NYE METODER

Referat – referansegruppene for Nye metoder – fellesmøte

Sted: Digitalt møte i Microsoft Teams
Tidspunkt 29.10.2026 Kl. 12:00 – 14:00

Deltakere: Bjørn Egil Vikse (fagdirektør i Helse Vest RHF) – møteleder

Medlemmer referansegruppe for legemidler:
Frida Næss-Ulseth (Legemiddelindustriforeningen, LMI)
Janicke Nevjar (Kreftforeningen)
Lilly Ann Elvestad (FFO)
Jon Magnussen (NTNU)

Medlemmer ikke-legemidler:
Catherine Capdeville (Melanor)
Andreas Høiaas (Kreftforeningen)
Sverre Ur (FFO)
Jon Magnussen (NTNU)

Observatører:
Faridah Nabaggala (Brukerrepresentant Bestillerforum for nye metoder)
Lars Peder Hammerstad (Brukerrepresentant Beslutningsforum for nye metoder)
Arne Vassbotn (Brukerrepresentant Beslutningsforum for nye metoder)
Linda Haugland (Brukerrepresentant Bestillerforum for nye metoder)
Anette Grøvan (DMP)
Elisabeth Bryn (DMP)
Anne Marthe Ringerud (Sykehusinnkjøp HF)
Christina Sivertsen (Sykehusinnkjøp HF)
Gloria Traina (Helse- og omsorgsdepartementet)
Børge Myrlund Larsen (Helsedirektoratet)

Sekretariatet for Nye metoder
Ellen Nilsen
Roya Ghobadi
Vilde Baugstø
Barbra Schjoldager Frisvold
Helene Örthagen
Karianne Mollan Tvedt
Michael Vester
Sjur Aulesjord Olsen

Referent: møtet er blitt transkribert uten innvendinger fra deltakere og ferdigstilt av sekretariatet.

Innledning

Her følger en oppsummering av diskusjonspunkter og innspill. Se også presentasjon fra møtet.

Fagdirektør i Helse-Vest RHF, og leder av Bestillerforum, Bjørn Egil Vikse ønsket velkommen.

Health Technology Assessment Regulation (HTAR) ved sekretariatet

Ellen Nilsen (sekretariatet) ga en status om nordisk samarbeid og innføringen av felleseuropeiske metodevurderinger i Nye metoder. Hun viste til at samarbeidet mellom de nordiske landene kan styrkes, samtidig som det må tas hensyn til ulikheter i beslutningsprosesser og prioriteringssystemer. En nasjonal arbeidsgruppe følger innføringen, og de første metodevurderingene brukes som piloter for å tilpasse de norske prosessene. For medisinsk utstyr er det opprettet en fast ekspertgruppe, der også brukerrepresentanter deltar for å gi innspill på PICO. Temaet tas opp igjen når det foreligger mer erfaring fra pilotene.

Bjørn Egil (møteleder): Det har vært god fremdrift siden forrige orientering. Arbeidet ser ut til å foregå på en ryddig og strukturert måte.

Lars Hammerstad (brukerrepresentant): Jeg kunne gjerne tenke meg å høre litt mer om arbeidsgruppen som jobber med HTAR. Det deltar brukerrepresentanter i gruppen, men vi har fått lite informasjon om hvordan gruppen arbeider, og hvor langt de har kommet.

Ellen Nilsen (sekretariatet): Det er satt ned grupper som ser på prosessen fra anmodning til Bestillerforum, inkludert informasjonstiltak på nettsidene. For medisinsk utstyr er det etablert en fast ekspertgruppe for å sikre raske faglige innspill, blant annet til PICO. Videre organisering og eventuell rullering av brukerrepresentanter vurderes etter at man har fått mer erfaring fra pilotene.

Andreas Leonardo Høiaas (Kreftforeningen): Jeg lurte litt på dette med PICO og brukerrepresentanter. Særlig ved sjeldne sykdommer kan det være behov for kjennskap til den enkelte sykdommen. Har dere tenkt noe rundt bruken av generelle brukerrepresentanter opp mot personer med sykdomsspesifikk erfaring?

