

# Bør produktivitetstab indgå i beslutningsgrundlaget hos Medicinrådet?

Argumenter, implikationer og udfordringer

The logo graphic consists of several overlapping geometric shapes: a central square with an orange border, a dark blue triangle pointing downwards, and two dark blue triangles pointing outwards from the bottom corners of the square.

**NIHE**

Nordic Institute of Health Economics

TITEL

# Bør produktivitetstab indgå i beslutningsgrundlaget hos Medicinrådet?

Argumenter, implikationer og udfordringer

FORFATTERE

Lars Holger Ehlers  
Renée Hangaard Olesen  
Louise Nørskov Nielsen  
Morten Berg Jensen

COPYRIGHT

© Nordic Institute of Health Economics 2026  
Denne publikation kan frit henvises til, herunder figurer,  
tabeller og tilladte citater, så længe kilden tydeligt  
angives.

UDGIVER

Nordic Institute of Health Economics (NIHE)  
Gammel Munkegade 1, 1. - 8000 Aarhus C  
info@nih-economics.dk

[www.nih-economics.dk/publikationer](http://www.nih-economics.dk/publikationer)

PUBLIKATIONS DATO

15. januar 2026

ISBN: 97887-976829-1-3

Version: 1

FINANSIERET AF

AbbVie Danmark

# Indhold

<b>1</b>	<b>Indledning</b>	<b>5</b>
	1.1 Medicinrådets metodevejledning	6
<b>2</b>	<b>Hvad er produktivitetstab?</b>	<b>7</b>
	2.1 Definition af begreber	7
	2.2 Metoder til beregning af produktivitetssomkostninger	8
<b>3</b>	<b>Argumenter for indregning af produktivitetstab og -gevinster</b>	<b>10</b>
	3.1 Et ufuldstændigt beslutningsgrundlag	10
	3.2 Vi overser potentielle samfundsgevinster og omkostninger	11
	3.3 Udeladelse af samfundsgevinster fra regnestykket er svært at forstå	11
	3.4 Sundhedsvæsenet er ikke en udgift alene, men også en investering i mennesker	12
	3.5 Mangel på arbejdskraft kan adresseres med sygefraværsreducerende prioriteringer	12
<b>4</b>	<b>Implikationer og udfordringer</b>	<b>13</b>
	4.1 Ændret prioritering i sundhedsvæsenet	13
	4.2 Værdispørgsmål der kræver stillingtagen	13
	4.3 Øget krav om evidens	14
	4.4 Metodevalg med konsekvenser	14
<b>5</b>	<b>Hvad gør man i udlandet?</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>Konklusion, perspektiver og anbefaling</b>	<b>18</b>
<b>7</b>	<b>Om rapporten</b>	<b>20</b>
	<b>Referenceliste</b>	<b>21</b>



# 1 Indledning

I Danmark medregnes produktivitetstab og -gevinster for samfundet ikke i de økonomiske evalueringer, der udgør en del af beslutningsgrundlaget for Medicinrådets anbefalinger af ny hospitalsmedicin.

Denne rapport opsamler og gengiver de centrale argumenter for, at Medicinrådet indregner produktivitetstab og -gevinster i fremtidige danske sundhedsøkonomiske evalueringer. Samtidig redegøres for de metodemæssige udfordringer ved at indføre denne ændring, og hvilke implikationer indregningen af produktivitetstab kan have for prioriteringen i Danmark.

## Formålet med rapporten:

- + Formålet med rapporten er at give en præsentation af de centrale argumenter for ændringer af de nuværende regneregler i Medicinrådet, som de fremføres i den aktuelle debat om sundhedsøkonomisk prioritering, samt at præsentere udfordringerne og de forventede implikationer ved at indregne produktivitetstab og -gevinster i sundhedsøkonomisk evaluering i Medicinrådet.
- + Det er forfatterens håb, at denne rapport kan bidrage til en åben og konstruktiv politisk og sundhedsøkonomisk debat om prioritering af medicin i Danmark.

## Afgrænsning:

Initiativet til at udarbejde denne rapport skal ses i sammenhæng med den aktuelle sundhedsøkonomiske debat om prioritering af lægemidler i Danmark, og det hensigtsmæssige i helt at undlade at indregne produktivitetstab og -gevinster. Der synes at mangle et samlet overblik, hvor man opridser alle centrale argumenter, implikationer og udfordringer, der skal balanceres i forbindelse med en ændring af Medicinrådets metoder for sundhedsøkonomisk evaluering. Det er især de positive argumenter for ændrede regler, der ofte høres i debatten. Implikationerne og udfordringerne er diskuteret i den sundhedsøkonomiske faglitteratur, men indgår kun sporadisk i den politiske debat. De er forsøgt inddraget her. Det er dog ikke formålet at give en fyldestgørende teoretisk redegørelse for problemstillinger eller argumenterne for og imod indregning af produktivitetssomkostninger. Det er heller ikke sigtet, at rapporten skal være en udtømmende opremsning af alt, hvad der er sagt og skrevet om emnet. Rapporten er centreret omkring prioritering i Medicinrådet, men er også relevant for andre nationale og regionale institutioner, der udarbejder sundhedsøkonomiske vurderinger og beslutningsgrundlag.

**Metode:**

Rapporten bygger på en målrettet litteratursøgning i sundhedsøkonomisk faglitteratur og sundhedspolitiske medier. Desuden er der anvendt videnskabeligt peer review.

**Læsevejledning:**

I rapportens kapitel 2 gives en kort gennemgang af centrale begreber og definitioner af metoder.

I kapitel 3 opridses de centrale argumenter, der i debatten er fremhævet til fordel for en ændring af de nuværende metoder, så produktivitetstab og -gevinster fremover indregnes.

I kapitel 4 opridses de centrale implikationer og metodemæssige udfordringer, der er forbundet med at indregne produktivitetstab og -gevinster.

I kapitel 5 gives en kort præsentation af praksis i de lande, som Danmark ofte sammenligner sig med.

Rapporten afsluttes med en anbefaling om en aktiv politisk stillingtagen til spørgsmålet. Til sidst fremgår en litteraturliste med centrale teoretiske og metodemæssige referencer samt udvalgte sundhedspolitiske artikler og rapporter.

## 1.1 Medicinrådets metodevejledning

Medicinrådet blev etableret 1. januar 2017 efter en beslutning i bestyrelsen i Danske Regioner (1). Medicinrådets formål er, inden for rammerne af sundhedslovens §78, stk. 3 og rammerne for Danske Regioner, at anbefale ibrugtagning af ny medicin og nye indikationsudvidelser på landets sygehuse (2). Medicinrådets arbejde tager afsæt i Folketingets kriterier for prioritering (3). Medicinrådets metodevejledning blev udarbejdet med input fra toneangivende sundhedsøkonomer i Danmark (4,5). I høringsprocessen for metodevejledning blev spørgsmålet om inklusion af produktivitetstab og -gevinster rejst, men den endelige version af metodevejledningen fastslår eksplicit, at der ikke skal indregnes produktivitetstab og -gevinster (productivity costs) i sundhedsøkonomiske analyser (5). Der er ikke truffet en særskilt *politisk beslutning* om, at produktionstab og -gevinster skal udelades i prioriteringen af ny medicin og nye indikationsudvidelser. Det er et metodisk valg, der er udviklet og godkendt af Danske Regioner som led i processen for udarbejdelsen af Medicinrådets metodegrundlag (6).

