



# Innholdsfortegnelse

<b>Bakgrunn og formål .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Ulike kilder .....</b>	<b>3</b>
1.1 Innsatsstyrt finansiering (ISF):.....	3
1.2 Kostnader vedrørende ulike polikliniske undersøkelser.....	4
<b>2. Enhetskostnader .....</b>	<b>5</b>
2.1 Verdien av tid.....	5
2.2 Infusjon .....	6
2.2.1 Administrasjon – Intravenøs.....	6
2.2.2 Administrasjon – Subkutan.....	8
2.3 Reise – transport .....	9
2.4 Sykehus – Liggedøgn.....	10
2.5 Palliativ behandling og behandling i livets slutfase .....	12
<b>3. Prognoser og indekser .....</b>	<b>14</b>
<b>Referanser.....</b>	<b>15</b>
<b>Endringslogg .....</b>	<b>16</b>

# Bakgrunn og formål

Hensikten med dette dokumentet er å samle relevante kilder for enhetskostnader til bruk i helseøkonomiske analyser for å sikre en enhetlig tilnærming til å beregne enhetskostnader. I dette dokumentet vil Direktoratet for medisinske produkter (DMP) henvise til kildene hvor det er hentet informasjon, og begrunne valg DMP har tatt ved estimering av satser. Dokumentasjonsrapporten og tilhørende Excel-ark for enhetskostnader skal sørge for at relevante aktører som DMP, legemiddelindustrien og Sykehusinnkjøp enkelt kan basere sine beregninger på samme kilder.

Innholdet i dette dokumentet og tilhørende Excel-ark må ses på som veiledende og det anbefales at det alltid gjøres en vurdering av om enhetskostnaden er representativ i den aktuelle metodevurderingen. Det kan være en rekke forhold som tilsier avvik fra enhetskostnadene slik det her er skissert. I de tilfellene må dette belyses og redegjøres for ved bruk av andre enhetskostnader. Dette dokumentet er et tillegg til DMPs retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler, siste oppdatert versjon finnes [her](#).

DMP foretrekker generelt at publiserte kilder brukes som kilde for enhetskostnader, eks DRG koder, evt. supplert av uttalelser fra kliniske miljøer. Videre presenteres utvalgte kilder. I tillegg er [Legemiddelsok.no](#) en foretrukket kilde for maks AUP priser for legemidler.

Denne dokumentasjonen og tilhørende Excel-ark oppdateres kontinuerlig og det anbefales å sjekke [dmp.no](#) for siste oppdatert versjon.

# 1. Ulike kilder

## 1.1 Innsatsstyrt finansiering (ISF):

ISF (1) er en aktivitetsbasert finansieringsordning fra staten til de regionale helseforetakene (RHF) for somatisk spesialisthelsetjeneste (DRG, se under), samt for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB).

Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene.

DRG prøver å håndtere en kompleks virkelighet, hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger.

Det er stort spennvidde mellom grupper i DRG. Man kan ha egen gruppe for enkeltprosedyre (som for eksempel innleggelse av ventilasjonsrør i trommehinnen eller dialyse). Man kan også ha én og samme gruppe som inneholder alle typer operasjoner av pasienter med en infeksjonssykdom. DRG brukes på gruppenivå.

Hovedtilstanden (= pasientens hovedtilstand kodet etter ICD-10) har stor betydning for korrekt DRG-plassering ved at den styrer det første valget til rett organsystem.

Bitilstander (= andre tilstander kodet etter ICD-10) har mindre betydning. Variabelen styrer i all hovedsak valget mellom komplisert eller ukomplisert DRG.

Kodeveiledningen som Helsedirektoratet publiserer årlig regulerer hvordan hovedtilstand skal velges, og hva som skal registreres som andre tilstander.

En nærmere beskrivelse av ISF og DRG systemet og anvendelse av koder finnes [her](#):

Følgende tabeller kan være relevante ved helseøkonomiske analyser:

- [DRG-liste \(XLS\)](#)
- [STG-liste \(XLS\)](#)<sup>1</sup>
- [TFG-liste \(XLS\)](#)<sup>2</sup>
- [Grunnlagsdokumentet ISF 2020](#) (PDF)
- [Endringslogg fra foreløpig til endelig regelverk](#) (PDF)
- [ISF 2020 - Presiseringer og avklaringer](#) (PDF)

<sup>1</sup> Særtjenester

<sup>2</sup> Tjenesteforløp

## 1.2 Kostnader vedrørende ulike polikliniske undersøkelser

Poliklinikkforskriften (2) beskriver refusjonskategorier og –satser for ulike undersøkelser. Satsene gjelder ved vanlig polikliniske konsultasjoner og kortvarig observasjon, altså når pasienten ikke er innlagt ved et sykehus.