Ellen Nilsen (sekretariatet): Dette gjelder kun medisinsk utstyr, ikke legemidler. Det er her man har satt ned en fast ekspertgruppe. Man har jo også brukerrepresentanter i Europa, men jeg vet ikke om brukerrepresentantene eller DMP vil si litt mer om dette.

Linda Haugland (brukerrepresentant): Det har vært et veldig spennende arbeid, og jeg synes DMP har vært flinke til å gi informasjon. Samtidig krever det en del forberedelser å sette seg inn i stoffet, lese og etterspørre informasjon for å kunne gi gode innspill. Det gjelder både generelle innspill og hvilke andre grupper dette kan få betydning for.

Anette Grøvan (DMP): Jeg kan si litt om hvordan brukerne er organisert i HTAR. I hver sak rekrutteres det brukereksperter med erfaring fra den aktuelle sykdommen fra Europa, og det kan også være norske brukere. Vi har flere ganger fått forespørsler om både fageksperter og brukere.

Det finnes også et interessentnettverk som vurderer ordningen på et mer overordnet nivå og gir innspill til Kommisjonen, sekretariatet og koordineringsgruppen. Der deltar mange brukere og brukerorganisasjoner.

Prioritering og helseøkonomi ved Jon Magnussen

Jon Magnussen (NTNU) holdt et innlegg om alternativkostnad, terskelverdi, alvorlighet og usikkerhet i beslutningsgrunnlaget. Han viste blant annet til at en eventuell justering av alternativkostnaden må ta hensyn til både pris- og lønnsvekst, produktivitetsutvikling og kvalitetsforbedringer i helsetjenesten. Videre redegjorde han for hvordan usikkerhet kan påvirke beslutninger, særlig ved små pasientgrupper, og hvordan denne kan håndteres gjennom blant annet prismodeller og mulighet for senere revurdering. Han tok også opp utfordringene ved å koble den ordinære prioriteringsmodellen til ordningen for særskilt små pasientgrupper, og viste til at det kan være behov for en ny, helhetlig diskusjon om vektingen av alvorlighet.

Bjørn Egil Vikse (møteleder): Det har gjennom årene vært vist til ulike anslag for alternativkostnaden. Noen studier peker på at den reelt sett kan være lavere enn dagens anslag. Finnes det etter din vurdering gode vitenskapelige studier som gir oss et bedre beslutningsgrunnlag i dag, eller må vi bruke de neste to årene på å beregne dette selv?

Jon Magnussen (NTNU): Jeg tror det er lurt å bruke de to årene på å gjøre egne beregninger. Det finnes bedre studier nå enn i 2015. Noen peker i retning av at alternativkostnaden er lavere, mens andre kommer til både høyere og lavere anslag, avhengig av metode og datagrunnlag.

Vi kommer nok ikke fram til et fasitsvar, men vi vil få et bedre forankret anslag og et bedre beslutningsgrunnlag enn vi har i dag. Da mener jeg det er klokt å bruke dette i den videre fastsettelsen av beløpet. Beslutningene vil fortsatt tas under usikkerhet, men forhåpentligvis på grunnlag av det beste estimatet vi har ut fra tilgjengelig informasjon.

Lars Hammerstad (brukerrepresentant): Jeg synes det var krevende å følge metodikken, særlig når du trekker inn skjønn. Hvordan kan skjønn innarbeides på en god måte i disse beregningene, og hvor kommer det først og fremst inn? Er det underveis i prosessen eller i den endelige beslutningen?

Jeg skulle også gjerne hørt mer om hvordan pasientenes livskvalitet og opplevelser blir ivaretatt. For den enkelte pasient kan dette til syvende og sist handle om liv eller død. Den helheten klarer man ikke nødvendigvis å regne seg fram til, så det vil uansett være behov for skjønn.

Jon Magnussen (NTNU): For å gjøre det enda vanskeligere vil jeg skille mellom to typer skjønn. Det ene er skjønnet som brukes i analysen, for eksempel når man velger metode og datagrunnlag og vurderer usikkerheten. Slik jeg ser det, bør man gjøre en så god metodisk analyse som mulig og komme fram til det beste estimatet man kan. Deretter kommer skjønnet inn i selve beslutningen. Hvis man velger å si ja til noe som ligger over terskelverdien, eller nei til noe som ligger under, bør man være tydelig på hvorfor. Stortinget har heller ikke fastsatt en bestemt terskelverdi. Det har sluttet seg til et anslag for alternativkostnaden, men overlatt de konkrete vurderingene til Beslutningsforum og det som den gang het Statens legemiddelverk. Det er også åpnet for å avvike i særskilte tilfeller.

