå en metodikk for justering av alternativkostnaden samt hyppigheten av justeringen, basert på foreslåtte forhold for justering omtalt i avsnittet over.

Jeg mener en slik tilnærming vil gi et bedre grunnlag for justering av alternativkostnaden, og er i tråd med intensjonene i Stortingets anmodningsvedtak 903 om å fremskaffe et sikrere anslag for hva alternativkostnaden er i Norge. En justering med mangelfulle data vil ikke gi et godt bilde av hvordan utviklingen i alternativkostnaden har vært siden 2016. Jeg mener derfor vi må avvente den større utredningen også for å fastslå hvordan en jevnlig justering konkret skal gjøres.

3. Stortinget ber regjeringen redegjøre for hvordan terskelverdien for kostnadseffektivitet i helsetjenesten praktiseres i prioriteringsbeslutninger, og vurdere tiltak som sikrer bedre ressursbruk og raskere pasienttilgang til effektive behandlinger.

I Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*, redegjøres for hvordan prioriteringskriteriene i dag praktiseres i helse- og omsorgstjenesten, samtidig som meldingen peker på et fortsatt behov for evaluering og videreutvikling av systemet for prioritering. Særlig gjelder dette hvordan vi i større grad kan ta i bruk terskelverdier og systematiske beregninger av kostnadseffektivitet som støtte for prioriteringsbeslutninger i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen har derfor igangsatt flere utviklingsarbeider med sikte på å styrke implementeringen av de prioriteringskriteriene Stortinget har sluttet seg til. Målet er en mer effektiv ressursbruk, raskere og mer likeverdig tilgang til nye og virkningsfulle behandlingsmetoder for pasientene, samt å styrke legitimiteten til prioriteringssystemet. Dette omfatter blant annet arbeid med å redusere ventetider til helsehjelp og forbedre pasientflyt, særskilte tiltak for å sikre bedre prioritering og tilgang til behandling for små og sårbare pasientgrupper, herunder pasienter med sjeldne diagnoser, samt at det er lagt fram en veileder for prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester. Samlet sett skal dette bidra til en mer bærekraftig og rettferdig helsetjeneste.

Systemet for Nye metoder har over tid vært gjenstand for evaluering og videreutvikling. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte Proba samfunnsanalyse en evaluering av organisering, prosesser og beslutningsgrunnlag i systemet. Evalueringen ga et samlet bilde av et system som i hovedsak fungerer i tråd med formålet, men som også har

forbedringspunkter knyttet til blant annet åpenhet, legitimitet, involvering og effektivitet i beslutningsprosessene. Regjeringen har fulgt opp evalueringen gjennom løpende utviklingsarbeid i samarbeid med de regionale helseforetakene og aktørene i systemet for Nye metoder. Dette har blant annet omfattet justeringer i arbeidsformer, styrking av beslutningsgrunnlag og tiltak for bedre samhandling og etterprøvnbarhet over tid.

I Meld. St. 21 (2024–2025) tydeliggjøres at rask tilgang til effektive tjenester, herunder behandlingsmetoder, er et sentralt mål for prioritering. Jeg viser særlig til oppdrag til de regionale helseforetakene om å evaluere om ordningen for vurdering av metoder til særskilt små pasientgrupper fungerer etter hensikten og praktiseres i tråd med de vedtatte føringene fra Stortinget. Oppdraget ble gitt i januar 2026, med forventet ferdigstilling i juni 2026.

Det pågår også et kontinuerlig utviklingsarbeid blant aktørene i Nye metoder. Årsrapporten for 2025 for nye metoder viser at saksbehandlingstiden går ned for saker som er behandlet etter at nye tiltak ble innført i 2023. For oppdrag med metodevurdering og tilhørende prisnotat, var den samlede tidsbruken i gjennomsnitt 382 dager fra legemiddelet fikk markedsføringstillatelse (MT) i Norge til det forelå en førstegangsbeslutning i Beslutningsforum. Dette viser oversikten over alle saker der leverandørene selv har anmodet at saken skal behandles i Nye metoder. I fjor viste årsrapporten at tidsbruken for alle typer oppdrag var på 481 dager.

Direktoratet for medisinske produkter (DMP) holder seg godt innenfor målet om å gjennomføre metodevurderinger på 180 dager, med et gjennomsnitt på 133 dager for oppdrag med metodevurdering og tilhørende prisnotat i perioden fra 2024. Sykehusinnkjøp bruker 11 dager i gjennomsnitt på sin saksbehandling, mens RHF-ene bruker i snitt 39 dager på gjennomgang og forberedelse til Beslutningsforum. Leverandørene bruker i snitt 135 dager fra et legemiddel får MT til dokumentasjonen er mottatt hos DMP, og i snitt må det ventes 73 dager fra leverandør på ytterligere dokumentasjon.

Vi jobber kontinuerlig med å forbedre systemet for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Det er gitt flere konkrete oppdrag om dette. Samtidig er det viktig for meg å understreke at det gjøres godt arbeid med prioritering i tjenestene, og systemet fungerer i hovedsak godt, selv om det alltid vil være rom for forbedring.

Med hilsen



Jan Christian Vestre



**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen

Deres ref

Vår ref

Dato

26/1563-

18. mai 2026

Spørsmål til statsråden i sak Dok 8:238 – Oppfølgingsspørsmål

Jeg viser til brev av 13. mai fra helse- og omsorgskomiteen ved saksordfører Truls Vasvik til behandling av Dokument 8:238 S (2025-2026). I brevet etterspørres informasjon om ev. merkostnad til legemidler over folketrygden ved økning av terskelverdien. Det bes om en utdypning av hvordan man har kommet fram til en ev. kostnadsøkning på 1,2 mrd. kroner til legemidler i spesialisthelsetjenesten og folketrygden.

Jeg viser til følgende avsnitt i brev av 20. april som svar på Dokument 8:238 S (2025-2026): «Utgiftene til legemidler i 2024 utgjorde om lag 30,6 mrd. kroner, hvorav 16 mrd. kroner var utgifter over folketrygden og 14,6 mrd. kroner var utgifter til legemidler i sykehusene. Forslagsstillerne viser til at en økning av alternativkostnad tilsvarende prisvekst på 40 prosent, vil tilsvare en ev. merkostnad på 4 prosent av legemiddelbudsjettet i spesialisthelsetjenesten. Dersom dette legges til grunn, utgjør det en merkostnad på nærmere 600 mill. kroner i spesialisthelsetjenesten. Skulle det samme gjelde for folketrygden, blir økningen samlet på i overkant av 1,2 mrd. kroner. [...]»

Alternativkostnaden gjelder for hele helse- og omsorgstjenesten, herunder legemidler i spesialisthelsetjenesten og legemidler over folketrygden. Utgiftene over folketrygden til legemidler utgjorde 16 mrd. kroner i 2024. 4 prosent av dette tilsvarer 640 mill. kroner. Utgiftene til legemidler i spesialisthelsetjenesten utgjorde 14,6 mrd. kroner i 2024. 4 pst. av dette tilsvarer 584 mill. kroner. Til sammen utgjør 4 prosent av samlede legemiddelkostnader i 2024 1,224 mrd. kroner.

Med hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jan Christian Vestre', written in a cursive style.

Jan Christian Vestre