
Emne: Sv: Høringssvar - Hurtig utredning av mulig justering av alternativkostnaden i den norske helsetjenesten

Til: Postmottak HOD <postmottak@hod.dep.no>

Sendt: 16.02.2026 14:18:55

Fra: post@koalisjonenforsjeldnesykdommer.no

HØRINGSSVAR: Hurtig utredning om justering av dagens alternativkostnad

Fra: Koalisjonen for sjeldne sykdommer

Dato: 13. februar 2026

1. Sammendrag av Koalisjonens hovedsynspunkter

Koalisjonen for sjeldne sykdommer avgir med dette høringssvar til rapporten «Hurtig utredning: anbefaling om justering av dagens alternativkostnad», utarbeidet av Direktoratet for medisinske produkter (DMP) i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Stortingets vedtak nr. 903 (2024–2025).

Rapporten dokumenterer selv at prisveksten i helsetjenesten er på om lag 40 prosent siden 2015, og at denne isolert sett tilsier en økning i alternativkostnaden. Likevel konkluderer arbeidsgruppen med nulljustering, basert på en antakelse om økt QALY-produktivitet i helsetjenesten som den selv erkjenner at den ikke kan tallfeste. Med en prisvekst på om lag 40 prosent og uendret terskelverdi har den reelle betalingsvilligheten blitt redusert med nærmere 30 prosent ($275\,000 / 1,40 \approx 196\,000$ i 2015-kroner). Terskelverdien er nominelt uendret, men reelt innstrammet med om lag en tredjedel.

For pasienter med sjeldne sykdommer er konsekvensene særlig alvorlige. Kun 17 prosent av non-oncology orphan-legemidler med EMA-godkjenning i perioden 2020–2023 ble gjort tilgjengelige i Norge, under halvparten av det europeiske gjennomsnittet på 39 prosent (EFPIA W.A.I.T., 2024). Ordningen for særskilt små pasientgrupper har på syv år omfattet seks legemidler. En terskelverdi som reelt strammes inn år for år, forverrer en allerede kritisk tilgangssituasjon.

2. Anbefalinger

Koalisjonen for sjeldne sykdommer fremmer følgende konkrete anbefalinger:

1. **Gjennomfør en midlertidig prisjustering.** Departementet bør instruere DMP om å utarbeide et justeringsestimert med usikkerhetsintervall basert på dokumentert prisvekst i spesialisthelsetjenesten i perioden 2015–2025. Estimert bør foreligge innen utgangen av første halvår 2026, i påvente av det sikrere anslaget.
2. **Krev dokumentasjon for alle antakelser, i begge retninger.** I den fullstendige utredningen må beviskravet for å opprettholde status quo være symmetrisk med kravet for endring.

Antakelser om økt QALY-produktivitet må kvantifiseres med data før de kan brukes som argument mot prisjustering.

3. **Inkluder konsekvensanalyse for sjeldne sykdommer.** Den fullstendige utredningen må analysere alternativkostnadens differensierte konsekvenser for små pasientgrupper, og aktører med relevant innsikt må involveres i den faglige prosessen, ikke kun i høringsrunder der innspill kan avvises som «utenfor mandatet».

3. Overordnet vurdering av rapporten

Anerkjennelse av rapportens styrker.

Koalisjonen vil fremheve at rapporten gir en nyttig kartlegging av de sentrale påvirkningsfaktorene for alternativkostnaden og presenterer disse i en transparent struktur. Det er nettopp fordi det analytiske rammeverket er godt, at det er problematisk at konklusjonen ikke følger av det.

Strukturelle svakheter.

Til tross for disse styrkene har rapporten vesentlige strukturelle svakheter som undergraver dens verdi som beslutningsgrunnlag.

