

Opgørelse af omkostninger

Vejledende dokument



Indholdsfortegnelse

1.	Generelt	2
2.	Lægemiddelomkostninger	3
2.1	Beregning af lægemiddelomkostninger	3
2.1.1	Generelt	3
2.1.2	Lægemiddelspild	5
2.1.3	Dosis baseret på kropsvægt eller kropsladeareal (BSA)	5
2.1.4	Behandlingsvarighed	6
2.2	Efterfølgende behandling	7
3.	Hospitalsomkostninger	7
3.1	Håndtering af uønskede hændelser	8
3.2	Øvrige hospitalsomkostninger	8
3.3	Valg af DRG-takster	9
3.3.1	Afvigelse fra brug af DRG	9
4.	Patientomkostninger	10
4.1	Patienttid	10
4.1.1	Bestemmelse af tidsforbrug	12
4.1.2	Værdisætning af tidsforbrug	13
4.2	Transportomkostninger	13
5.	Øvrige omkostninger	13
6.	Referencer	14
7.	Appendix	15
7.1	Eksempler på opgørelse af dosisfordeling	15
8.	Versionslog	16

© Medicinrådet, 2026
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sprog: dansk
Format: pdf
Udgivet af Medicinrådet, 6. februar 2026



1. Generelt

Den sundhedsøkonomiske analyse skal indeholde alle behandlingsrelaterede omkostninger for interventionen og komparator, herunder lægemiddelomkostninger (afsnit 2), hospitalsomkostninger (afsnit 3) og patientomkostninger (afsnit 4). I nogle tilfælde kan det være relevant at inkludere øvrige omkostninger dækket af den offentlige sygesikring eller kommunale omkostninger (afsnit 5).

Omkostningerne skal tage udgangspunkt i ressourceforbruget i dansk klinisk praksis, samt danske enhedsomkostninger. Ressourceforbruget skal opdeles i to særskilte elementer:

- forbrugt mængde (fx månedlig frekvens og/eller antal timer)
- enhedsomkostninger (fx DRG-takst eller lægemiddelomkostning pr. administration).

Det skal angives tydeligt, hvordan alle omkostninger er beregnet, herunder hvilke beregninger, antagelser og kilder, der er anvendt.

Hvis en anbefaling af en ny behandling forventes at medføre et markant forhøjet ressourceforbrug eller særlige implementeringsudfordringer, skal den sundhedsøkonomiske analyse suppleres med en kvalitativ beskrivelse af udfordringen.

Hvis der ikke findes aktuelle danske enhedsomkostninger (maksimalt 3 år gamle), men kun enhedsomkostninger fra tidligere år, skal disse fremskrives med nettoprisindekset uden energi fra Danmarks Statistik (Danmarks statistik, 2025). Dette gælder ikke DRG-takster, som ikke må være ældre end året før det aktuelle år, se afsnit 3.3.

Brug af udenlandske omkostninger, korregeret for købekraftsparitet, skal undgås og kan kun anvendes, hvis strengt nødvendigt, fx hvis der ikke eksisterer danske estimater for omkostningen.

Som udgangspunkt skal forbrugt mængde altid tage udgangspunkt i dansk klinisk praksis, men i nogle tilfælde vil der ved tilpasning til dansk klinisk praksis opstå diskrepans mellem de behandlinger, der ligger til grund for effektestimatet i det kliniske studie, og de behandlinger, som omkostningerne i dansk klinisk praksis bygger på. Fx hvis effekten i det kliniske studie ikke forventes at afspejle forventet effekt i klinisk praksis pga. højere grad af dosisreduktion, eller hvis der er givet en suboptimal efterfølgende behandling i det kliniske studie. I disse tilfælde skal ansøger grundigt beskrive, hvilken betydning tilpasning til dansk klinisk praksis kan have for fortolkning af ICER'en, og det skal være muligt for Medicinrådet at ændre alle relevante input.



2. Lægemiddelomkostninger

Indeværende afsnit indeholder en gennemgang af, hvordan ansøger skal beregne lægemiddelomkostningerne, der indgår i den sundhedsøkonomiske analyse, herunder hvordan Medicinrådet forholder sig til dosisreduktion, pausering, lægemiddelspild, behandlingsvarighed og evt. efterfølgende behandling.

Alle lægemiddelpriser skal angives i Apotekernes Indkøbspris (AIP) (Lægemiddelstyrelsen, 2025), og beregninger af lægemiddelomkostninger skal implementeres dynamisk med alle relevante mellemregninger i den sundhedsøkonomiske model.