## 2 Hvad er produktivitetstab?

I dette afsnit gennemgås definition og afgrænsning af begreberne »produktivitetstab og -gevinster« og »produktivitetssomkostninger«. Herefter beskrives de forskellige metoder til at beregne produktivitetssomkostninger.

### 2.1 Definition af begreber

Produktivitetssomkostninger ('productivity costs') kan defineres som det samfundsøkonomiske tab, der opstår som følge af reduceret eller ophørt arbejdsproduktivitet på grund af sygdom, nedsat arbejdsevne eller præmatur død (7,8). På dansk anvendes begreberne »produktivitetssomkostninger« og »produktivitetstab« ofte synonymt. De vil også blive anvendt synonymt i denne rapport. Bemærk, at de »produktivitetssgevinster«, der kan realiseres ved nye behandlinger, således er undgåede produktivitetstab. Derfor er produktivitetssomkostninger og produktivitetstab ofte de begreber, der anvendes, mens »produktivitetssgevinster« indgår implicit i samme diskussion.

Produktivitetssomkostninger omfatter tre hovedkomponenter: (1) midlertidigt produktionstab ved sygefravær (»absenteeism«), (2) reduceret arbejdsproduktivitet blandt personer, der er på arbejde, men præsterer mindre på grund af sygdom (»presenteeism«), og (3) permanent tab af arbejdsproduktion som følge af tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet eller præmatur død (»loss of productivity due to premature mortality«) (7,9-11).

Produktivitetssomkostninger forveksles i daglig tale ofte med begreberne *indirekte omkostninger* og *dynamiske effekter*, men der er vigtige forskelle. Begrebet indirekte omkostninger stammer fra i 1970'erne og 1980'erne, hvor man begyndte at gennemføre sundhedsøkonomiske evalueringer af medicinsk teknologi og sondrede mellem *direkte* og *indirekte omkostninger* (12). Direkte omkostninger omfattede udgifter, der var direkte knyttet til behandling, medicin, pleje og hospitalsdrift. Indirekte omkostninger dækkede alt det, der ikke var direkte omkostninger, men stadig repræsenterede et samfundsmæssigt tab. Herunder placerede man tabt produktion for samfundet sammen med tabt fritid for patienten og de pårørendes omsorgsarbejde og andet ulønnet arbejde. Begrebet indirekte omkostninger er således en samlebetegnelse, hvor produktivitetstab indgår som en delmængde. Betegnelsen skaber også forvirring blandt økonomer, idet indirekte omkostninger i en driftsøkonomisk sammenhæng referer til omkostninger, der ikke kan henføres direkte til et bestemt objekt eller formål, f.eks. administrationsudgifter eller fællesomkostninger.

Produktivitetssomkostninger (*productivity costs*) bruges i dag specifikt om den økonomiske værdi af et tab i arbejdsproduktionen, mens produktionstab hos pårørende (*informal care costs*) bruges om værdisætningen af tidsforbrug hos pårørende og uformelle omsorgsydelser. Begrebet indirekte omkostninger anvendes i dag sjældent i den sundhedsøkonomiske faglitteratur.

Også begrebet *dynamiske effekter* anvendes ofte upræcist i dansk praksis som en samlebetegnelse for økonomiske konsekvenser, der ikke indgår i de sundhedsøkonomiske analyser. I ministerielle og samfundsøkonomiske sammenhænge bruges udtrykket ofte som en bred betegnelse for de »afledte effekter«, der ikke indregnes, positive som negative. I økonomisk teori har dynamiske effekter imidlertid en mere konkret betydning. Her henviser begrebet til de indirekte adfærdsændringer, som et økonomisk indgreb medfører, f.eks. hvordan ændringer i skat eller offentligt forbrug påvirker arbejdsudbuddet, produktivitet og velstand på lang sigt. Produktivitetssomkostninger og dynamiske effekter overlapper derfor kun delvist. Produktivitetssomkostninger er de konkrete samfundsøkonomiske omkostninger som følge af ændret produktivitet grundet sygdom eller død, mens dynamiske effekter er et bredere begreb, der beskriver tilpasninger i samfundsøkonomien over tid. Begrebet produktivitetssomkostninger beskriver kun de samfundsmæssige omkostninger forbundet med patienten og dennes sygdom, behandling og levetid.

I denne rapport bruges begrebet produktivitetssomkostninger for at illustrere den objektive konsekvens af at sygdom forhindrer borgere i at kunne bidrage fuldt ud til samfundsproduktiviteten.

## 2.2 Metoder til beregning af produktivitetssomkostninger

### Human capital-metoden

Den mest udbredte og anerkendte metode i international litteratur er human capital-metoden, der værdisætter produktivitetstab som den samlede indkomst, en person mister, fordi sygdom eller død forhindrer vedkommende i at arbejde (9–11,13,14). Metoden beregner typisk tabet frem til pensionsalderen og tager udgangspunkt i den enkeltes løn (eller en gennemsnitsdanskers løn) som proxy for den økonomiske værdi af individets produktivitet på arbejdsmarkedet. Fordelen ved denne tilgang er dens enkelhed og konsistens med økonomiske principper om arbejdskraft som produktionsfaktor. Metoden er kritiseret for at kunne overvurdere tabet, da den antager, at ingen erstatter den syge, og at tabet varer ved i hele sygdomsperioden (15). Metoden kritiseres omvendt også af Drummond (8) og Koopmanchap et al. (14) for at undervurdere samfundstab, da lønnen ikke altid afspejler hele værdien af arbejdsindsatsen, og indirekte effekter i økonomien (fx profitskabelse i virksomheder) dermed overses. Et studie viser, at traditionelle produktivitetsestimeringer undervurderer de årlige produktivitetstab med cirka 16%, og en generaliseret multiplikator foreslås derfor af Hafner et al. (14) for at fange disse effekter.

Implikationerne af at inkludere produktivitetstabet for personer, der opnår ekstra levetid gennem behandlingen, indebærer teoretisk set også, at et

eventuelt merforbrug generet af indsatsen skal fratrækkes. Ellers medregnes alene de positive samfundsgevinster, mens de ekstra, afledte samfundsomkostninger ignoreres (16). Hvis en indsats medfører, at en person lever X år længere, vil gevinsten for samfundet cirka svare til skattebidraget, og netop ikke den fulde produktionsgevinst. De vundne leveår medfører samtidig forbrug hos den enkelte samt et øget ressourceforbrug i sundhedsvæsenet, i andre sektorer og til privat forbrug. Derfor er det »nettoproduktivtetsgevinsten«, der bør medregnes som produktivtetsgevinst.