1. For det første: Rapporten bruker en ukvantisert antakelse om økt QALY-produktivitet som motvekt til dokumentert prisvekst på om lag 40 prosent. Prisveksten er tallfestet; produktivetsforbedringen som antas å oppveie den, er det ikke. Dette gjør at rapportens hovedkonklusjon hviler på et udokumentert premiss.
2. For det andre: Arbeidsgruppen fortolker mandatet snevrere enn bestillingen tilsier. Stortingets helse- og omsorgskomite brukte begrepene «terskelverdi» og «alternativkostnad» om hverandre i flertallsmerknaden (Innst. 461 S, 2024–2025). Arbeidsgruppen omdefinierer den operasjonelle bestillingen til et analytisk spørsmål om hvorvidt justering er nødvendig, noe som i praksis etablerer et høyere beviskrav for handling enn for passivitet.
3. For det tredje: Rapporten mangler en systematisk konsekvensutredning. Utredningsinstruksen (kgl.res. 18. oktober 2024) krever at utredninger besvarer hvilke positive og negative virkninger tiltakene har, hvor varige de er, og hvem som blir berørt (spørsmål 4). Rapporten analyserer ikke konsekvensene av å opprettholde gjeldende terskelverdi i en periode med dokumentert prisvekst, og identifiserer ikke hvem som berøres av denne reelle innstrammingen. Instruksens nye krav om at prinsipielle spørsmål skal vurderes (spørsmål 3) er heller ikke adressert, til tross for at nulljustering i praksis innebærer et aktivt valg med vesentlige fordelingskonsekvenser.
4. For det fjerde: Høringsinnspillene fra aktører på sjeldenområdet behandles systematisk som irrelevante. Selv om rapporten gjengir innspillene i sin helhet, avvises de gjennomgående

med formuleringen «utenfor mandatet», også for tematikk som direkte berører alternativkostnadens konsekvenser. Vi drøfter dette nærmere i avsnitt 5.3.

4. Konkrete merknader

4.1 Produktivitetsutvikling: Udokumentert antakelse som motvekt til dokumentert prisvekst

Mandatet ber eksplisitt om justering for «pris- og produktivitetsutvikling». Rapporten erkjenner at prisvekst isolert sett tilsier en økning i alternativkostnaden (s. 26), men argumenterer med at økt QALY-produktivitet i helsetjenesten, det vil si at hver behandling gir mer helsegevinst enn tidligere, kan trekke i motsatt retning. Arbeidsgruppen skriver at det «er grunn til å tro» at QALY-produktiviteten har økt, men at dette «ikke kan tallfestes» (s. 4, 25, 27).

Vår vurdering:Rapporten bruker her en ukvantifisert antakelse som motvekt til en dokumentert prisvekst på om lag 40 prosent. Det er en fundamental asymmetri: prisveksten er tallfestet med utgangspunkt i TBU-deflatoren for de regionale helseforetakene. Produktivitetsforbedringen som antas å oppveie den, er det ikke. Arbeidsgruppen dokumenterer ikke størrelsen på den antatte produktivitetsforbedringen. Uten kvantifisering er det umulig å vurdere om den helt, delvis eller marginalt oppveier prisveksten. Metodisk er det svakt å la en udokumentert effekt blokkere for en justering basert på dokumenterte data.

Vårt forslag:Departementet bør i den fullstendige utredningen kreve at produktivitsantakelser kvantifiseres før de kan brukes som argument mot prisjustering. Dersom QALY-produktiviteten ikke kan tallfestes, kan den heller ikke brukes som begrunnelse for å la en ti år gammel beregning stå uendret.

4.2 Mandatfortolkning og beviskrav

Stortingets helse- og omsorgskomiteé skrev i sin flertallsmerknad (Innst. 461 S, 2024–2025, 27. mai 2025):

*«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Kristelig Folkeparti, viser til at dagens alternativkostnad anslås etter en modell fra England. Dette anslaget har ikke blitt indeksregulert på 10 år selv om dette er utredet ved flere anledninger. Da det er knyttet stor usikkerhet til hvor godt dette anslaget treffer for norske forhold, **støtter flertallet utredning av en ny terskelverdi for alternativkostnaden.** Frem til det nye anslaget er på plass, vil flertallet støtte at det gjøres en utredning av hvordan dagens alternativkostnad for pris- og produktivitetsutvikling kan justeres i løpet av høsten 2025.»*

Komiteen bruker her begrepene «terskelverdi» og «alternativkostnad» om hverandre. For komiteen var dette åpenbart samme spørsmål: hvordan «det tallet», 275 000 kroner, bør justeres.

Vedtak nr. 903 (4. juni 2025) bruker kun begrepet «alternativkostnad»:

«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.»