Lægemiddelomkostningerne skal inkluderes i modellen på retvisende tidspunkter, således at de indtræffer på tidspunkter, der er retvisende for det forventede behandlingsforløb i dansk klinisk praksis, dvs. hvor der fx tages højde for forventet administrationsfrekvens for IV og forventet udleveringsmængde og frekvens for tabletbehandling.

Antagelser om fremtidige ændringer i lægemiddelomkostninger som følge af patentudløb eller andre konkurrenceparametre må ikke indgå i analysen, men oplysninger herom kan kort angives i ansøgningen.

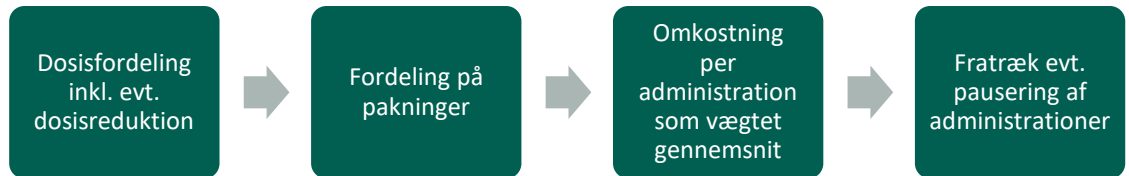
Nogle behandlinger kræver comedicinering med andre lægemidler eller præmedicinering, som skal inkluderes, hvis det forventes at være dansk klinisk praksis, og/eller disse fremgår af lægemidlets produktresume (SmPC).

2.1 Beregning af lægemiddelomkostninger

2.1.1 Generelt

Uanset administrationsform skal beregning af lægemiddelomkostningerne for et givent lægemiddel som udgangspunkt baseres på dosisfordelingen fra seneste præspecificerede data-cut i de(t) kliniske studie(r). Hvis patientpopulationen er afgrænset til en subpopulation af den samlede ITT-population, da skal dosisfordelingen afspejle den dosis, som subpopulationen har fået. Ansøger skal grundigt beskrive, om der kan være forskelle mellem dosisfordelingen fra de(t) kliniske studie(r) og den dosis, der forventes givet i dansk klinisk praksis, herunder også hvordan beregningen af lægemiddelomkostningerne tager højde for dette. Se eksempler på opgørelse af dosisfordelinger i Appendix.

Hvis et lægemiddel findes i flere pakninger med forskelle i styrke og/eller mængde, skal dosisfordelingen, som beskrevet ovenover, danne grundlag for beregning af fordeling på pakninger, således at lægemiddelomkostningerne kan beregnes som et vægtet gennemsnit på tværs af pakninger, se Figur 1. Modellen skal være dynamisk, så beregningen baseres på de billigste pakningskombinationer ved ændringer af dosisfordeling og priser.



Figur 1. Grundprincip for beregning af lægemiddelomkostning pr. administration

Dosisreduktion

Hvis den anvendte dosisfordeling er baseret på planlagt dosis og ikke indeholder evt. dosisreduktion ift. planlagt dosis, da kan det være nødvendigt at medregne dosisreduktion, inden den endelige fordeling på pakninger beregnes. Ved brug af RDI (relativ dosisintensitet) for dosisreduktion må RDI ikke indeholde eventuelle pauseringer i tælleren og/eller nævneren, se Boks 1

Pausering

Andelen af pauserede administrationer skal opgøres særskilt og fraregnes først, efter fordelingen på pakninger er udregnet. Pauseringer defineres som andelen af planlagte administrationer før evt. behandlingsstop, der ender med ikke at blive administreret. Pausering må ikke forveksles med behandlingsstop, se afsnit 2.1.4 vedr. behandlingsvarighed og behandlingsstop. Hvis lægemiddeladministrationerne pauseres, skal det fremgå tydeligt, hvordan omkostninger til øvrigt ressourceforbrug (fx pausering af omkostninger til selve lægemiddeladministrationen) håndteres, og det skal være let at ændre disse antagelser i modellen.

Boks 1 Definition og anvendelse af dosisreduktion og pausering ved beregning af lægemiddelomkostninger

Der skal ved anvendelse af RDI skelnes mellem dosisreduktion ift. den planlagte dosis og pausering af lægemiddeladministrationerne, da disse skal håndteres forskelligt i beregningen af lægemiddelomkostninger:

- Dosisreduktion skal fratrækkes den planlagte dosis inden fordelingen på pakninger udregnes. Baseres dosisreduktionen på RDI fra studiet, må RDI ikke indeholde eventuelle pauseringer i tælleren og/eller nævneren.
- Pauseringer skal først fraregnes efter fordelingen på pakninger er udregnet.