### **Friction cost-metoden**

En anden metode til beregning af produktivitetstab er friction cost-metoden, udviklet i Holland i 1990'erne (17). Denne tilgang antager, at arbejdsgivere normalt har adgang til overskydende kapacitet i arbejdsstyrken til at dække fravær og ved langtidsfravær vil produktionen blive dækket af en erstatningsmedarbejder, der ellers ville være arbejdsløs. Samfundets produktivitetstab som følge af sygdom og for tidlig død begrænses derfor til den periode, hvor stillingen står ubesat (den såkaldte friktionsperiode). Metoden fører til lavere produktivitetstab og anses ofte som mere realistisk i økonomier med lav ledighed. Til gengæld kan den undervurdere tabet i sektorer med strukturel mangel på arbejdskraft, som i den nuværende danske kontekst. Metoden kritiseres af Krol et al. (18) og Koopmanschap et al. (17) for ikke at tage højde for kompensationsmekanismer og multiplikatoreffekter. Kompensationsmekanismer er de måder, hvorpå arbejdspladsen delvist opvejer produktivitetstab ved fravær (fx når kollegaer overtager opgaver i normal arbejdstid), og multiplikatoreffekter er de afledte tab i teamets samlede output, som opstår, når én medarbejders fravær påvirker andre medarbejders produktivitet (fx ved forsinkede beslutninger eller øget koordinationsbehov). Et studie viser, at disse effekter sammenlagt reducerer de traditionelle friction costs, hvorfor Krol et al. (18) foreslår en såkaldt multiplikatoreffekt, hvorved de traditionelle friction costs reduceres med 29%.

# 3 Argumenter for indregning af produktivitetstab og -gevinster

I dette kapitel opridses de centrale argumenter for at indregne af produktivitetstab og -gevinster i sundhedsøkonomisk evaluering af ny medicin. Flere danske organisationer og økonomer har argumenteret for, at det er problematisk at udelade produktivitetseffekterne i et moderne samfundsøkonomisk og sundhedspolitisk perspektiv. Dette synspunkt er blandt andet fremført af Danske Regioner (19), Danske Patienter (20,21), Dansk Erhverv (22), patientforeninger (23) samt af private medicinalvirksomheder (24–26). Ligeledes findes argumenter for indregning af produktivitetstab og -gevinster gennem anvendelse af et bredt samfundsperspektiv fremført hyppigt i dele af den internationale sundhedsøkonomiske faglitteratur (7,13,27–29). Der er tale om argumenter, som også er genstand for faglig uenighed, hvilket behandles nærmere i kapitel 4.

De vigtigste argumenter for at ændre den sundhedsøkonomiske regnepraksis i Danmark og begynde at indregne produktivitetstab og -gevinster i prioriteringen på sundhedsområdet er følgende:

- + Et ufuldstændigt beslutningsgrundlag
- + Vi overser potentielle samfundsgevinster og omkostninger
- + Udeladelse af samfundsgevinster fra regnestykket er svært at forstå
- + Sundhedsvæsenet er ikke en udgift alene, men også en investering i mennesker
- + Mangel på arbejdskraft kan adresseres med sygefraværsreducerende prioriteringer

## 3.1 Et ufuldstændigt beslutningsgrundlag

Hvis man anvender et sundhedssektorperspektiv eller begrænset samfundsperspektiv i den sundhedsøkonomiske evaluering, bliver bredere samfundsøkonomiske konsekvenser ikke medregnet (8). Sundhedsvæsenets indsats vil ofte have betydning for patienternes deltagelse på arbejdsmarkedet

(27). Det kan ligeledes føre til ændrede samfundsmæssige omkostninger i patienternes forlængede levetid. Hvis beslutningstagernes grundlag for prioritering i sundhedsvæsenet ikke indeholder disse oplysninger, træffes der vigtige beslutninger på et ufuldstændigt grundlag (30). Inklusionen af produktivitetstab og -gevinster i beregningerne udgør ikke i sig selv en prioritering efter arbejdsmarkedstilknytning, men en neutral synliggørelse af en vigtig effekt, som i dag implicit vægtes til nul, hvilket kan være direkte misvisende (31). En inklusion af produktivitetstab og -gevinster vil heller ikke nødvendigvis indebære, at produktivitetseffekter altid skal medregnes, men at inklusionen kan overvejes i de vurderingstilfælde, hvor produktivitetseffekterne er substantielle (32,33).

### **3.2 Vi overser potentielle samfundsgevinster og omkostninger**

Ved ikke systematisk at inddrage samfundsgevinster og -omkostninger i vurderingen af nye lægemidler risikerer vi at overse væsentlige effekter for samfundet. I visse tilfælde kan samfundsgevinsterne ved ibrugtagning af nye behandlinger være betydelige (25,33,34), og deres udeladelse kan medføre, at interventioner med et højt samlet samfundsafkast fremstår mindre attraktive, end de reelt er. Samtidig kan behandlinger, der forlænger patienters levetid, også føre til øgede samfundsøkonomiske omkostninger i de ekstra leveår, herunder øget forbrug af sundhedsydelser og en potentiel pårørendebyrde. Konsekvensen af ikke at medtage disse effekter er en risiko for skæv prioritering, hvor både væsentlige gevinster og reelle omkostninger ignoreres. Det er endvidere blevet fremhævet, at produktivitetstabsgevinster i visse tilfælde kan være så omfattende, at de delvist kan opveje de omkostninger eller nedprioriteringer, der følger af en omfordeling af ressourcer mod indsatser med højt samfundsafkast (25). På den baggrund argumenterer dele af den internationale sundhedsøkonomiske litteratur for anvendelsen af et bredt samfundsperspektiv, hvor både produktivitetstabsgevinster, øget forbrug i ekstra leveår og konsekvenser for pårørende indregnes eksplicit (7,27,29).

### **3.3 Udeladelse af samfundsgevinster fra regnestykket er svært at forstå**

I befolkningen kan det være vanskeligt at forstå, hvorfor forhold omkring arbejdsmarkedsdeltagelse udelades. Det har været fremme i den danske sundhedsdebat flere gange, at patienter eller pårørende har svært ved at forstå, at produktivitetstabsgevinster ikke medregnes i sundhedsøkonomiske beslutningsgrundlag (35,36). Professor i sundhedsøkonomi Jakob Kjellberg skriver i et debatindlæg om budgetallokering til den offentlige sektor i Ugeskrift for Læger, at det for mange i sundhedsvæsenet vil være etisk vanskeligt at forsvare, hvorfor produktivitetstabsomkostningerne udelades fra regnestykket (20). COVID-19 pandemien er blevet fremlagt som et eksempel på, at befolkningen accepterede, at de personer, der varetog kritiske samfundsfunktioner, modtog vacciner først, blandt andet fordi denne prioritering var i samfundets interesse (37,38). Der findes dog ingen danske undersøgelser, som systematisk afdækker befolkningens præferencer for at inddrage produktivitetstab i prioriteringen (39,40).