HELFO har laget en excel-oversikt over ulike takster ved ulike polikliniske tester. Se mer informasjon [her](#).

## 2. Enhetskostnader

### 2.1 Verdien av tid

Den gjennomsnittlige timelønnen for ulike yrkesgrupper og generelt for befolkningen er hentet fra lønnsstatistikken til SSB. Bruttomånedslønn er hentet fra tabell 11418: Yrkesfordelt månedslønn, etter statistikksmål, yrke, sektor, statistikkvariabel og år. Det er valgt gjennomsnittlig månedslønn (kr) i 2019 for alle sektorer og stillingskodene 2211 Allmennpraktiserende leger, 2212 Legespesialist, 2221 Spesialsykepleier, 2223 Sykepleier (3).

Tabell 1: Gjennomsnittlig månedslønn - Ulike yrkesgrupper

Gjennomsnittlig månedslønn (2019 kroner)	
2211 Allmennpraktiserende leger	70 410
2212 Legespesialister	85 180
2221 Spesialsykepleiere	50 110
2223 Sykepleiere	46 810
Gjennomsnittlig månedslønn for kvinner og menn, generelt for alle yrkesaktive i Norge	47 290

For å finne timelønn omgjøres månedslønn til kostnad per time. Det forutsettes at turnus innebærer 95 % av et normalt arbeidsårs timer. En normal uke er 37,5 time, en uke i turnus som er 95 % er ca. 35,5 timer. Det tilsvarer 1846 timer per år ( $35,5 \cdot 52$ ). Ved fratrukk av 5 ferieuker ( $35,5 \text{ time} \cdot 5 \text{ dager}$ ), 5 helge- og høytidsdager ( $7,1 \text{ time} \cdot 5$ ) og 1,5 erstatningsdag for lovbestemt fridag som faller på helge- eller høytidsdag mellom to søndager ( $7,1 \text{ timer} \cdot 1,5 \text{ dag}$ ) ender man opp med 1662,5 timer per år. Det tilsvarer 138,5 timer per måned ( $1662,5/12$ ) (4). Generelt benyttes 1750 timer per utført årsverk (ekskludert ferie) (5). Det er antatt et tillegg på månedslønnen for å ivareta arbeidsgiveravgiften og andre sosiale kostnader. Arbeidsgiveravgiften er en avgift som arbeidsgivere må betale for sine ansatte som en del av finansieringen av folketrygden. Avgiften er regionalt differensiert (6). Den gjennomsnittlige satsen for arbeidsgiveravgiften i Norge er på om lag 13 prosent (7). Sosiale kostnader skal dekke andre kostnader i tilknytning ved å ha en ansatt, f.eks. pensjonskostnader, yrkesskadeforsikring, velferdskostnader (kurs, ulykkesforsikringer, subsidiert kantine, gaver til ansatte, julebord eller andre sosiale sammenkomster) og forventet sykefravær. En tommelfingerregel er at man finner forventet totale kostnader ved å legge til 20 – 30 % på brutto årslønn (8). De sosiale kostnadene er usikre og vi velger å legge til grunn 25 %. Det er ikke inkludert dødtid i anslagene for verdien av tid. Dødtid bør inngå i anslagene for tid i metodevurderingen og verdsettes med enhetskostnaden. For å finne gjennomsnittlig netto lønn er det tatt utgangspunkt i månedslønnen og trukket fra skatt. Det er mange faktorer som påvirker reel skattesats, men det er antatt at det er ca. 27 % basert på utfylling i skatteetaten sin skattekalkulator (9).

## 2.2 Infusjon

Administrasjonskostnader ved infusjon er samlet inn av Sykehusinnkjøp HF, avdeling LIS, i 2018, og tar utgangspunkt i monoklonale antistoffer av ulike legemidler. Arbeidet ble gjennomført for å finne en representativ gjennomsnittlig kostnad for hhv. intravenøs og subkutan administrasjon av monoklonale antistoffer i forbindelse med anbud på disse legemidlene.