Hvis der anvendes en RDI fra et studie til definition af dosisreduktion, skal ansøger altid grundigt angive, hvordan RDI (modtaget dosis/planlagt dosis) er defineret, da definitionen af både modtaget dosis og planlagt dosis kan variere på tværs af kliniske studier. I nogle studier er planlagte pauseringer fx indeholdt i den planlagte dosis, mens det i andre studier ikke er tilfældet. Ligeså vil modtaget dosis i nogle studier fx indeholde antagelser om perfekt deling af tabletpakninger, se afsnit 0.



2.1.2 Lægemiddelspild

Ved beregning af lægemiddelspild skal der altid minimeres på omkostninger, dvs. ikke på mg eller antal pakninger.

Intravenøs behandling

Lægemiddelspild skal altid inkluderes eksplicit ved intravenøs behandling på hospitalet, hvis det ikke er muligt at dele hætteglas i dansk klinisk praksis. Dette gøres ved altid at anvende dosisfordelingen som grundlag for fordeling på hele hætteglas, hvorefter et vægtet gennemsnit af pris per hætteglas og fordelingen kan beregnes. Hvis det antages, at lægemiddeladministrationen ikke er forbundet med spild (fx perfekt hætteglasdeling), skal årsagen til dette begrundes, og det skal være muligt at slå lægemiddelspild til i den sundhedsøkonomiske model.

Tabletbehandling

Ved tabletbehandling skal beregningerne tage udgangspunkt i dosisfordelingen for den udleverede dosis uden brud af pakninger, således at lægemiddelspild forbundet med manglende anvendelse af udleverede pakninger implicit vil være medregnet i beregningen af lægemiddelomkostningerne. Lægemiddelomkostningerne skal ikke udregnes ud fra den anvendte dosis, da pakninger som udgangspunkt ikke brydes i dansk klinisk praksis.

Subkutan behandling

Da subkutan administration kan foregå både på hospitalet og i hjemmet, kan tilgangene til inklusion af spild for både intravenøs behandling og tabletbehandling være relevante. Ansøger skal anvende den tilgang, som vurderes mest retvisende og argumentere grundigt for valget.

2.1.3 Dosis baseret på kropsvægt eller kropsladeareal (BSA)

Hvis dosis baseres på patientens kropsvægt eller kropsladeareal (BSA), skal beregningerne af lægemiddelomkostningerne tage højde for dette, fx hvis dosis gives som et bestemt antal mg pr. kg (kontinuerlig dosering), eller hvis planlagt dosis afhænger af en given vægttærskel (trinvis dosering).

Ansøger skal grundigt beskrive, om der kan være forskelle i fordelingen af vægt/BSA imellem de(t) kliniske studie(r) og dansk klinisk praksis, herunder også hvordan beregningen af lægemiddelomkostningerne tager højde for dette. Det skal altid være muligt for Medicinrådet at ændre vægt og/eller BSA-fordelingen i den sundhedsøkonomiske model. Den sundhedsøkonomiske model skal være dynamisk, så eventuelle ændringer i disse fordelinger afspejles i dosisfordelingen og derved i fordelingen af f.eks. pakningskombinationer.

Kontinuerlig dosering

Ansøger skal anvende så detaljerede data som muligt på fordelingen af patienternes kropsvægt eller BSA - og den tilhørende dosis. Dataene skal opdeles i tilstrækkeligt smalle intervaller, til at disse kan matches til en retvisende fordeling på tilgængelige pakningsstørrelser.



Hvis ikke ansøger kan basere beregningerne på ovenstående, kan ansøger basere beregningerne på en antagelse om en passende parametrisk fordeling af patienternes kropsvægt/BSA for den pågældende patientpopulation. Parametrene i fordelingen skal estimeres på baggrund af nøgletal baseret på studiepopulationen (fx middelværdi, median og standardafvigelse) og hvis relevant tilpasset gennemsnitsvægten i dansk klinisk praksis.

Trinvis dosering

Hvis lægemidlet i dansk klinisk praksis forventes at blive doseret forskelligt henholdsvis over/under en fast tærskel for fx vægt, da skal beregningerne af lægemiddelomkostningerne tage højde for dels andel patienter over/under tærsklen og dels dosisfordelingen på hver side af tærsklen. For eksempel vægtbaseret dosering op til en vægt på 80 kg og fast dosis herefter.