### **3.4 Sundhedsvæsenet er ikke en udgift alene, men også en investering i mennesker**

Et velfungerende arbejdsmarked er en forudsætning for økonomisk vækst, social sammenhængskraft og bæredygtig finansiering af velfærdssystemet. Sammenhængen mellem sundhed, arbejdsmarkedstilknytning og produktivitet er veldokumenteret i den økonomiske litteratur, blandt andet af Grossman (42), Becker (43) m.fl. Når produktivitetstab og -gevinster udelades i vurdering af ny medicin, kommer sundhedsvæsenet imidlertid til at fremstå som en ren omkostning (20). Dansk Erhverv har blandt andre fremhævet, at vi skal væk fra at se investeringer i sundhed som en udgift. Det er en investering i mennesker og i sidste ende også i vækst (22). Det modsatte synspunkt er, at sundhedsvæsenets vigtigste opgave er at producere sundhed inden for sundhedsbudgettet og ikke at understøtte produktionen i samfundet (7).

### **3.5 Mangel på arbejdskraft kan adresseres med sygefraværsreducerende prioriteringer**

Der er i dag mangel på arbejdskraft på tværs af offentlige og private sektorer. Sygdomsbyrder, der reducerer arbejdsudbuddet, får dermed direkte konsekvenser for vækst, velfærd og finansieringen af sundhedsvæsenet selv (44). Aldring reducerer arbejdsstyrkens størrelse, mens teknologiske skift ændrer efterspørgslen efter arbejdskraft og kompetencer. For personer mellem 15 og 64 år forventes arbejdsstyrkens andel i Danmark i 2040 at falde med 2% sammenlignet med 2019, trods et stigende befolkningstal (45). Flere fagforbund har udgivet prognoser, som indikerer fremtidig mangel på arbejdskraft inden for udvalgte brancher (46–48), men omvendt er der stor usikkerhed om, hvilken betydning den teknologiske udvikling, AI, mv. vil få for det danske arbejdsmarked (49,50). Spørgsmålet teoretisk set er således, hvorvidt sundhedsøkonomisk metode også bør følge konjunkturerne (51).

# 4 Implikationer og udfordringer

Den største udfordring og barriere for indregning af produktivitetstab og -gevinster har traditionelt set været de fordelingsmæssige implikationer, særligt risikoen for at nedprioritere de svageste uden for arbejdsmarkedet. Denne bekymring kan genfindes både i den sundhedsøkonomiske faglitteratur (7,8,27) og nationale sundhedspolitiske debatter (47,48). Hertil kommer en række metodemæssige udfordringer og valg, der kan have konsekvenser for prioriteringen. Konsekvenserne kan tilmed være vanskelige at forudsige præcist. (10,27,28).

## 4.1 Ændret prioritering i sundhedsvæsenet

Hvis man på et *generelt plan* begynder at indregne produktivitetstab og -gevinster i de sundhedsøkonomiske evalueringer, må det forventes at få konsekvenser for prioriteringen i sundhedsvæsenet. Visse grupper vil opprioriteres, mens andre grupper nedprioriteres (20,54,55). Indsatser rettet mod unge mennesker, som i dag er uden for arbejdsarbejdet, eller indsatser mod sygdomme som migræne, gig, depression og angst, må forventes at blive opprioriteret ved denne ændring i beregningsgrundlag. Ligeledes gælder indsatser mod børn med udearbejdende forældre. Omvendt vil andre grupper blive relativt nedprioriteret, medmindre sundhedsvæsenet tilføres flere ressourcer. Det vil forventeligt gælde indsatser overfor ældre eller mennesker, som ikke kommer ind på arbejdsmarkedet trods behandling i sundhedsvæsenet.

## 4.2 Værdispørgsmål der kræver stillingtagen

Det er en logisk følge af at medtage produktivitetstab og -gevinster, at interventioner rettet mod personer med lavere eller ingen arbejdsmarkedstilknøytning, vil blive nedprioriteret, men er en sådan omprioritering retfærdig? Strider det potentielt imod vores nuværende principper om lige adgang til sundhedsydelser? Sundhedslovens princip om »let og lige adgang til sundhedsvæsenet« i Danmark er en hjørnesteen i dansk sundhedspolitik, der sikrer, at alle borgere har ret til behandling efter behov, uafhængigt af socioøkonomisk status. Kritikere af produktivitetsinddragelse har hævdet, at en værdisætning af arbejdsdeltagelse netop risikerer at skabe prioritering af erhvervsaktive frem for pensionister, studerende eller personer uden for arbejdsmarkedet (7,8). Det

er komplekse værdimæssige spørgsmål, om og hvordan produktivitet kan indgå, og som bør diskuteres åbent og ærligt (52-54).

### 4.3 Øget krav om evidens

Hvis indregning af produktivitetstab og -gevinster får konsekvenser for prioriteringen i sundhedsvæsenet, bør beregningerne være baseret på solid evidens og metode (54,56,57). Det kan forventes, at Medicinrådet vil stille øgede krav til virksomheder om at levere evidens for, at deres nye medicin kan give øget produktivitet. Det kan være vanskeligt på kort sigt at levere evidens for produktivetsgevinster, hvis indsamling af sådanne oplysninger ikke på nuværende tidspunkt indgår i virksomhedernes lægemiddelforsøg og videnskabelige protokoller. Erfaringerne fra Holland viser, at selv standardiserede spørgeskemaer og metoder til beregning af produktivitetstab og -gevinster ikke altid indeholder de ønskede informationer som den hollandske HTA-organisation efterspurgte (57,58).

### 4.4 Metodevalg med konsekvenser

Endeligt illustrerer den sundhedsøkonomiske litteratur, at der vil være en række afledte metodespørgsmål, som også kræver nøje afvejning af implikationer (59). Disse metodevalg vil både påvirke resultaterne af beregningerne og være forbundet med meget forskellige etiske problemstillinger (32).

Det handler især om:

- + At der også findes andre samfundskonsekvenser som skal medregnes for at bevare en konsistent og korrekt sundhedsøkonomisk metode. Det handler blandt andet om øget forbrug i vundne leveår ('consumption'), samt ulønnet arbejde og plejbyrden hos pårørende (27).
- + Det handler samtidig om at undgå risikoen for, at medregning af produktivitet vil føre til mindre sundhed for et givet sundhedsbudget (60). Claxton m.fl. påpeger denne risiko for det engelsk sundhedsvæsen, hvor NHS's sundhedsbudget er fastlagt centralt og NHS ikke får en andel af den produktivetsgevinst, det skaber. I sådanne tilfælde kan inddragelse af produktivitet i prioriteringsbeslutninger medføre, at interventioner vælges, som samlet set ikke maksimerer den sundhed, der ellers kunne være produceret inden for sundhedsbudgettet.

Hertil kommer en række valg/udfordringer:

- + Hvilken enhed skal produktivitetstab regnes i? Kvalitativt, i fysiske enheder, fx antal fuldtidsækvivalente, eller i kroner?
- + Skal produktivitetstab indgå i hovedanalysen eller som en tillægsberegning (følsomhedsanalyse)?