LIS har fått informasjon fra Kreftklinikken ved Oslo universitetssykehus HF og det har blitt gjennomført en kvalitativ masteroppgave hvor administrasjonskostnader ved subkutan infusjon av rituksimab og trastuzumab har blitt undersøkt (10).

Kostnader til administrasjon og apotektilvirkning av andre legemidler kan variere.

### 2.2.1 Administrasjon – Intravenøs

Tabell 2 og Tabell 3 oppsummerer infusjonskostnader beregnet for Infusjonsenheten, Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus. Infusjonstiden av disse monoklonale antistoffene er mellom 30-60 minutter, i tillegg er observasjon etter administrasjon aktuelt i noen tilfeller. Ved lengre infusjonstid av andre legemidler enn de som er angitt under kan gjennomsnittskostnaden ved infusjonsenheten derfor være høyere. Noen behandlinger gis ikke poliklinisk, men over flere dager hvor pasienten er lagt inn på sykehusavdeling. Man kan da regne med at kostnaden per liggedøgn absorberer infusjonskostnadene.

Tabell 2: Gjennomsnittskostnad ved Infusjonsenheten, Kreftklinikken - Oslo universitetssykehus HF

Kostnader (2018 kroner)	Kommentar	Kilde
1756	Regnskapsførte kostnader ved Infusjonsenheten i 2017, eksklusive medikamentkostnader og øvrige kostnader fra Sykehusapotekene (arbeidspriser, engangsutstyr og tilsetningsstoffer) delt på antall behandlinger ved infusjonsenheten i 2017. Gjennomsnittskostnad 2017 var 1705, kostnaden er oppjustert med 3 prosent for å ta høyde for lønns- og prisstigning i 2018.	Kreftklinikken - Oslo universitetssykehus HF

Tabell 3: Infusjonskostnader per medikament - Intravenøs

Infusjonskostnader per medikament (2018 kroner)	Pembrolizumab eller nivolumab	Atezolizumab	Trastuzumab/Herceptin til infusjon	Rituximab/MabThera til infusjon
Gjennomsnittskostnad ved infusjonsheten	1756	1756	1756	1756
Arbeidskostnader fra sykehusapotek	499	499	499	499
Engangsutstyr	106	127	127	107
Tilsetningsstoffer	6	7	7	8
Sum infusjonskostnader	2367	2389	2389	2370
<b>Gjennomsnitt</b>	<b>2378,75</b>			

Et gjennomsnitt av infusjonskostnadene i Tabell 3 inneholder tidsbruk for helsepersonell, produksjon på apotek, engangsutstyr og kostnader for tilleggsmedikasjon. Det er antatt overheadkostnader på 25 % som skal dekke andre typer utgifter som ledelse (på flere nivåer), renhold, lokalleie, strøm etc.(10). I Tabell 4 er de gjennomsnittlige infusjonskostnadene oppjustert 25 % for å ta hensyn til overheadkostnader.

Tabell 4: Infusjonskostnader - Intravenøs

Infusjonskostnader – Intravenøs (2018 kroner)		
Sum infusjonskostnader, inkludert 25 %	2378,75*1,25	<b>2973</b>

## 2.2.2 Administrasjon – Subkutan

Det er beregnet en generell gjennomsnittskostnad for administrasjon av en subkutan infusjon av et monoklonalt antistoff (rituksimab eller trastuzumab). Kostnaden er basert på tidskostnaden av at det administreres av en sykepleier (10). Kostnaden for en sykepleier er rundet opp til 600 kr, basert på informasjon fra OUS. Dette vurderes som et for høyt estimat, men er likevel benyttet i beregningene.

Tabell 5: Tidskostnader sykepleier - subkutan

Sykepleierkostnad – subkutan injeksjon (2018 kroner)		Kilde
Tidsbruk (min - time)	15 min – 0,25 time	(10)
Timekostnad (kr/t)	600	
Kostnad	150 (600*0,25)	

Tabell 6: Infusjonskostnader per medikament - Subkutan

Tidsbruk – subkutan injeksjon (2018 kroner)	Rituximab	Trastuzumab
Sykepleierkostnad	150	150
Arbeidskostnader fra sykehusapotek	0	0
Engangsutstyr	25	25
Tilsetningsstoffer	0	0
Sum infusjonskostnader	175	175

Det er antatt en kostnad for sykepleier og engangskostnader. I tillegg er det antatt en overheadkostnad på 25 %. I Tabell 7 er den gjennomsnittlige kostnaden for subkutan administrasjon presentert.