Faridah Nabaggala (brukerrepresentant): Takk for en fin innledning om en vanskelig problemstilling. Jeg er bekymret for hvordan dere vurderer risikoen for helsetap mens man venter på nye resultater. Tallverdier kan justeres senere, men hvordan tar dere hensyn til konsekvensene for pasientene, som ikke kan reverseres? Det er vanskelig for meg som bruker å forstå.

Bjørn Egil Vikse (møteleder): Det er besluttet å utrede alternativkostnaden for å få et mer presist anslag, og oppdraget er sendt ut på anbud. Samtidig er utfordringen at hvis vi innfører et høyere tall før vi har et godt nok grunnlag, kan det bli vanskelig å sette det ned igjen senere. Da risikerer vi å få mange «tause tapere», altså pasientgrupper som mister tilbud uten at konsekvensene nødvendigvis blir synlige.

Lilly Ann Elvestad (FFO): Takk for en pedagogisk presentasjon om et komplekst felt. Jeg skal ikke påstå at jeg forstår alt, men jeg har i hvert fall fått bekreftet at mange ting henger sammen.

Du sa at det er vanskelig å koble ordningen for små pasientgrupper med ordningen for resten. Hva er alternativet? Slik jeg har forstått det, har Sverige to separate ordninger og aksepterer en høyere betalingsvillighet for små pasientgrupper. Kan det være aktuelt å tenke på samme måte her?

Og så en kommentar til sekretariatet: Evalueringsrapporten om ordningen for særskilt små pasientgrupper er snart ferdig. Jeg vil gjerne oppfordre til at referansegruppen får en gjennomgang av rapporten når den foreligger.

Jon Magnussen (NTNU): Det kommer litt an på hva vi mener med kobling. Hvis vi tenker at den samme formelen skal ligge til grunn for begge ordningene, tror jeg det blir vanskelig.

En mulig kobling kan være å fastsette en egen terskelverdi for særskilt små pasientgrupper. Man kunne for eksempel forlenge dagens alvorlighetstrapp, men da står vi fortsatt igjen med problemet med pasientgrupper som har samme nytte og alvorlighet, men som faller utenfor fordi de er flere.

Et alternativ er derfor å vurdere hver sak for seg og forsøke å være konsistent, uten nødvendigvis å fastsette et bestemt beløp.

Andreas Leonardo Høiaas (Kreftforeningen): Takk. Du tar et stort fagfelt og prøver å kondensere det ned til ganske kort tid. Jeg synes du kommer med mange gode poenger, særlig om hvordan man kan håndtere usikkerhet når den forventede verdien er høy. Det er viktig å ikke bare påpeke usikkerheten, men også prøve å håndtere den.

Spørsmålet mitt gjelder alternativkostnaden knyttet til legemidler. Det argumentet forutsetter blant annet at man gjør gode prioriteringer i hele helsetjenesten. Samtidig skiller legemidler seg fra annen ressursbruk ved at de er knyttet til et marked og patenter, og at prisen gjerne er høy først og lavere senere. Opplever du at prioriteringsmodellen klarer å fange opp disse særegenhetene ved legemidler?

Jon Magnussen (NTNU): Man kunne gått lenger i prisjusteringen og vurdert en egen justering for legemidler. Samtidig vil prisjusteringen trolig ta utgangspunkt i sammensetningen av arbeidskraft, legemidler og kapital i behandlingen av en gjennomsnittspasient. Det er ikke sikkert det blir helt riktig, men jeg tror heller ikke vi skal gjøre modellen mer komplisert enn nødvendig.

Slik jeg ser det, håndteres legemidler godt i dag. Utfordringen er at mye annet i helsetjenesten ikke blir vurdert på samme måte. Svaret er ikke å slutte å gjøre disse vurderingene for legemidler, men å gjøre tilsvarende vurderinger også på andre områder.