- + Skal det indregnes hver gang, eller kun i nogle tilfælde (og hvilke?)
- + Hvordan skal produktivitetstab værdisættes? Skal der fx regnes i net-to-produktionsgevinst, hvorved fremtidigt forbrug modregnes fremtidig produktion?
- + Hvordan undgås dobbeltregning i forhold til QALY? Da man bruger spørgeskemaet EQ-5D til beregning af QALY'er (Quality-Adjusted Life Years), indfanger det *delvist* produktivitetsspektet via spørgsmål om evne til at udføre sædvanlige aktiviteter, som kan dække over arbejdsevne. Man risikerer således at tælle det samme tab to gange, både som lavere livskvalitet og som tabt produktion. Der kan også være en risiko for dobbeltregning i forhold til anvendelse af alvorlighedsprincippet ved prioritering af grundlæggende livsbegrænsende sygdomme samt børn og unge (61).
- + Hvor lang tidshorisont skal medregnes? Human kapitalmetoden antager livstidsperspektiv, mens friktionsomkostningsmetoden kun medregner perioden, det tager at indkøre en ny person på jobbet.

Disse valg er vigtige, fordi de har indflydelse på resultatet af beregningerne. Der kan også være forskellige etiske følger af metodevalgene. Dette illustreres ved de svenske erfaringer (32), hvor man havde en offentlig debat om de økonomiske beregninger fra TLV, der viste, det ikke økonomisk kunne svare sig at behandle en bestemt gruppe af ældre og meget syge patienter, hvorefter man ændrede metode til kun at indregne produktivitetstab og -gevinster for behandlinger, der ikke forlænger levetiden (32). Der kan også være en udfordring for beslutningstagerne, at cost-effectiveness ratioerne vil se anderledes ud, hvis produktivitet og andre samfundsomkostninger medregnes, og man ikke umiddelbart kan sammenligne med beregninger fra tidligere sager.

Samlet set viser dette kapitel, at indregning af produktivitetstab og -gevinster kan ændre prioriteringen i sundhedsvæsenet, og det rejser væsentlige fordelings- og etiske spørgsmål, særligt i forhold til grupper uden for arbejdsmarkedet. Samtidig indebærer det betydelige metodemæssige valg, som kræver solid evidens og politisk stillingtagen.

## 5 Hvad gør man i udlandet?

### Analysér af produktivitetstab anvendt af udenlandske HTA-organisationer

Inddragelsen af produktivitetstab i sundhedsøkonomiske evalueringer bliver diskuteret internationalt (53,56–59).

I Danmark, Norge og New Zealand må produktivitetstab og -gevinster ikke indregnes i de sundhedsøkonomiske evalueringer, der ligger til grund for nationale prioriteringer af ny medicin (4,60,61). I Sverige, Finland, Holland, Australien, England og Canada forholder det sig anderledes (Tabel 1).

**TABEL 1** Oversigt over inddragelse af produktivitetstab udvalgte lande.

Land	Tillades indregning af produktivitetstab og -gevinster?*	Metode	Referencer
Danmark	Nej	-	(4)
Sverige	Ja	Human capital	(32,68)
Finland	Ja	Ikke specificeret	(69)
Norge	Nej	-	(66)
Holland	Ja	Friction cost	(57)
Australien	Ja	Friction cost	(70,71)
New Zealand	Nej	-	(67)
England	Ja	Ikke specificeret	(72)
Canada	Ja	Friction cost	(73)

\*Angiver hvorvidt den nationale metodevejledning tillader ansøger at inkludere produktivitetstab og -gevinster i de sundhedsøkonomiske evalueringer i enten base case, følsomhed- eller frivillig supplerende analyse.

I Sverige angiver TLV's metodevejledning, at det er tilladt at indregne produktivitetstab. Metodevejledningen er under revurdering, og TLV angiver, at der fremover ikke længere er tilladt at inkludere produktivitetstab og -gevinster i de ekstra leveår, som en behandling giver (32). Desuden ændres kravene til evalueringer af behandlinger, der påvirker livskvalitet og samtidig påvirker arbejdsevnen, således at der fremover både bør inkluderes analyser med og uden produktivitetstab og -gevinster (32). I Finland tillader metodevejledningen, at produktivitetstab og -gevinster inkluderes, dog forventes der analyser både med og uden disse effekter, såfremt dette gøres. I Holland bør

produktivitetstab altid medregnes som en del af et bredt samfundsperspektiv. I Australien kan produktivetsomkostninger inkluderes som supplerende analyser med et bredt samfundsperspektiv (70,71). I England (NICE) er der sket ændringer på dette område over de seneste år. I 2013-udgaven af NICEs metodevejledning fremgår det af afsnit 5.1.10: »Productivity costs are not included in either the reference-case or non-reference-case analyses.« (74). I 2022-manualen fastholdes det samme referenceperspektiv, dog med tilføjelse af en ny og eksplicit mulighed for at præsentere produktivitetseffekter som supplerende scenarieanalyse: »Productivity costs should be excluded from the reference case. They can be presented separately, as additional information for the committee, if such costs may be a critical component of the value of the technology.« (72). I Canada udgør base case et sundhedssektorperspektiv, hvor produktivitetstab kan inddrages som en scenarieanalyse med anvendelse af et samfundsperspektiv (73).

Dette kapitel viser, at praksis varierer betydeligt på tværs af landene. Det peger på, at det i givet fald er nødvendigt at finde en model, der passer til Danmark.

# 6 Konklusion, perspektiver og anbefaling

Denne rapport har til formål at bringe en samlet fremstilling af de centrale argumenter, forventede implikationer og metodemæssige udfordringer og spørgsmål man skal tage stilling til for at kunne indregne produktivitetstab og -gevinster i Medicinrådets beslutningsgrundlag.

Det danske sundhedsvæsen er funderet på princippet om lige adgang til sundhedsydelse. Offentligt finansieret behandling tilbydes alle borgere uanset alder, arbejdsevne eller livssituation. Den yngre og erhvervsaktive borger prioriteres i udgangspunktet ikke højere end pensionisten.

Ikke desto mindre belyser rapporten, at der er solide argumenter for at inddrage produktivitetstab og -gevinster i sundhedsøkonomiske evalueringer i dag. Dette kan være relevant i tilfælde, hvor forebyggelse af sygdomsforløb kan have væsentlig betydning for arbejdsdeltagelse og produktivitetstab, forudsat at der foreligger solid dokumentation for effekten af de forebyggende indsatser. Det rejser et etisk spørgsmål om foreneligheden mellem produktivitetsinddragelse og de grundlæggende principper for prioritering i det danske sundhedsvæsen. Erfaringer fra andre lande viser, at spørgsmålet håndteres på forskellige måder. Disse udenlandske erfaringer kan tjene som vigtig inspiration og læring til at finde pragmatisk løsning, der passer til Danmark.

De problemstillinger og overvejelser, som belyses i rapporten, er ikke kun relevante for Medicinrådet, men også for andre nationale og regionale institutioner, der udarbejder sundhedsøkonomiske vurderinger og beslutningsgrundlag, herunder Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen.

## Anbefalinger

---

Denne rapport peger på et behov for en åben debat og aktiv politisk stillingtagen til, om tiden er inde til at produktivitetstab og -gevinster bør indgå i Medicinrådets beslutningsgrundlag.