Tabell 7: Infusjonskostnader - Subkutan

Infusjonskostnader – Subkutan (2018 kroner)		
Sum infusjonskostnader, inkludert 25 %	175*1,25	<b>219</b>

## 2.3 Reise – transport

Transportkostnader knyttet til reiser til og fra behandling kan være aktuelt å inkludere i den helseøkonomiske analysen, for eksempel ved poliklinisk behandling på sykehus. Fra Pasientreiser HF er det mottatt kostnadstall som viser transportkostnad for helseforetakene og HELFO, etter at egenbetalingen til pasient er trukket fra. Dataene er hentet fra Statusrapportering til AD-møtet 2020.

Reiser med rekvisisjon vil si en reise hvor behandler rekvirerer en reise på medisinsk grunnlag (medisinsk grunn til at pasient ikke kan reise på eget initiativ) evt. hvor pasientreisekontoret gjøre dette på trafikalt grunnlag. En reise uten rekvisisjon er der hvor pasienten gjennomfører reisen for så å sende et krav om dekning i etterkant.

Beregning av snittkostnad besøk per pasient én vei er vist i Tabell 8. For en behandling vil kostnaden være det dobbelte, da det er tur og retur. Vi antar at det er reiser med rekvisisjon som utgjør de fleste reiser innenfor segmentet poliklinisk behandling på sykehus

Tabell 8: Pasientreise

	Totalt	PHT <sup>3</sup>	SHT <sup>4</sup>	Kostnad per rekvisisjon/reise SHT (2020 kroner)
Netto transportkost RMR <sup>5</sup> (HF og HELFO)	1 818 371 558	606 123 852	1 212 247 706	726
Antall rekvisisjoner	3 341 781	1 670 891	1 670 891	
Netto transportkost RUF <sup>6</sup> (HF og HELFO)	532 359 674	266 179 837	266 179 837	113
Antall reiser	3 529 224	1 176 408	2 352 816	

<sup>3</sup> PHT: Primærhelsetjenesten

<sup>4</sup> SHT: Spesialisthelsetjenesten

<sup>5</sup> RMR: Reise med rekvisisjon

<sup>6</sup> RUF: Reise uten rekvisisjon

## 2.4 Sykehus – Liggedøgn

Kostnader for liggedøgn på sykehus varierer en del i metodevurderinger og kostnaden avhenger av hva slags type behandling pasienten mottar. Det er samlet informasjon om ulike kilder som kan benyttes ved estimering av kostnaden for et gjennomsnittlig liggedøgn på sykehus og et intensivdøgn på sykehus.

I studien fra Lindemark et al. (2017) ble gjennomsnittskostnad til intensivdøgn sammenlignet med et generelt sykehusdøgn i Norge (11). Dataen er innhentet fra fire sykehus i Norge etter personlig intervju med fire representanter fra sykehusene (vedlegg 2, s. 6) (12). Basert på den innhentede dataene har de kommet frem til gjennomsnittskostnader, og et spenn for minimum og maksimum kostnader. I metodevurderingen av Yescarta og Kymriah har DMP benyttet samme fremgangsmåte som beskrevet i Lindemark et al. (2017) for å beregne kostnader for dag 1, dag 2, dag 3 og videre (11, 13, 14). Der antas det at dag 1 er 3 ganger dyrere enn dag 3 og dag 2 er 1,5 gang dyrere enn dag 3. Når maks pris per døgn er 70 000 kr for intensivdøgn og 12 000 kr generelt er det beregnet kostnader for dag 2 og 3 med dette som utgangspunkt. En oversikt over kostnadene som er referert til i Lindemark et al. og DMP sin metodevurdering av Yescarta og Kymriah er vist i Tabell 9. Vi antar at kostnadene er oppgitt i 2017 kroner.

Tabell 9: Kostnader liggedøgn sykehus (Kilde: Lindemark et al.)