Departementet operasjonaliserte vedtaket i oppdragsbrev TB2025-15 av 4. august 2025 (ref. 24/3547-), som ga DMP i oppdrag å «gjennomføre en hurtig utredning basert på tilgjengelige data med mål om å justere dagens alternativkostnad» og å «kartlegge hvilken justering som kan gjøres på bakgrunn av tilgjengelige data». Formuleringen «kartlegge **hvilken** justering» er operasjonell, den forutsetter at en justering skal identifiseres, ikke at behovet for justering skal vurderes på nytt.

Arbeidsgruppens konklusjon lyder:

«Arbeidsgruppen konkluderer med at det ikke finnes tilstrekkelig grunnlag for en midlertidig justering av alternativkostnaden.»(s. 4)

Vår vurdering: Avstanden mellom oppdragskjedens operasjonelle retning og konklusjonens avvisning av handling er påfallende. Flertallsmerknaden viser utvetydig at Stortinget mente det operative tallet. Tildelingsbrevets formulering «*kartlegge hvilken justering*» forutsetter at en justering skal gjennomføres. Arbeidsgruppen omdefinierer dette til et spørsmål om hvorvidt justering er nødvendig. Denne omdefineringen skaper et asymmetrisk beviskrav: endring krever «sikre» data, mens opprettholdelse av status quo ikke krever tilsvarende dokumentasjon.

Arbeidsgruppens egen analyse (s. 26) fastslår at deflatoren for de regionale helseforetakene, som arbeidsgruppen selv anser som «*det beste målet*», viser en prisvekst på omtrent 40 prosent for perioden 2016–2025, og at prisvekst «*isolert sett tilsier en økning i alternativkostnaden*»(s. 3, 26). Det er vanskelig å forene denne egenvurderingen med konklusjonen om at det ikke finnes tilstrekkelig grunnlag for en midlertidig justering.

Rapporten legger også vekt på at nyere engelske studier (Martin et al., 2023) antyder et lavere empirisk anslag på alternativkostnaden enn Claxton et al.-studien det norske anslaget bygger på. Vi noterer at dette er ett enkelttestimat fra ett helsesystem, med betydelig metodisk usikkerhet og begrenset overførbarhet til norske forhold. Arbeidsgruppen selv påpeker behovet for en norsk empirisk studie. Inntil en slik studie foreligger, bør verken det opprinnelige anslaget eller den nyere studien alene legges til grunn for å opprettholde status quo. Nettopp denne usikkerheten tilsier at en midlertidig prisjustering, med forbehold om revisjon, er mer forsvarlig enn å la et ti år gammelt anslag stå uten korreksjon.

Vårt forslag: Departementet bør be DMP om å utarbeide et justeringsestimert med tilhørende usikkerhetsintervall, basert på tilgjengelige data for prisvekst i spesialisthelsetjenesten i perioden 2015–2025. Et estimert med usikkerhet er et bedre beslutningsgrunnlag enn en konklusjon om fravær av grunnlag. Beviskravet for å opprettholde status quo må være symmetrisk med kravet for å gjennomføre endringer. Dersom usikkerheten er reell, tilsier føre-var-prinsippet at man justerer basert på beste tilgjengelige estimert, fremfor å la en ti år gammel

beregning stå uendret i en periode der arbeidsgruppen selv dokumenterer en prisvekst på om lag 40 prosent.

5. Forhold rapporten ikke adresserer

I tillegg til svakhetene i de temaene rapporten dekker, er det vesentlige områder som faller innenfor mandatets rekkevidde men som ikke er vurdert:

5.1 Reelle konsekvenser av ti års prisjusteringsetterslep

Siden alternativkostnaden ble satt til 275 000 kroner i 2015, har den ikke vært prisjustert. Det finnes ingen analyse i rapporten av hva dette innebærer i praksis for godkjenning av nye behandlinger.

Med en prisvekst på om lag 40 prosent og uendret terskelverdi har den reelle betalingsvilligheten blitt redusert med nærmere 30 prosent ($275\,000 / 1,40 \approx 196\,000$ i 2015-kroner). En behandling som i 2015 lå akkurat innenfor terskelverdien, ville i dag vært for dyr. Terskelverdien er nominelt uendret, men reelt innstrammet med om lag en tredjedel.