2.1.4 Behandlingsvarighed

Andel patienter i behandling med et givent lægemiddel i hver cyklus skal baseres på de forløbsdata, som bedst afspejler, hvordan og hvor længe behandling med lægemidlet vil pågå i dansk klinisk praksis. Det kan være forløbsdata fra interventionsstudiet, observationelle data eller data for sammenlignelige lægemidler med lignende virkningsmekanisme. Hvis der findes flere relevante datakilder, skal det være muligt for Medicinrådet at vælge mellem disse i den sundhedsøkonomiske model. Hvis ansøger ikke har forløbsdata til modellering af behandlingsvarigheden, da kan ansøger i nogle tilfælde anvende et estimat for den gennemsnitlige behandlingsvarighed eller det gennemsnitlige antal doser. Gennemsnit bør kun anvendes ved behandlinger, der ophører inden for et år og har relativt begrænset behandlingsfrafald, da et gennemsnit ikke er tilstrækkeligt til at modellere behandlingsvarigheden korrekt ved større frafald eller længere behandlingsperioder.

I nogle tilfælde vil det være relevant at fremskrive data for behandlingsvarighed, hvilket skal ske ud fra anvisningerne i *Medicinrådets vejledende dokument for sundhedsøkonomisk analyse og fremskrivning*.

Hvis der i lægemidlets produktresume (SmPC) eller andre relevante behandlingsvejledninger er defineret kriterier for behandlingsstop, skal disse inkluderes i den sundhedsøkonomiske analyse. Hvis der i den sundhedsøkonomiske analyse inkluderes kriterier for behandlingsstop, som ikke er defineret i nogen af de ovenfor nævnte kilder, skal det fremgå, hvilke kliniske argumenter som ligger til grund for inklusion af behandlingsstoppet. Det skal altid være muligt at ændre i kriterierne for behandlingstop i den sundhedsøkonomiske model.

Afvigelse fra brug af data på behandlingsvarighed

Hvis det anvendte effektdata primært afspejler en effekt af at være i behandling (*og ikke en intention-to-treat effekt*), da skal alle patienter tilskrives omkostninger i hele perioden, hvor der medregnes effekt. Dette gælder, fx hvis antal vundne QALYs i et givent helbredsstadie er drevet af en livskvalitetsforbedring estimeret blandt de patienter, der er i behandling. I den periode, der tilskrives omkostninger, skal beregningen fortsat følge øvrige anvisninger for beregning af lægemiddelomkostninger.



2.2 Efterfølgende behandling

Lægemiddelomkostninger til efterfølgende behandling skal inkluderes i den sundhedsøkonomiske analyse, hvis der for intervention og komparator er forskel på, hvilken efterfølgende behandling patienterne modtager, hvor stor en andel af patienterne der modtager de forskellige efterfølgende behandlinger, hvor længe patienterne modtager den efterfølgende behandling, og/eller hvornår administration af de efterfølgende behandlinger påbegyndes.

Dosering af de inkluderede lægemidler og deres administrationsform skal beskrives og baseres på lægemidlernes produktresuméer (SmPC). Øvrige antagelser, der er anvendt til at udregne lægemiddelomkostningerne, skal følge afsnit 2.1. Hvis behandlingsvarigheden for efterfølgende behandling samlet set er kortere end 3 år, da kan lægemiddelomkostningen til denne inkluderes som en engangsomkostning (*lump sum*) på tidspunktet, hvor behandlingen påbegyndes.

Efterfølgende behandling skal altid afspejle dansk klinisk praksis, og overvejelser om hvorvidt effekten af efterfølgende behandling er afspejlet i de anvendte effektdata i den sundhedsøkonomiske analyse skal altid beskrives. Der skal herudover være en beskrivelse af, hvornår den efterfølgende behandling antages at blive igangsat, fx om det sker umiddelbart efter behandlingsophør med intervention/komparator, ved sygdomsforværring (fx progression) eller efter en eventuel udvaskningsperiode (*wash out*).

Det skal fremgå, hvordan andelen af patienter, der modtager efterfølgende behandling, er estimeret, samt hvordan patienterne fordeler sig på forskellige behandlinger, hvis der er mere end én efterfølgende behandling tilgængelig. Det skal altid være muligt at justere andelen af patienter, der modtager efterfølgende behandling, samt fordelingen mellem behandlingsalternativerne i den sundhedsøkonomiske model.

3. Hospitalsomkostninger

Den sundhedsøkonomiske analyse skal inkludere omkostninger til ressourceforbrug på hospitalet. For at kunne skelne mellem de forskellige hospitalsomkostninger skal omkostningselementerne opdeles i følgende kategorier: *administrationsomkostninger, omkostninger til sygdomshåndtering, behandlingsmonitorering og håndtering af uønskede hændelser*, se afsnit 3.1. I særlige tilfælde kan eventuelt *øvrige hospitalsomkostninger* inkluderes, se afsnit 3.2.