Det er herudover anbefalingen, at man politisk udstikker de fornødne rammer for, at Medicinrådet kan gå i gang med at se på, om og hvordan produktivitet, og dermed et bredere samfundsperspektiv i sundhedsøkonomiske evalueringer, konkret kan inddrages fremadrettet. En mulig tilgang kan være, at Medicinrådet udvælger cases og terapiområder, hvor betydningen af et bredere samfundsperspektiv kan belyses. Det kan være på sygdomsområder, der rammer mange danskernes arbejdsevne som f.eks. migræne, gigt eller angst, hvor der potentielt er store produktivetsgevinster at hente. Det kan også være sygdomsområder, hvor et bredere samfundsperspektiv kan bidrage med relevante input til metodeovervejelser og en eventuel videre diskussion af metodiske justeringer.

En afklaring af principper og rammer vil skabe klarhed og styrke legitimiteten i prioriteringen i det danske sundhedsvæsen. Det er håbet, at denne rapport kan bidrage til denne proces som neutral fremlæggelse af argumenter, implikationer og udfordringer ved indregning af produktivitetstab og -gevinster.

---

# 7 Om rapporten

Denne rapport er udarbejdet af Nordic Institute of Health Economics (NIHE).

Rapporten er finansieret af AbbVie Danmark. AbbVie har haft mulighed for at kommentere på udkast til rapporten, men rapportens endelige udformning er truffet af forfatterne.

Rapportens kapitel 2-5 har været genstand for peer review ved to sundhedsøkonomiske professorer fra Syddansk Universitet.

# Referenceliste

1. Danske Regioner. Politiske rammer for Medicinrådet [Internet]. 2016. Tilgængelig hos: [https://medicinraadet.dk/media/3giddjva/ad-pkt-4-medicinraadet-etablering\\_final-a.pdf](https://medicinraadet.dk/media/3giddjva/ad-pkt-4-medicinraadet-etablering_final-a.pdf)
2. Danske Regioner. Kommissorium for Medicinrådet [Internet]. 2016. Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/media/4120/kommissorium-for-medicinraadet.pdf>
3. Sundheds- og Ældreministeriet. Princippapir om prioritering for sygehuslægemidler [Internet]. 2016. Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/media/4119/folketingets-7-principper-for-prioritering-af-sygehuslaegemidler.pdf>
4. Medicinrådet. Medicinrådets metodevejledning for vurdering af nye lægemidler [Internet]. 2021 [henvist 6. februar 2025]. Tilgængelig hos: <https://medicinraadet-dk.b-cdn.net/media/gleh0mfq/medicnr%C3%A5dets-metodevejledning-for-vurdering-af-nye-l%C3%A6gemidler-vers-1-3.pdf>
5. The Danish Medicines Council. The Danish Medicines Council methods guide for assessing new pharmaceuticals [Internet]. Medicinrådet; 2021 [henvist 18. maj 2025] s. 36. (version 1.2). Report No.: 107707. Tilgængelig hos: [https://medicinraadet.dk/media/wq0dxny2/the\\_danish\\_medicines\\_council\\_methods\\_guide\\_for\\_assessing\\_new\\_pharmaceuticals\\_version\\_1-2\\_adlegacy.pdf](https://medicinraadet.dk/media/wq0dxny2/the_danish_medicines_council_methods_guide_for_assessing_new_pharmaceuticals_version_1-2_adlegacy.pdf)
6. Danske Regioner. Medicinrådet tager ny metode i brug [Internet]. 2020 [henvist 15. december 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2020/november/medicinraadet-tager-ny-metode-i-brug>
7. Gold MR, redaktør. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press; 1996. 425 s.
8. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 4th udg. Bd. 2015. Oxford: Oxford University Press;
9. Brouwer WBF, Koopmanschap MA, Rutten FFH. Productivity losses without absence: measurement validation and empirical evidence. Health Policy. juli 1999;48(1):13-27.
10. Hout WB van den. The value of productivity: human-capital versus friction-cost method. Ann Rheum Dis. 1. januar 2010;69(Suppl 1):i89-91.

11. Faculty of Health and Medical Sciences. Overlooked disease: Tens of thousands of people have problems at work [Internet]. University of Copenhagen; 2022 [henvist 6. februar 2025]. Tilgængelig hos: <https://healthsciences.ku.dk/newsfaculty-news/2022/01/overlooked-disease-tens-of-thousands-of-people-have-problems-at-work/>
12. Ehlers LH, Vestergaard AS. Costing in health economic evaluation: theory and practice. 1. edition. Aalborg: Aalborg University Press; 2019.
13. Pritchard C, Sculpher M. Productivity costs: principles and practice in economic evaluation. London: Off. of Health Economics; 2000. 97 s.
14. Hafner M, Yerushalmi E, Andersson FL, Burtea T. Partially different? The importance of general equilibrium in health economic evaluations: An application to nocturia. Health Econ. marts 2023;32(3):654-74.
15. Koopmanschap MA, Rutten FFH, Van Ineveld BM, Van Roijen L. The friction cost method for measuring indirect costs of disease. J Health Econ. juni 1995;14(2):171-89.
16. Kruse M, Sørensen J, Gyrd-Hansen D. Future costs in cost-effectiveness analysis: an empirical assessment. Eur J Health Econ. februar 2012;13(1):63-70.
17. Koopmanschap MA, Rutten FFH. A Practical Guide for Calculating Indirect Costs of Disease: PharmacoEconomics. november 1996;10(5):460-6.
18. Krol M, Brouwer WBF, Severens JL, Kaper J, Evers SMAA. Productivity cost calculations in health economic evaluations: Correcting for compensation mechanisms and multiplier effects. Soc Sci Med. december 2012;75(11):1981-8.
19. Kühnau A. Danske Regioner. 2024 [henvist 25. november 2025]. Klare principper og faglige vurderinger styrer Medicinrådets arbejde. Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2024/december/klare-principper-og-faglige-vurderinger-styrer-medicinraadets-arbejde/>
20. Kjellberg J. VIVE. 2020 [henvist 25. november 2025]. Sundhedsvæsenet kan blive bedre i konkurrencen om midlerne. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/da/nyheder-og-debat/sundhedsvaesenet-kan-blive-bedre-i-konkurrencen-om-midlerne-dx3yy0vb/>
21. Baumann A. Kan man rette op på Finansministeriets skæve regnemodeller? 25. marts 2025; Tilgængelig hos: <https://www.mm.dk/artikel/kan-man-rette-op-paa-finansministeriets-skaeve-regnemodeller>
22. Søren Willemoes. Kronisk sygdom afskærer 89.000 danskere fra arbejdsmarkedet: Ny sundhedsalliance skal hjælpe borgere og virksomheder. Dansk Erhverv. 26. november 2025; <https://www.danskerhverv.dk/presse-og-nyheder/nyheder/2025/november/kronisk-sygdom-afskarer-89.000-danskere-fra-arbejdsmarkedet-nu-lancerer-dansk-erhverv-ny-alliance-for-at-hjalpe-borgere-og-virksomheder>