5.2 Samspill med ordningen for særskilt små pasientgrupper

Arbeidsgruppen avviser Koalisjonens innspill om sjeldne sykdommer ved å vise til at det eksisterer en egen ordning for særskilt små pasientgrupper. Rapporten analyserer imidlertid ikke om denne ordningen faktisk kompenserer for de utfordringene Koalisjonen påpeker. Ifølge helseminister Vestre har kun seks legemidler oppfylt vilkårene for ordningen siden den ble etablert i 2018 (Spinraza, Luxturna, Libmeldy, Crysvida, Vimizim og Myalepta; Skriftlig spørsmål nr. 1670, 2024–2025). EFPIAs W.A.I.T.-indikator (2024) viser at kun 17 prosent av non-oncology orphan-legemidler med EMA-godkjenning i perioden 2020–2023 ble gjort tilgjengelige i Norge, mot et europeisk gjennomsnitt på 39 prosent. Norge er blant landene i Europa med lavest tilgjengelighet for denne typen legemidler.

En ordning som på syv år har omfattet seks legemidler, kan ikke tjene som begrunnelse for å avise spørsmålet om hvordan prisjustering av alternativkostnaden påvirker tilgangen for små pasientgrupper. Spørsmålet om alternativkostnadens prisjustering og spørsmålet om rammebetingelser for små pasientgrupper er to atskilte temaer som begge fortjener utredning.

5.3 Behandling av innspill om sjeldne sykdommer

Koalisjonens høringsinnspill (gjengitt s. 51–61 i rapporten) adresserte ulike tematiske områder. Arbeidsgruppens oppsummeringstabell med kommentarer til innspillene (vedlegg, s. 32–33) avviser samtlige temaer. Mønsteret er tydelig:

- Koalisjonen ba om særskilt hensyn til sjeldne sykdommer. Arbeidsgruppen svarte at «Norge har en egen ordning for særskilt små pasientgrupper» og at dette «faller utenfor dette»(s.

32). Konsekvensen er at departementet ikke får noen vurdering av om ordningen kompenserer for terskelverdiens reelle innstramming.

- Koalisjonen løftet spørsmål om alvorlighet og rettferdighet. Arbeidsgruppen svarte at «*Magnussentrappen... ligger utenfor vårt mandat*»(s. 32). Konsekvensen er at rapporten ikke vurderer om prisjustering påvirker pasientgrupper med ulik alvorlighetsgrad ulikt. Departementet får et blindt punkt.
- Koalisjonen viste til forvaltede tilgangsordninger i andre land, herunder SMCs Ultra-Orphan Pathway. Heller ikke dette ble adressert, til tross for at disse ordningene viser at andre land håndterer nettopp den usikkerheten arbeidsgruppen bruker som argument mot handling.

Vår vurdering:Arbeidsgruppen har benyttet mandatavgrensning som en systematisk avvismingsmekanisme for innspill om sjeldne sykdommer. Resultatet er at rapporten ikke gir departementet noe grunnlag for å vurdere hvordan alternativkostnaden påvirker tilgangen til sjeldenlegemidler.

Vårt forslag:I den kommende, mer omfattende utredningen må mandatet eksplisitt inkludere en vurdering av alternativkostnadens differensierte konsekvenser for små pasientgrupper og pasienter med sjeldne sykdommer.

6. Tilbud om videre dialog

Koalisjonen inviterer til et faglig arbeidsmøte med DMP og departementet for å gjennomgå internasjonale erfaringer fra sjeldenfeltet. Vi kan stille med representanter fra selskaper som opererer i samtlige sammenlignbare markeder, og kan bidra med gjennomgang av disse markedene.

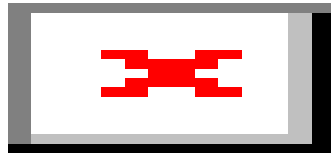
Vårt engasjement i denne saken er motivert både av våre selskapers legitime interesse i et velfungerende og forutsigbart system for legemiddelinnføring, og av en genuin bekymring for at dagens rammebetingelser ikke i tilstrekkelig grad ivaretar personer med sjeldne sykdommer i Norge.