Ved inklusion af lægemiddelomkostninger for efterfølgende behandling skal der ligeledes inkluderes omkostninger til lægemiddeladministration, behandlingsmonitorering og sygdomshåndtering for den efterfølgende behandling. Ved efterfølgende behandling skal der kun inkluderes omkostninger til håndtering af uønskede hændelser, hvis der på tværs af behandlingsarmene forventes at være store forskelle i forekomst og ressourceforbrug.



Ressourceforbrug til lægemiddeladministration, sygdomshåndtering og behandlingsmonitorering på hospitalet beregnes ved brug af besøgsfrekvenser. Frekvenserne skal afspejle dansk klinisk praksis, og det skal fremgå, hvor lang en tidsperiode (fx første 6 måneder), det antages, at de enkelte kontakter vil pågå.

Enhedsomkostningerne skal som udgangspunkt opgøres ved brug af de senest tilgængelige DRG-takster, se afsnit 3.3 vedr. valg af DRG-takster.

3.1 Håndtering af uønskede hændelser

Omkostninger til håndtering af uønskede hændelser skal inkluderes i den sundhedsøkonomiske analyse, hvis håndteringen forventes at være forbundet med et ressourceforbrug i dansk klinisk praksis. Det skal altid fremgå, hvordan omkostningerne er inkluderet i den sundhedsøkonomiske model. Ressourceforbruget skal estimeres på baggrund af andelen, der oplever hver af de uønskede hændelser samt de dertilhørende enhedsomkostninger (DRG-takster).

Data som anvendes til at estimere andelen, som oplever hver af de uønskede hændelser, skal være de samme, som der opgøres i afsnittet for klinisk effekt og sikkerhed. Der skal som udgangspunkt kun inkluderes omkostninger til håndtering af uønskede hændelser af grad ≥ 3 , hvor forskellen mellem intervention og komparator er ≥ 3 %-point. Hvis hændelserne ikke er *common terminology criteria for adverse events* (CTCAE)-graderede, kan alvorlige uønskede hændelser (SAE) anvendes i stedet. Eventuelle afvigelser skal begrundes.

3.2 Øvrige hospitalsomkostninger

I tilfælde hvor der er relevante hospitalsomkostninger, som ikke falder indenfor de øvrige kategorier, fx. diagnostiske test, kan disse inkluderes.

Diagnostiske test

I tilfælde hvor en anbefaling af et nyt lægemiddel kræver, at der introduceres en ny diagnostisk test for at identificere de patienter, der er kandidater til behandlingen, skal testomkostningerne til at identificere én patient inkluderes i analysen som den gennemsnitlige testomkostning per patient. Det betyder, at testomkostningerne altid skal beregnes som de samlede testomkostninger for hele populationen delt med antallet af patienter, som identificeres som værende kandidater til behandlingen på baggrund af testen.

Palliativ behandling

Omkostninger til palliativ pleje skal ikke inkluderes. Dette skyldes, at den palliative indsats varierer meget og tilpasses den enkelte patients sygdom og behandlingsforløb både på og udenfor hospitalet, og at evidensen for hvilken behandling patienterne reelt modtager er sparsom.



3.3 Valg af DRG-takster

De relevante DRG-takster kan findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside og/eller ved brug af Sundhedsdatastyrelsens værktøj "Interaktiv DRG" (Sundhedsdatastyrelsen, 2025b, 2025a). DRG-taksterne dækker over sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter inden for hver DRG-gruppe og er inklusive løn, utensilier, blodprøver, test mv., og derfor skal disse enkeltkomponenter ikke tillægges særskilt, hvis de foretages samme dag som øvrige kontakter. DRG-taksterne skal kun tilskrives som én takst per hospitalsbesøg, svarende til ét DRG-sygehusforløb. Fx skal kontakter, som ligger inden for 4 timer af hinanden, indgå i samme DRG-sygehusforløb, jf. DRG-takstvejledningen, se også eksempel i Boks 2.

Det skal altid angives, hvilke diagnose- og procedurekoder som er anvendt til at finde frem til DRG-gruppen. Hvis andre patientoplysninger er relevante for DRG-gruppen, skal disse ligeledes angives, fx alder eller varigheden af kontakten.