23. Tingkær E, Søgaard-Pedersen P. Sæt kronisk sygdom i centrum for den nye strukturkommission [Internet]. Diabetesforeningen. 2023. Tilgængelig hos: <https://diabetes.dk/nyheder/2023/saet-kronisk-sygdom-i-centrum-for-den-nye-strukturkommission>
24. Roche Pharmaceuticals A/S, Molecule Consultancy. Investering i sundhed giver overskud – når prioritering handler om liv, arbejdsstyrke og samfundsværdi [Internet]. 2025 maj. Tilgængelig hos: [https://a.storyblok.com/f/169799/x/da4b957f6b/22273\\_roche\\_hvidbog\\_v11\\_final\\_komprimeret.pdf](https://a.storyblok.com/f/169799/x/da4b957f6b/22273_roche_hvidbog_v11_final_komprimeret.pdf)
25. Østby JT, Kristiansen IS. How to account for production gains when prioritising healthcare interventions. 2023; Tilgængelig hos: <https://tidsskriftet.no/en/2023/11/perspectives/how-account-production-gains-when-prioritising-healthcare-interventions>
26. Jensen IS. Hvad er egentlig værdien af bedre sundhed? [Internet]. Lægemedelindustriforeningen. 2025. Tilgængelig hos: <https://www.lif.dk/debat-hvad-er-egentlig-vaerdien-af-bedre-sundhed/>
27. Brouwer W, Van Baal P. Moving Forward with Taking a Societal Perspective: A Themed Issue on Productivity Costs, Consumption Costs and Informal Care Costs. *PharmacoEconomics*. september 2023;41(9):1027–30.
28. Sculpher M, redaktør. Chapter 5 - The role and estimation of productivity costs in economic evaluation. I: *Economic evaluation in health care: merging theory with practice*. Repr. Oxford: Oxford Univ. Press; 2010.
29. Johannesson M, Jonsson B, Jonsson L, Kobelt G, Zethraeus N. Why Should Economic Evaluations of Medical Innovations Have a Societal Perspective? [Internet]. Office of Health Economics; 2009. Tilgængelig hos: <https://www.ohe.org/publications/why-should-economic-evaluations-medical-innovations-have-societal-perspective/>
30. Jönsson B. Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations. *Eur J Health Econ*. oktober 2009;10(4):357–9.
31. Andersen TM. Kan man rette op på Finansministeriets skæve regnemodeller? [Internet]. 2025. Tilgængelig hos: <https://www.mm.dk/artikel/kan-man-rette-op-paa-finansministeriets-skaeve-regnemodeller>
32. TLV. Ny tillämpning av etiska plattformen [Internet]. 2022 [henvist 16. december 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.tlv.se/lakemedel/halsoekonomi/ny-tillampning-av-etiska-plattformen.html>
33. National Institute for Health and Care Excellence. NICE health technology evaluations: the manual [Internet]. [henvist 1. november 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.nice.org.uk/process/pmg36/resources/nice-health-technology-evaluations-the-manual-pdf-72286779244741>

34. Gossec L, Humphries B, Rutherford M, Taieb V, Willems D, Tillett W. Improvement in work productivity among psoriatic arthritis patients treated with biologic or targeted synthetic drugs: a systematic literature review and meta-analysis. *Arthritis Res Ther.* 15. februar 2024;26(1):50.
35. Wahlqvist P, Reilly MC, Barkun A. Systematic review: the impact of gastroesophageal reflux disease on work productivity. *Aliment Pharmacol Ther.* juli 2006;24(2):259-72.
36. Steen-Andersen AM. Mit liv er åbenbart ikke pengene værd. Øjenforeningen [Internet]. 1. udg. [henvist 15. december 2025]; Tilgængelig hos: <https://ojenforeningen.dk/sites/ojenforeningen.dk/files/media/dokumenter/2020-02/Mit%20liv.pdf>
37. Danske Patienter. Positive ændringer efter evaluering af Medicinråd [Internet]. 2019 [henvist 18. december 2025]. Tilgængelig hos: <https://danskepatienter.dk/politik-presse/nyheder/positive-aendringer-efter-evaluering-af-medicinraad>
38. Brouwer W, Huls S, Sajjad A, Kanters T, Roijen LH van, Van Exel J. In Absence of Absenteeism: Some Thoughts on Productivity Costs in Economic Evaluations in a Post-corona Era. *PharmacoEconomics.* januar 2022;40(1):7-11.
39. Sundhedsstyrelsen. Vaccination mod COVID-19 - planlægningsgrundlag for første fase af vaccinationsindsatsen [Internet]. København; 2020 nov. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/ptodczx/planlaegningsgrundlag-vaccination-covid-19.pdf>
40. Van Exel J, Baker R, Mason H, Donaldson C, Brouwer W. Public views on principles for health care priority setting: Findings of a European cross-country study using Q methodology. *Soc Sci Med.* februar 2015;126:128-37.
41. National Institute for Health and Care Excellence. CHTE methods review [Internet]. 2020 okt. Tilgængelig hos: <https://rees-france.com/wp-content/uploads/2020/12/2020-CHTE-Modifiers-task-and-finish-group-report.pdf>
42. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *J Polit Econ.* marts 1972;80(2):223-55.
43. Becker GS. Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education. 2nd ed. New Brunswick (Me.): Midway reprint; 1983.
44. OECD. OECD Economic Outlook, Volume 2024 Issue 2: Preliminary version [Internet]. OECD Publishing; 2024 [henvist 18. september 2025]. (OECD Economic Outlook; bd. 2024). Tilgængelig hos: [https://www.oecd.org/en/publications/oecd-economic-outlook-volume-2024-issue-2\\_d8814e8b-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/oecd-economic-outlook-volume-2024-issue-2_d8814e8b-en.html)
45. State of the Nordic Region 2020 [Internet]. Nordic Council of Ministers; 2020 [henvist 18. september 2025]. Tilgængelig hos: <https://pub.norden.org/nord2020-001/>

46. Dansk arbejdsgiverforening. Antallet af faglærte vil falde med 150.000 frem mod 2035 [Internet]. 2023 [henvist 18. september 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.da.dk/politik-og-analyser/beskaeftigelse/2023/antallet-af-faglaerte-vil-falde-med-150.000-frem-mod-2035/>
47. IRIS Group og HBS Economics. Mismatch på arbejdsmarkedet for it-uddannede i 2030. 2021 jun.
48. KL. Velfærdsteknologi i Norden i en tid med mangel på arbejdskraft [Internet]. 2022. Tilgængelig hos: <https://www.kl.dk/media/zptoyo4j/velfaerdsteknologi-i-norden-i-en-tid-med-mangel-paa-arbejdskraft.pdf>
49. Thelle MH, Lundberg AT, Hovmand BE, Woltmann HH, Virtanen L, Tranholm-Mikkelsen N, m.fl. The economic opportunity of AI in Denmark [Internet]. Implement Consulting Group; 2024 [henvist 18. december 2025]. Tilgængelig hos: <https://implementconsultinggroup.com/article/the-economic-opportunity-of-generative-ai-in-denmark>
50. Essandoh S, Sakyi JK, Ibrahim AK, Okafor CM, Wedraogo L. Artificial Intelligence and the Future of Work: Impacts on Employment and Job Roles. *Int J Multidiscip Futur Dev.* 2025;6(1):31–41.
51. Brouwer WBF, Koopmanschap MA. The Friction-Cost Method: Replacement for Nothing and Leisure for Free? *Pharmacoeconomics.* 2005;23(2):105–11.
52. Det Etske Råd. Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen. 2018.
53. Wadmann S, Boisen Andersen D, Gyrd-Hansen D, Groth Jensen L, Axelsen S, Wesley Andersen L, m.fl. Vi har brug for åben debat om prioritering i sundhedsvæsenet. *Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet* [Internet]. 3. december 2025; Tilgængelig hos: <https://dssnet.dk/vi-har-brug-for-aaben-debat-om-prioritering-i-sundhedsvaesenet/>
54. Gyrd-Hansen D. Hvis vi skal diskuteresamfundseffekter i sundheden, skal vi også tale åbent om implikationerne [Internet]. *Sundhedsmonitor.* 2025 [henvist 12. december 2025]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsmonitor.dk/nyheder/debat/article18827438>. ece
55. Ehlers LH, Birch CR, Jensen MB, Justinussen J, Hansen JM, Bendsten L. Samfundsøkonomiske gevinster og risici ved afhospitalisering [Internet]. *Nordic Institute of Health Economics*; 2024. Tilgængelig hos: <https://nih-economics.dk/wp-content/uploads/2025/01/AbbVie-NIHE-rapport-Migraene-DK.pdf>
56. Kekkonen P, Savolainen E, Immonen M, Kangas P, Rissanen E, Linnosmaa I. Effectiveness of work ability interventions on productivity: a systematic review. *J Occup Health.* 7. januar 2025;67(1):uiaf051.