Sykehus	Kostnad (2017 kroner)	Kilde/beregning
Liggedøgn - Generelt, min	4 000	Lindemark et al (2017), Additional file 2 (12)
Liggedøgn - Generelt, maks	12 000	Lindemark et al (2017), Additional file 2 (12)
Liggedøgn - Generelt, gjennomsnitt	8 000	Lindemark et al (2017), Additional file 2 (12)
Liggedøgn - Generelt - Dag 1	12 000	12 000
Liggedøgn - Generelt - Dag 2	6 000	$4\,000 * 1,5 = 6\,000$
Liggedøgn - Generelt - Dag 3 og videre	4 000	$12\,000 / 3 = 4\,000$
Liggedøgn - Intensivdøgn, min	30 000	Lindemark et al (2017), Additional file 2 (12)
Liggedøgn - Intensivdøgn, maks	70 000	Lindemark et al (2017), Additional file 2 (12)
Liggedøgn - Intensivdøgn, gjennomsnitt	50 000	Lindemark et al (2017), Additional file 2 (12)
Liggedøgn - Intensivdøgn - Dag 1	70 000	70 000 (13, 14)
Liggedøgn - Intensivdøgn - Dag 2	35 000	$23\,333 * 1,5 = 35\,000$ (13, 14)
Liggedøgn - Intensivdøgn - Dag 3 og videre	23 333	$70\,000 / 3 = 23\,333$ (13, 14)

I arbeidet med samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak (covid-19) er det benyttet andre kilder for vurdering av kostnaden for et gjennomsnittlig liggedøgn på sykehus og et intensivdøgn på sykehus (15). Det ble satt sammen en ekspertgruppe våren 2020 for å gjøre samfunnsøkonomiske analyser av smitteverntiltak i forbindelse med Covid-19 som skulle inngå som en del av regjeringens beslutningsgrunnlag for videre tiltak. Oppdragsgiver er Helsedirektoratet og arbeidet ble ledet av Steinar Holden.

I vurderingen har ekspertgruppen anslått kostnad for et gjennomsnittlig liggedøgn basert på SAMDATA som viser et gjennomsnitt på ca. 17 000 kr (2017 kroner) (16). Det er benyttet en prisjustering på 3 prosent, slik at kostnaden justeres til ca. 18 000 kr (2019 kroner). For å finne kostnaden for intensivbehandling har ekspertgruppen følgende argumentasjon:

«DRG-systemet kan i prinsippet brukes for å anslå ressursbehov for sykehusbehandling. Det er imidlertid grunn til å tro at systemet i liten grad fanger opp det reelle behovet knyttet til intensivbehandling. Analyser som er gjennomført på pasienter fra Helse Bergen og St Olav tyder på at de mest ressurskrevende intensivpasientene har en reell ISF vekt på 15, basert på Dahlen (2018) (17). Dette er benyttet i våre anslag. Utgangspunktet er en gjennomsnittlig behandlingstkostnad ved norske sykehus i 2018 på kroner 50 500. Denne prisjusteres med tre prosent per år, og multipliseres med kostnadsvekten på 15. Vi får da et anslag på om lag 800 000 kroner per intensivpasient.»

Det er i tabell 3-3 i rapporten fra ekspertutvalget en forutsetning at varigheten av sykehusopphold er 6+10 dager. For å beregne en gjennomsnittlig kostnad per dag på intensivdøgn deles 800 000 kr på 16 dager. Kostnad per dag blir dermed 50 000 kr. Vi antar at kostnaden er oppgitt i 2019 kroner.

Sammenligner vi kostnadene beregnet fra Lindemark et al. og ekspertgruppen i forbindelse med beregning av samfunnsøkonomiske vurdering av smitteverntiltak under covid-19 samsvarer kostnadene per døgn for intensivdøgn. Kostnadene for gjennomsnittlig liggedøgn basert på SAMDATA er høyere enn det Lindemark et al. kommer frem til. DMP tar utgangspunkt i tallene som er estimert av ekspertutvalget til bruk i enhetskostnadsdatabasen. Kostnader for liggedøgn på sykehus er usikre, og det skal jobbes videre med å se på kilder for estimering av disse kostnadene. Tallene som ligger til grunn i enhetskostnadsdatabasen er vist i Tabell 10.