7. Om Koalisjonen for sjeldne sykdommer

Koalisjonen for sjeldne sykdommer er et samarbeid mellom åtte bioteknologiselskaper (Takeda, BioMarin, Italfarmaco, Sanofi, Biogen, CSL, Chiesi og UCB) som utvikler og tilbyr legemidler for sjeldne sykdommer i Norge.

Vi er åpne om at Koalisjonens medlemselskaper har kommersielle interesser knyttet til innføring av nye legemidler for personer med sjeldne sykdommer. Vi mener denne åpenheten styrker relevansen av våre faglige innspill: våre selskaper har direkte innsikt i hvordan norske prioriteringsbeslutninger påvirker tilgjengeligheten av behandlinger for små pasientgrupper, en innsikt som sjelden er representert i de offentlige utredningsprosessene.

Med vennlig hilsen / Kind regards
Stian Lefstad
Sekretariat
post@koalisjonenforsjeldnesykdommer.no



www.koalisjonenforsjeldnesykdommer.no/
www.linkedin.com/company/koalisjonen-for-sjeldne-sykdommer/

Kildevedlegg

Høringssvar fra Koalisjonen for sjeldne sykdommer

Hurtig utredning: anbefaling om justering av dagens alternativkostnad

13. februar 2026

Dette vedlegget gir en samlet oversikt over kildene som er referert i Koalisjonens høringssvar. Formålet er å gjøre det enkelt for saksbehandler å etterprøve påstander og sitatreferanser uten å måtte lete i flere dokumenter.

Samtlige sidereferanser til DMP-rapporten er verifisert mot originaldokumentet. Stortingsdokumenter er verifisert mot stortinget.no. Statistikk er verifisert mot primærkildene.

1. Stortingsdokumenter og oppdragskjede

Oppdragskjeden fra Stortingets vedtak til arbeidsgruppens rapport er sentral i høringssvarets avsnitt 4.2 (mandatfortolkning og beviskrav).

Innst. 461 S (2024–2025). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen, avgitt 27. mai 2025.

Flertallsmerknad (Ap, H, Sp, SV, R, KrF) om at dagens alternativkostnad ikke har vært indeksregulert på 10 år, og at det bør utredes en ny terskelverdi. Komiteen bruker begrepene «terskelverdi» og «alternativkostnad» om hverandre. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2024-2025/inns-202425-461s/?all=true#m4>

Vedtak nr. 903 (2024–2025). Stortingets plenarvedtak, 4. juni 2025 Ordlyd: «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 produktivitsutvikling inntil det sikrere anslaget er på plass.» <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Vedtak/Sak/?p=103115>

Oppdragsbrev TB2025-15 (ref. 24/3547-). Helse- og omsorgsdepartementets supplerende tildelingsbrev til DMP, datert 4. august 2025. Operasjonaliserer vedtaket med formuleringen «kartlegge hvilken justering som kan gjøres på bakgrunn av tilgjengelige data».
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d68bf504a21a4645b3c04ef31697fd6c/2025-dmp-supplerende-2.pdf>

Skriftlig spørsmål nr. 1670 (2024–2025). Dokument 15:12. Fra stortingsrepresentant Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre, besvart 26. mars 2025. Bekrefter at seks legemidler har oppfylt vilkårene for ordningen for særskilt små pasientgrupper siden etableringen i 2018: Spinraza, Luxturna, Libmeldy, Crysvida, Vimizim og Myalepta. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qnid=104067>

2. DMP-rapporten og sidereferanser

Direktoratet for medisinske produkter (2026). Hurtig utredning: anbefaling om justering av dagens alternativkostnad. Utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Levert januar 2026.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/c5e75bf9254e40328c3cd2dda6a9e30e/rapport-hurtig-utredning-om-justering-av-alternativkostnaden.pdf>

Tabellen under viser hvilke sider i rapporten som er sitert i høringssvaret, hva innholdet er, og hvordan det er brukt. Sidereferansene er verifisert mot endelig versjon av rapporten.