57. Zorginstituut Nederland. Costing manual: Methods and Reference Prices for Economic Evaluations in Healthcare [Internet]. 2024 [henvist 16. december 2025]. Tilgjengelig hos: <https://english.zorginstituutnederland.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/01/16/guideline-for-economic-evaluations-in-healthcare/Module+-+Costing+manual.pdf>
58. Zorginstituut Nederland. Guideline for economic evaluations in healthcare 2024 version [Internet]. 2024 [henvist 6. februar 2025]. Tilgjengelig hos: <https://english.zorginstituutnederland.nl/documents/2024/01/16/guideline-for-economic-evaluations-in-healthcare>
59. Basu A. A welfare-theoretic model consistent with the practice of cost-effectiveness analysis and its implications. *J Health Econ.* marts 2020;70:102287.
60. Claxton K, Walker S, Palmer S, Sculpher M. *Appropriate Perspectives for Health Care Decisions.* Centre For Health Economics; 2010.
61. Medicinrådet. Anvendelse af alvorlighedsprincippet [Internet]. 2017. Tilgjengelig hos: [https://medicinraadet.dk/media/devfp1d/medicinraadet\\_anvendelse-af-alvorlighedsprincippet\\_september-2017\\_final-a.pdf](https://medicinraadet.dk/media/devfp1d/medicinraadet_anvendelse-af-alvorlighedsprincippet_september-2017_final-a.pdf)
62. Kinge JM, de Linde A, Dieleman JL, Vollset SE, Knudsen AK, Aas E. Production losses from morbidity and mortality by disease, age and sex in Norway. *Scand J Public Health.* 1. august 2024;52(6):779–83.
63. Østby JT, Kristiansen IS. Hvordan ta hensyn til helsetjenestens verdiskaping ved prioritering av helsetiltak? *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internet]. 10. november 2023 [henvist 6. februar 2025]; Tilgjengelig hos: <https://tidsskriftet.no/2023/11/kronikk/hvordan-ta-hensyn-til-helsetjenestens-verdiskaping-ved-prioritering-av-helsetiltak>
64. Østbye JT. »Nei, vi skal ikke prioritere de rike og friske framfor fattige og syke« [Internet]. 2024 [henvist 6. februar 2025]. Tilgjengelig hos: <https://www.healthtalk.no/nyheter-og-politikk/nei-vi-skal-ikke-prioritere-de-rike-og-friske-framfor-fattige-og-syke/182399>
65. Anderssen H. Prioriteringsmeldingen: – Nødvendig at vi prioriterer helsehjelp til pasienter i arbeidsfør alder [Internet]. 2024 [henvist 6. februar 2025]. Tilgjengelig hos: <https://www.healthtalk.no/healthtalk/prioriteringsmeldingen-nodvendig-at-vi-prioriterer-helsehjelp-til-pasienter-i-arbeidsfor-alder/182265>
66. Norwegian Medical Products Agency. Submission guidelines For Single Technology Assessment of Medicinal Products [Internet]. 2025 nov [henvist 6. december 2025]. Tilgjengelig hos: <https://www.dmp.no/globalassets/documents/offentlig-finansiering-og-pris/dokumentasjon-til-metodevurdering/submission-guidelines-november-2025.pdf>

67. PHARMAC. Prescription for Pharmacoeconomic Analysis - Estimating Costs [Internet]. 2020 [henvist 16. december 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.pharmac.govt.nz/medicine-funding-and-supply/the-funding-process/policies-manuals-and-processes/economic-analysis/prescription-for-pharmacoeconomic-analysis-methods-for-cost-utility-analysis/7-estimating-costs>
68. TLV. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets allmänna råd [Internet]. 2017 jan [henvist 16. december 2025]. Tilgængelig hos: [https://www.tlv.se/download/18.467926b615d084471ac3230c/1510316374332/TLVAR\\_2017\\_1.pdf](https://www.tlv.se/download/18.467926b615d084471ac3230c/1510316374332/TLVAR_2017_1.pdf)
69. Lääkkeiden Hintalautakunta Läkemedelsprismynden. PREPARING A HEALTH ECONOMIC EVALUATION TO BE ATTACHED TO THE APPLICATION FOR REIMBURSEMENT STATUS AND WHOLESALE PRICE FOR A MEDICINAL PRODUCT [Internet]. 2025 mar [henvist 16. december 2025]. Tilgængelig hos: [https://www.hila.fi/content/uploads/2024/02/Instructions\\_TTS\\_280325.pdf](https://www.hila.fi/content/uploads/2024/02/Instructions_TTS_280325.pdf)
70. PBAC Guidelines. Including nonhealth outcomes in a supplementary analysis [Internet]. [henvist 16. december 2025]. Tilgængelig hos: <https://pbac.pbs.gov.au/appendixes/appendix-6-including-nonhealth-outcomes-in-a-supplementary-analysis.html>
71. Australian Government, Department of Health. Guidelines for preparing a submission to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee. 2016.
72. National Institute of Health and Care Excellence. NICE health technology evaluations: the manual [Internet]. 2025. Tilgængelig hos: [www.nice.org.uk/process/pmg36](http://www.nice.org.uk/process/pmg36)
73. CADTH. Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies: Canada 4th edition [Internet]. CADTH; 2017 [henvist 6. oktober 2025]. Tilgængelig hos: [https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/pdf/guidelines\\_for\\_the\\_economic\\_evaluation\\_of\\_health\\_technologies\\_canada\\_4th\\_ed.pdf](https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/pdf/guidelines_for_the_economic_evaluation_of_health_technologies_canada_4th_ed.pdf)
74. National Institute of Health and Care Excellence. Guide to the methods of technology appraisal 2013 (PMG9) - Process and methods [Internet]. NICE; 2013 [henvist 24. oktober 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.nice.org.uk/process/pmg9/resources/guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf-2007975843781>



Nordic Institute of Health Economics