Tabel 1. Eksempel på brug af DRG-takster med to kontakter

Kontakter	Antal takster
Mandag: Blodprøve kl. 8 Tirsdag: CT-scanning kl. 10	To takster (to forløb da >4 timer mellem kontakterne)
Mandag: Blodprøve kl. 8 Mandag: CT-skanning kl. 10	Én takst (ét forløb da ≤ 4 timer mellem kontakterne)

Boks 2 Eksempel – valg af DRG-takst for uønskede hændelser vha. Interaktiv DRG

Ved valg af DRG-takst for uønskede hændelser skal den væsentligste årsag til patientens hospitalsforløb, dvs. den uønskede hændelse, angives under "Valgte diagnoser", hvorefter patientens tilgrundliggende diagnoser, fx brystkræft, angives i samme felt. Herved vil den uønskede hændelse blive patientens aktionsdiagnose ("A"), og patientens tilgrundliggende diagnoser blive bidiagnoser ("B"). Eventuelle procedurer registreres under "Valgte procedurer".

3.3.1 Afbigelse fra brug af DRG

Ansøger kan supplere med en sundhedsøkonomisk analyse baseret på en mikrobaseret tilgang, hvis det er nødvendigt for fyldestgørende at belyse ressourceforbruget. Denne skal alene indsendes som et supplement, og i den sundhedsøkonomiske model skal det være muligt at vælge mellem brug af DRG-takster og mikrobaseret tilgang. Anvendes en mikrobaseret tilgang, skal alle relevante enkeltkomponenter af ressourceforbruget opgøres og værdisættes. Enkeltkomponenterne kan omfatte personaletid, omkostninger til blodprøver, overheads og utensilier mv. Til værdisætning af personalets tid skal de seneste løndata fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor anvendes (KRL, 2025). Værdisætningen skal baseres på en antagelse om, at en medarbejder i gennemsnit har 94 effektive arbejdstimer på en måned.



4. Patientomkostninger

4.1 Patienttid

I både cost-utility analyser og omkostningsminimeringsanalyser skal ansøger inkludere omkostninger til patienttid for patienter og/eller pårørende ud fra retningslinjerne angivet i Tabel 2. Ved inklusion af omkostninger til patienttid skal tidsforbrug og værdisættelsen af tidsforbruget følge anvisningerne i afsnit 4.1.1 og 4.1.2.

Tabel 2. Inklusion/eksklusion af omkostninger til patienttid

Aktivitet	Inklusion/eksklusion	Retningslinje
Behandlingsadministration, monitorering, ikke-indlæggelseskærende sygdomshåndtering og transporttid	Inkluderes	Patienttid til disse aktiviteter skal altid inkluderes, fordi Medicinrådet antager, at patienterne kunne have brugt tiden på anden nyttiggivende aktivitet. Medicinrådet forventer ikke, at livskvalitetsmålingerne opfanger nytteabet forbundet med patienternes tidsforbrug til disse aktiviteter. Spørgeskemaer til måling af helbredsrelateret livskvalitet afdækker sjældent patienternes besvær vedr. tidsforbrug til disse aktiviteter og generelt uddeles spørgeskemaerne ikke ved samtlige administrations- og behandlingsaktiviteter.
Indlæggelse	I nogle tilfælde	Patienttid til indlæggelse skal inkluderes, hvis patienten er indlagt pga. monitorering. Hvis patienten er indlagt pga. dårlig almen tilstand, da skal patienttid <i>ikke</i> inkluderes.
Uønskede hændelser	Ekskluderes	Patienttid til håndtering af uønskede hændelser skal <i>ikke</i> inkluderes, da Medicinrådet forventer, at behandlingskrævende uønskede hændelser vurderes at være af så alvorlig karakter, at patientens tid ikke kunne være brugt på anden nyttiggivende aktivitet. Desuden er det muligt at inkludere fald i helbredsrelateret livskvalitet forbundet med uønskede hændelser (disutilities) separat i den sundhedsøkonomiske analyse.



Aktivitet	Inklusion/eksklusion	Retningslinje
Hjemmebehandling	I nogle tilfælde	Patienttid til hjemmebehandling skal inkluderes, hvis patienten forventes at være siddende eller sengeliggende under administration af lægemidlet. Hvis patienttiden forventes at være under 10 minutter dagligt, da skal patienttiden ikke inkluderes.
Efterfølgende behandling	I nogle tilfælde	Patienttid relateret til efterfølgende behandling skal kun inkluderes, hvis der på tværs af behandlingsarmene forventes at være <i>større</i> forskelle i forekomst og ressourceforbrug. <i>Hvis patienttid for efterfølgende behandling inkluderes, da gælder alle retningslinjerne fra de øvrige rækker i tabellen fortsat.</i>
Patienttid for pårørende	I nogle tilfælde	Patienttid for alle aktiviteter (inkl. indlæggelse) skal inkluderes for én pårørende, hvis patienten altid forventes at være ledsaget. F.eks. ved behandling af børn eller demente med behov for ledsager. Ved inklusion af patienttid for pårørende til børn, skal patienttid for pårørende ekskluderes på det tidspunkt, at patienten er nået en gennemsnitsalder >18 år i den sundhedsøkonomiske model. <i>Hvis patienttid for pårørende inkluderes, da gælder alle retningslinjerne fra de øvrige rækker i tabellen fortsat.</i>