Anette Grøvan (DMP): Jeg vil bare nevne noe jeg opplever at det er litt misforståelser rundt. Norge skiller seg ikke nødvendigvis fra andre land ved at vi har en alternativkostnad. Alle land med et helsebudsjett har i praksis en alternativkostnad, enten den er tydelig uttrykt som hos oss, eller ligger mer i bakgrunnen. Når penger brukes ett sted, kan de ikke brukes på noe annet. Det betyr også at all bruk av penger henger sammen, enten det gjelder små og sjeldne pasientgrupper eller større grupper. Vi må derfor prøve å gjøre gode prioriteringer innenfor den samme pengesekken.

Mange legemidler kommer med et håp om effekt, for eksempel at de kan hindre varig funksjonstap. Men noen ganger er dokumentasjonen så usikker at vi ikke vet om behandlingen faktisk vil ha denne effekten. Da må vi vurdere om pengene skal brukes på noe med en mer sikker helsegevinst, eller om vi skal ta sjansen på noe mer usikkert. Det er heller ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom hvor god dokumentasjonen er, og hvilken pris som kreves. Et legemiddel kan ha usikker dokumentasjon og samtidig en svært høy pris. Når en behandling ikke blir innført, handler det derfor ikke nødvendigvis om usikkerheten i seg selv, men om helheten, særlig kombinasjonen av usikker dokumentasjon, forventet effekt og pris.

Bjørn Egil Vikse (møteleder): Det ble jo sagt i Helsepersonellkommisjonen at vi kommer til å mangle folk før vi mangler penger. Samtidig er opplevelsen i spesialisthelsetjenesten nå at vi absolutt mangler penger. Gir det fortsatt mening å prioritere ut fra penger? Dette kan kanskje endre seg i fremtiden, men foreløpig er det penger som er «valutaen» vi bruker.

Anne Marthe Ringerud (SHI): Vi hører ofte at fordi alternativkostnaden og terskelverdien ikke er justert, har betalingsvilligheten for legemidler gått ned som følge av inflasjonen. Samtidig ser vi at legemiddelprisene stadig øker, og at vi betaler mer enn før. Jeg synes det er vanskelig å holde disse begrepene fra hverandre. Kan du forklare på en pedagogisk måte hvordan begge deler kan være sant?

Jon Magnussen (NTNU): Det første stemmer. Når vi i 2015 var villige til å betale 825 000 kroner for et kvalitetsjustert leveår, og beløpet er det samme i 2025 selv om prisveksten har vært betydelig, har den teoretiske betalingsvilligheten gått ned. Det betyr ikke nødvendigvis at prisene på legemidler har gått ned. Hvis et legemiddel kostet 350 000 kroner før og 600 000 kroner i dag, vil dere oppleve at dere faktisk betaler mer. Det er altså to forskjellige ting: Betalingsvilligheten har gått ned i realverdi, samtidig som legemiddelprisene kan ha økt. Spørsmålet er om alternativkostnaden bør justeres nå, eller om man bør vente på en ny analyse. Jeg mener det er riktig å vente, fordi nyere studier kan tyde på at anslaget fra 2015 var for høyt. Men dersom den nye analysen viser at alternativkostnaden bør være høyere, bør den også justeres.

Andreas Leonardo Høiaas (Kreftforeningen): Jeg har vært litt nysgjerrig på det samme som Anne Marthe tar opp. På områder med mange lanseringer, der man vurderer inkrementelle forskjeller, kan en årlig justering av terskelverdien kanskje få en slags eksponentiell effekt. Jeg lurer derfor på hvordan en årlig økning kan slå ulikt ut for ulike sykdomsområder. Det er en relevant diskusjon, tenker jeg.

Jon Magnussen (NTNU): Jeg skal være veldig kort. Hvis terskelverdien skal justeres med deflatoren for spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten eller en kombinasjon av disse, inngår det mange faktorer i beregningen. Legemiddeldelen av deflatoren viser faktisk en nedgang i enkelte perioder. Det skyldes ikke at nye legemidler blir billigere, men at eldre legemidler går av patent og utsettes for konkurranse.