Side

Innhold i rapporten

Bruk i høringssvaret

s. 3, 26	Prisvekst «isolert sett tilsier en økning i alternativkostnaden»	Rapportens eget funn som underbygger behov for justering (avsnitt 4.1, 4.2, 5.1)
s. 4	Arbeidsgruppens hovedkonklusjon: «ikke tilstrekkelig grunnlag for en midlertidig justering»	Kontrasterer mot oppdragskjedens operasjonelle retning (avsnitt 4.2)
s. 4, 25, 27	QALY-produktivitet: «er grunn til å tro» at den har økt, men «ikke kan tallfestes»	Kjernen i asymmetri-argumentet (avsnitt 4.1)
s. 7	Gjengivelse av oppdragsbrev TB2025-15 med mandatformulering	Dokumenterer at mandatet forutsetter justering (avsnitt 4.2)
s. 21	Martin et al. (2023): oppdatert estimat på 8 000 GBP per QALY	Arbeidsgruppens asymmetriske bruk av dette estimatet (avsnitt 4.2)
s. 25	TBU-deflatoren identifisert som «det beste målet» på prisutvikling	Støtter prisvekstens dokumentasjonsgrunnlag (avsnitt 4.2)
s. 26	Deflator økt ca. 40 % for perioden 2016–2025	Kvantifiserer det dokumenterte prissetterslepet (avsnitt 4.1, 4.2, 5.1)
s. 32–33	Vedlegg: oppsummeringstabell med arbeidsgruppens kommentarer til høringsinnspill	Dokumenterer systematisk avvising av sjeldeninnspill (avsnitt 5.3)
s. 51–61	Vedlegg: Koalisjonens opprinnelige høringsinnspill gjengitt i sin helhet	Referansegrunnlag for å vise hva som ble innspilt vs. hva som ble adressert

3. Akademiske studier

Høringssvaret refererer til studier som også er sentrale i DMP-rapportens eget kunnskapsgrunnlag. Referansenummeret i parentes viser til rapportens referanseliste.

Martin, S. et al. (2023). Oppdatert studie med sammenliknbar metodikk basert på data fra 2016–2017. Estimerer alternativkostnaden til 8 000 GBP per QALY eller lavere. Brukt i DMP-rapporten (s. 21) som indikasjon på at det opprinnelige Claxton-anslaget kan være for høyt. Rapportens referanse (2).

4. Tilgangsdata

EFPIA/IQVIA (2025). Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey. Publisert mai 2025 med datagrunnlag pr. 5. januar 2025, basert på EMA-godkjenninger i perioden 2020–2023 (173 legemidler). Non-oncology orphan-legemidler: EU-gjennomsnitt 18 av 46 produkter tilgjengelige (39 %). Norges tilgjengelighet vesentlig lavere. Brukt i høringssvaret avsnitt 1 og 5.2. <https://efpia.eu/media/oeganukm/efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf>

5. Norske forvaltningskilder

Utredningsinstruksen (kgl.res. 18. oktober 2024). Instruks om utredning av statlige tiltak, revidert ved kgl.res. 18. oktober 2024 med virkning fra 1. november 2024 (erstatte instruksen av 19. februar 2016). Stiller seks krav til utredninger, herunder spørsmål 3 («hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?») og spørsmål 4 («hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?»). Referert i høringssvaret avsnitt 3 (strukturell svakhet nr. 3).

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/utredningsinstruksen/id3060944/>

Teknisk beregningsutvalg (TBU). Kostnadsdelatoren for de regionale helseforetakene. S sammensatt av 70 % lønn og 30 % varer. Arbeidsgruppen benytter denne som «det beste målet» på prisutvikling i helsetjenesten og dokumenterer en økning på om lag 40 % for perioden 2016–2025. Omtalt i DMP-rapporten s. 25–26.

Ordringen for særskilt små pasientgrupper. Etablert 2018 som del av Nye metoder-systemet. Per mars 2025 har seks legemidler oppfylt vilkårene (jf. Skriftlig spørsmål nr. 1670). Høringssvaret påpeker at ordningens begrensede omfang ikke kan kompensere for terskelverdiens reelle innstramning.

<https://www.dmp.no/offentlig-finansiering/metodevurdering-av-medisinske-produkter/metodevurdering-av-legemidler/innsending-av-dokumentasjon/hvordan-sikre-tilgang-til-legemidler-for-serskilt-sma-pasientgrupper-med-svert-alvorlig-tilstand>