Boks 3 Baggrund for anvisninger vedr. patienttid

Omkostninger til patienttid inkluderes for at kompensere for det tab af livskvalitet patientens tidsforbrug er forbundet med. Ved inklusion af omkostninger til patienttid bør følgende være opfyldt:

1. Patientens almentilstand under den pågældende aktivitet er så god, at patienten ville kunne have udført anden nyttelig aktivitet (fritid eller arbejde) i fravær af aktiviteten, og derfor er der et nyttetab forbundet med patienttiden brugt på aktiviteten. *F.eks. hvis patienten kan arbejde, tage ud og handle eller indgå i sociale sammenhænge, hvis ikke patienten skulle modtage behandling.*

Og

2. Livskvalitetsmålingen forventes ikke at opfange nyttetabet forbundet med patienttiden. *F.eks. hvis livskvalitets instrumentet ikke er følsomt nok til at opfange nyttetabet eller hvis der er for langt mellem målingerne til, at det er realistisk, at nyttetabet for patienttid opfanges af målingerne.*

I praksis er det svært at afgøre om 1) og 2) er opfyldt, og derfor anvender Medicinrådet retningslinjerne i Tabel 2 på tværs af alle sager med henblik på at sikre ensartet håndtering, og undgå udfordringer forbundet med dobbelttælling eller manglende inklusion af relevante patientomkostninger.

4.1.1 Bestemmelse af tidsforbrug

Bestemmelse af tidsforbruget skal tage udgangspunkt i det estimerede antal timer ud fra følgende retningslinjer:

Lægemiddeladministration

Lægemidlets produktresumé eller dispenseringsforslag, som kan findes på pro.medicin.dk, skal danne grundlag for det forventede tidsforbrug ved lægemiddeladministration af intravenøse behandlinger. Afvigelser herfra skal grundigt begrundes. I tillæg til administrationstid skal der inkluderes tid til opstart af behandling samt evt. efterfølgende observation.

Monitorering og sygdomshåndtering

Alle ambulante besøg (med undtagelse af mindre tidskrævende rutinemæssig monitorering) tilskrives et tidsforbrug på 1 time og dækker både ventetid og selve besøget. Mindre tidskrævende rutinemæssig monitorering tilskrives et tidsforbrug på 30 minutter, fx blodprøver og EKG. Hvis fx EKG og blodprøver tages samme dag, da tilskrives max 30 minutter i alt.

Et døgn hospitalsindlæggelse skal tilskrives et tidsforbrug på 16 timer, under antagelse af at patienten sover i 8 timer, og disse 8 timer ikke kan bruges på anden nyttelig aktivitet, hvis patienten ikke var indlagt.



Transport

Tidsforbruget på transport til/fra hospitalet skal baseres på en gennemsnitlig afstand på 20 km til hospitalet svarende til et tidsforbrug på 90 minutter pr. hospitalsbesøg. Det skal fremgå, hvis det antages, at én eller flere kontakter vil foregå ved samme hospitalsbesøg, således at transporttid ikke dobbelttælles.

Pårørende

Tidsforbruget for én pårørende kan inkluderes i særlige tilfælde, hvis patienten forventes ledsaget på hospitalet, fx ved behandling af børn eller demente med behov for ledsager.

4.1.2 Værdisætning af tidsforbrug

Med udgangspunkt i den gennemsnitlige timeløn for en lønmodtager i Danmark før skat (Danmarks Statistisk, 2025) og en gennemsnitlig skattesats på 32¹ % (Skatteministeriet, 2025) skal patienternes tid værdisættes til 200 DKK/time.

4.2 Transportomkostninger

Transportomkostningerne skal inkluderes for hvert hospitalsbesøg. På baggrund af statens aktuelle satser for skattefri kørselsgodtgørelse, og en antagelse om at afstanden til hospitalet er 20 km hver vej, værdisættes transportomkostningerne i forbindelse med ét hospitalsbesøg til 150² DKK (KL, 2016; Skat.dk, 2025). Transportomkostninger skal inkluderes, uanset om patientens tidsforbrug inkluderes eller ej, og afhænger således ikke af, om tiden kan anvendes til anden nyttegivende aktivitet.