Habilitet ved sekretariatet og DMP

Helene Örthagen (sekretariatet) innledet om arbeidet med habilitetsvurderinger av fageksperter som deltar i metodevurderingsarbeid.
Bakgrunnen for arbeidet var behovet for fageksperter i metodevurderingene og ressursbruken knyttet til rekruttering. Sekretariatet fikk derfor i 2025 i oppdrag å koordinere arbeidet, og det ble opprettet en arbeidsgruppe med representanter fra blant annet DMP, brukerorganisasjonene, kliniske fagmiljøer og Legeforeningen.

DMP har et selvstendig ansvar for å vurdere habiliteten til fagekspertene som deltar i arbeidet med deres metodevurderinger. Arbeidsgruppen foreslo en veideler med informasjon og eksempler fra DMPs vurderingspraksis som tiltak. Arbeidet ble ferdigstilt høsten 2026 og har resulterte i at DMP

både har oppdatert egenerklæringsskjemaet som fagekspertene skal fylle ut og utarbeidet en (ny) veileder.

Elisabeth Bryn (DMP) gjennomgikk formålet med habilitetsvurderinger, den nye veilederen og hvordan vurderingene gjennomføres i DMP. Hun viste til at fagekspertene først vurderer sin egen habilitet, samtidig som DMP har et selvstendig ansvar for å gjøre en konkret og samlet vurdering i hver sak. Det vurderes blant annet økonomiske interesser, roller i interesseorganisasjoner, tilknytning til aktuelle eller konkurrerende produkter og deltakelse i kliniske studier. Fagekspertene må fylle ut en egenerklæring og signere en taushetserklæring før de kan bidra. Formålet er å sikre tillit til at metodevurderingene er upartiske og faglig forsvarlige. Dersom det ikke er mulig å finne habile fageksperter, kan inhabile eksperter i begrenset grad bidra med faktainformasjon, men ikke med vurderinger.

Bjørn Egil Vikse (møteleder): Det var en god presentasjon, og jeg er glad for at vi har fått denne veilederen. Vi i RHF-ene har ansvar for å rekruttere fageksperter, og det kan være krevende. En tydelig veileder er derfor nyttig, særlig fordi noen tidligere har tolket habilitetsreglene for strengt.

Jon Magnussen (NTNU): Er det samsvar mellom disse habilitetsreglene og tilsvarende regler i Danmark og Sverige?

Elisabeth Bryn (DMP): Noe er litt ulikt, alt ser ikke helt likt ut, men hovedtrekkene i vurderingene er stort sett de samme i Norge, Danmark og Sverige. Det vi gjør i DMP ligner også på det vi ser at man har lagt seg på i det europeiske samarbeidet om metodevurderinger. Tidligere hadde vi et tidsperspektiv på fem år når vi etterspurte opplysninger tilbake i tid, men inspirert av Danmark har vi nå landet på tre år.

Lilly Ann Elvestad (FFO): Takk for en fin orientering. Tillit er jo helt avgjørende. Vi er et lite land med relativt små fagmiljøer, og noen ganger må dere bruke fageksperter som er inhabile, men da i begrenset omfang. Gjør habilitetskravene det vanskeligere å få tak i fageksperter, og hvilke erfaringer har dere med dette?

Elisabeth Bryn (DMP): Det er egentlig vanskelig å si. Jeg har ikke oppdatert statistikk på hvor mange som blir vurdert som inhabile, eller hvor mange som blir silt ut før de kommer til oss. Det er også andre ting som påvirker hvor lett det er å rekruttere fageksperter, blant annet om de har tid og ønsker å delta.

Det har alltid vært vanskeligst ved sjeldne sykdommer, der fagmiljøene er små. Interessen kan også avhenge av hvor viktig eller nyskapende behandlingen oppleves å være. Derfor er det vanskelig å se betydningen av habilitetsveilederen isolert.

Lars Hammerstad (brukerrepresentant): Det er viktig å få fram at de samme kravene gjelder for

brukerrepresentanter som for fageksperter. Vi må også signere habilitets- og taushetserklæringer.

Elisabeth Bryn (DMP): Det er riktig.

Heidi Øyen Flemmen (Legeforeningen): Jeg synes vurderingspraksisen har blitt tydeligere, men tror samtidig at det vil gjøre det vanskeligere å rekruttere fageksperter. Det ser vi allerede innen nevrologien. Også på store fagområder, som MS og hodepine, er mange av de fremste ekspertene involvert i kliniske studier som er sponset av legemiddelindustrien. Jeg sier ikke at habilitetskravene er feil, men vi må være klar over at de kan gjøre rekrutteringen mer krevende.

Jeg har også et spørsmål til sekretariatet. Fageksperter som gir innspill, skal opplyse om interessekonflikter. Hvorfor er dette ikke omtalt i veilederen, og bør det utarbeides tilsvarende veiledning om hva som ligger i begrepet? Klinikerne kan lett bli usikre og blande kravene til interessekonflikter ved innspill med habilitetskravene ved metodevurderinger, siden begge deler inngår i det samme systemet.

Helene Örthagen (sekretariatet): Vi ønsker innspill tidlig i prosessen, og da kan alle både sende inn forslag og gi innspill. Derfor har vi en ganske bred inngang. Når vi kommer til selve metodevurderingen, der fagekspertene skal gjøre faglige vurderinger, gjennomføres det en habilitetsvurdering hos DMP eller Folkehelseinstituttet. Tanken har vel altså, så langt, vært at vi er mer åpne i den tidlige innspillsfasen, hvor vi henter inn mest mulig informasjon og ofte har korte frister.
Bjørn Egil Vikse (møteleder): I praksis vil et innspill ikke bli helt avvist fordi den som har sendt det inn, anses som inhabil, men det kan ilegges mindre vekt og derfor er det nyttig å kjenne til eventuelle interessekonflikter.

Heidi Øyen Flemmen (Legeforeningen): Når de fagmedisinske foreningene skal foreslå fageksperter eller gi innspill, kan det være lett å tro at det er de samme strenge reglene **s**om gjelder. Jeg forstår forskjellen, men vi bør tydeliggjøre i kommunikasjonen at selv om man krysser av for interessekonflikter i et innspillskjema, er det ikke nødvendigvis de samme som gjelder ved deltakelse i en metodevurdering.

Bjørn Egil Vikse (møteleder): Jeg tolker det slik at vi er enige om at dette må tydeliggjøres i kommunikasjonen. Samtidig får vi nå tilbakemeldinger fra flere klinikkledere om at det er vanskelig å finne habile fageksperter. Vi lykkes som regel til slutt, men det er en reell utfordring. Vi har også en tradisjon for å spørre den fremste eksperten, framfor en generalist som behandler den samme pasientgruppen. Eksperten kan ofte ha bindinger fordi vedkommende har forsket på det aktuelle legemidlet. Vi må derfor finne en god balanse. Fagekspertene må både være habile og ha den nødvendige faglige troverdigheten i miljøet. Samtidig er det viktig for tilliten til systemet at habiliteten blir ivaretatt. Takk til Elisabeth for orienteringen om den nye veilederen. Den er nå

publisert på internett, og vi skal bruke den så godt som mulig,

Erfaringer med begrunnelser ved sekretariatet for Nye metoder

Sjur Aulesjord Olsen (sekretariatet) orienterte om arbeidet med tydeligere begrunnelser for beslutningene i Beslutningsforum. Bakgrunnen var ønsket om å styrke legitimiteten og tilliten til Nye metoder gjennom større åpenhet og bedre formidling av skjønnsmessige vurderinger. Begrunnelsene publiseres i protokollen og på metodesidene, og er først og fremst rettet mot pasienter og pasientorganisasjoner. Han viste til at det er krevende å forklare behandlingens nytte, usikkerheten i dokumentasjonen og behandlingens plass i norsk klinisk praksis på en kort og forståelig måte. Arbeidet er fortsatt i en oppstartsfase og videreutvikles på bakgrunn av erfaringer og innspill fra brukermedvirkere, leverandører og andre aktører.

Bjørn Egil Vikse (møteleder): Som du sier, er dette noe vi fortsatt prøver ut og jobber videre med. Vi er veldig glade for at vi har fått det på plass, og har fått mange gode tilbakemeldinger. Det er et arbeid i utvikling som det blir spennende å følge videre.