5. Øvrige omkostninger

I nogle tilfælde kan det være relevant at inkludere øvrige omkostninger, fx omkostninger dækket af den offentlige sygesikring eller kommunale omkostninger. Hvis andre omkostninger inkluderes, skal der gives en begrundelse herfor, og alle antagelser, beregninger og kilder skal opfylde samme krav, som er angivet for alle øvrige omkostningselementer.

Alment praktiserende læge og speciallæge

Eventuelt ressourceforbrug ved besøg hos alment praktiserende læge og speciallæger skal estimeres på baggrund af den senest tilgængelige overenskomst mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn for almen praksis, eller Foreningen af Speciallæger (FAS) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn for speciallægeområdet (FAPS, 2025; PLO, 2025).

¹ Gennemsnitsskatten for personer med en indkomst i intervallet fra 300.000 og 600.000 kr.

² Satsen for skattefri kørselsgodtgørelse, 2025 (egen bil eller motorcykel indtil 20.000 km/år) 3,81 kr./km * 40 km



6. Referencer

- Danmarks statistik. (2025, October). *Nettoprisindeks*.
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/oekonomi/prisindeks/nettoprisindeks>
- Danmarks Statistik. (2025). *LONS20*.
<https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=LONS20>
- FAPS. (2025). *Takstkort*. <https://laeger.dk/foreninger/faps/takster/takstkort>
- KL. (2016). *Afstand til nærmeste sygehus: Fugleflugt eller vejafstand?*
<https://www.kl.dk/media/qwmh5kqs/afstand-til-naermeste-sygehus-fugleflugt-eller-vejafstand.pdf>
- KRL. (2025). *Kommunernes og regionernes løndatakontor*. KRL.
<https://www.krl.dk/#/main>
- Lægemiddelstyrelsen. (2025, November). *Medicinpriser*. <https://medicinpriser.dk/>
- PLO. (2025). *Honorarer og ydelser*. <https://laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/honorarer>
- Skat.dk. (2025). *Rejse og kørselsgodtgørelse - skattepligtig og skattefri*.
<https://skat.dk/erhverv/ansatte-og-loen/koerselsgodtgoerelse/koerselsgodtgoerelse-skattepligtig-og-skattefri>
- Skatteministeriet. (2025). *Skatteøkonomisk redegørelse 2025*.
<https://Skm.Dk/Media/0ykkq4f0/Skatteoekonomisk-Redegoerelse-2025.Pdf>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2025a). *Interaktiv DRG*. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/sundhedsoekonomi/drg/drg-gruppering/interaktiv-drg>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2025b). *Sundhedsøkonomi - DRG-systemet*.
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/sundhedsoekonomi>



7. Appendix

7.1 Eksempler på opgørelse af dosisfordeling

Tabel 3: Dosisfordeling og kombinationer af tabletter ved en given dosis [Lægemiddel A]

			Kombinationer af tabletter ved en given dosis	
	Kumulative dage med en given dosis	Andel dage med given dosis	[Pakning A, 5 mg]	[Pakning B, 10 mg]
Fx 5 mg	Fx 5000	5 %	1	0
Fx 10 mg	70000	70 %	0	1
Fx 15 mg	20000	20 %	1	1
Pauseringer (andel dage med 0 mg før evt. behandlingsstop)	5000	5 %	0	0
Gennemsnitlig dosis			10,3 mg	

Tabel 4. Dosisfordeling og kombinationer af hætteglas ved en dosis på 1,5 mg/kg [Lægemiddel B]

			Kombinationer af hætteglas ved en given dosis	
Dosis	Maks. vægt for given dosis	Andel patienter med en given dosis	[Hætteglas A, 40 mg]	[Hætteglas B, 80 mg]
Fx 40 mg	27	0 %	1	0
Fx 80 mg	53	10 %	0	1
Fx 120 mg	80	49 %	1	1
Fx 160 mg	107	37 %	0	2
Fx 200 mg	133	4 %	1	2
Gennemsnitligt antal			0,53	1,40



8. Versionslog

Versionslog

Version	Dato	Ændring
1.0	6. februar 2026	Godkendt og offentliggjort.

Medicinrådets sekretariat

Medicinrådet Dampfærgevej 27-29, 3. th
2100 København Ø

+ 45 70 10 36 00
medicinraadet@medicinraadet.dk

www.medicinraadet.dk