Lars Hammerstad (brukerrepresentant): Jeg synes dere har gjort en kjempegod jobb med dette, og det blir bare bedre og bedre. Strålende arbeid, takk!

Lilly Ann Elvestad (FFO): Jeg synes dette har blitt veldig bra. Det er sikkert ikke lett å begrunne beslutningene, og kanskje er det særlig avslagene som er vanskeligst. Jeg har ikke lest alle begrunnelsene, men i dem jeg har lest, synes jeg dere beskriver usikkerheten på en veldig god måte. Det er viktig informasjon, særlig for enkeltpersoner og organisasjoner som er berørt. Takk for det gode arbeidet.

Frida Næss-Ulseth (LMI): Jeg har ikke fått noen konkrete tilbakemeldinger på dette fra industrien. Det jeg synes er bra, er at begrunnelsene også viser hva som skal til for at en beslutning kan bli et ja. Det er viktig for leverandørene å se at veien videre er tydelig. Utover det har jeg ikke fått noen særlige tilbakemeldinger fra leverandørene. Men det er veldig bra at de gir innspill direkte til dere, og at dere setter pris på dem.

Bjørn Egil Vikse (møteleder): Begrunnelsene er først og fremst skrevet med pasientperspektivet i sentrum. Samtidig fungerer de som generell kommunikasjon og skal bidra til tillit til systemet ved å vise at sakene er grundig vurdert. Det er særlig viktig for pasienter som blir skuffet fordi de ikke får tilgang til den aktuelle metoden.

Vilde Sundstedt Baugstø (sekretariatet): Vi har prøvd å si noe om avstanden til betalingsviljen gjennom en standardisert ordskala i begrunnelsene: at prisen er akseptabel, for høy eller altfor høy sett opp mot den forventede helsegevinsten av behandlingen. Det kan også gi et signal om hva som er veien videre.

Christina Sivertsen (SHI): Mitt inntrykk er at begrunnelsene kan være nyttige for leverandørene fordi de tydeliggjør hva som har vært viktig i den enkelte saken. Det kan hjelpe dem når de skal bygge saken sin og forhandle med hovedkontorene. Begrunnelsene kan derfor være et nyttig bidrag i den prosessen.

Tidsbruk i Nye metoder ved sekretariatet

Karianne Mollan Tvedt (sekretariatet) ga en status om tidsbruken for legemiddelsaker som er behandlet i Beslutningsforum. Oversikten viser tiden fra markedsføringstillatelse til første beslutning og skiller mellom ulike oppdragstyper, blant annet saker som krever metodevurdering og prisnotat, og saker som bare krever prisnotat. Hun gjennomgikk de ulike trinnene i prosessen og viste til at stadig flere saker behandles gjennom forenklede løp, som gjennomgående har kortere behandlingstid.

Lars Hammerstad (brukerrepresentant): Takk for en rask og effektiv gjennomgang. Du sa at oversikten viser tiden fram til første beslutning. En del får jo først nei, før saken kommer tilbake og eventuelt får et endelig ja. Har dere også sett på hvor lang tid det tar fram til endelig beslutning?

Karianne Mollan Tvedt (sekretariatet): Det har vi ikke beregnet tidsbruken for. Foreløpig har vi bare sett på tiden fram til første beslutning.

Bjørn Egil Vikse (møteleder): Oversikten blir publisert og synliggjort for alle metoder, og gir et godt grunnlag for å arbeide videre med hvordan vi kan redusere tidsbruken. Mye av tiden ligger hos leverandørene, så et godt samarbeid med dem blir viktig. Vi jobber også med å redusere tidsbruken internt.

Oppsummering og eventuelt

Bjørn Egil Vikse (møteleder): Før vi avslutter, ser vi på forslag til møtedatoer for 2027. Det foreslås digitale møter i februar og oktober og et fysisk møte i juni. Presentasjonen med datoene sendes ut etter møtet, og dere får en ukes frist til å gi tilbakemelding på hvilke datoer som passer best. Hvis ikke alle kan delta, velger sekretariatet de datoene som passer for flest.

Forslaget er altså å fortsette med fellesmøter neste år, med ett fysisk og to digitale møter.