Tabell 10: Kostnader liggedøgn sykehus (Kilde: Ekspertutvalget - Holden)

Sykehus	Kostnad	Kilde/beregning
Liggedøgn - Generelt	17 000 (2017 kroner)	Ekspertutvalget, Holden (15) - SAMDATA
Liggedøgn - Intensivdøgn	50 000 (2019 kroner)	Ekspertutvalget, Holden (15) – 800 000/16=50 0000

## 2.5 Palliativ behandling og behandling i livets slutfase

Det kan være relevant å inkludere kostnader ved palliativ behandling og/eller behandling i livets slutfase i metodevurderinger hvor pasientene i løpet av den modellerte tidshorizonten avslutter livsforlengende eller årsakskorrigerende behandling og dør.

### Livets slutfase

«Når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager» (18)

Det er fra tidligere metodevurderinger ofte benyttet en kostnad for livets slutfase, men med ulike kilder. Slike kostnader kan også betegnes som terminale kostnader. DMP har kommet frem til en enhetskostnad som kan brukes for livets slutfase basert på en DRG kode og varighet. Vi antar at pasienter kan være i livets slutfase i opptil 14 dager og at de mottar palliativ behandling i denne fasen hjemme. Kostnaden er basert på DRG 959W (palliativ dagbehandling i regi av palliativt senter) med vekt 0,098 i 2022 (koden var tidligere 0,108 i 2019 og 0,092 i 2020) (19). Kostnaden ved livets slutfase blir:

$$\begin{aligned} \text{Livets slutfase} &= \text{DRG 959W} * \text{Enhetspris 2022} * 14 \text{ dager} = 0,098 * 47742 * 14 \\ &= 65\,502 \text{ kr (2022 kroner)} \end{aligned}$$

Varigheten av livets slutfase kan variere mellom ulike sykdommer, og det kan være vanskelig å beregne disse kostnadene. DMP anbefaler at kostnader ved behandling i livets slutfase beregnes for den aktuelle metodevurderingen eller det konkrete sykdomsområdet hvis det er mulig, og dersom den veiledende kostnaden (over) ikke er anvendelig. I innsendt dokumentasjon for metodevurdering skal det komme frem hvordan eventuell annen kostnad er beregnet. Følgende skal framgå ved beregning av kostnader til behandling i livets slutfase:

- Døgnekostnad og antall liggedøgn på sykehus eller annen relevant institusjon utenfor hjemmet, dersom relevant.
- Døgnekostnad og antall døgn med behandling i eget hjem
- En oversikt over hvordan døgnekostnadene er beregnet:
  - o DRG kode eller f.eks. utgifter til sykepleie, medikamentell og ikke-medikamentell behandling med mer.

Palliativ behandling kan i motsetning til behandling i livets slutfase gå over måneder og år, og palliasjon som begrep absorberer også livets slutfase. I en helseøkonomisk analyse kan det være hensiktsmessig å beregne ulike kostnader for hhv palliativ behandling og behandling i livets slutfase.

### Palliasjon (18):

- Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (WHO, 1999).
- Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (WHO, 2002).

Ved beregning av utgifter til behandling som gis etter intervensjonsbehandlingen i en helseøkonomiske analyse, såkalt etterfølgende behandling, er det ikke nødvendigvis hensiktsmessig å skille mellom ikke-kurativ eller livsforlengende behandling og palliativ behandling, dette må vurderes i den enkelte sak. Hvordan utgifter til palliativ behandling er beregnet skal uansett fremgå på samme måte som for annen etterfølgende behandling:

- Eks dersom pasienten mottar lindrende strålebehandling, beregnes utgifter ut i fra hva en behandling koster ganget med antallet behandlinger.

Helse og Omsorgsdepartementet (HOD) jobber per i dag med en presisering av hva som kan regnes som palliativ fase; en om mulig mer presis definisjon av tidsrommet pasienter befinner seg i palliativ fase kan være en nyttig avklaring ved estimering av kostnader i denne fasen, samt ved vurdering av forhåndsgodkjent refusjon etter Blåreseptforskriften § 2 refusjonskode -90, palliativ behandling i livets slutfase. DMP har avgrenset refusjonskode -90 til å gjelde når kurativ behandling som mål er avsluttet eller umulig (18).

Relevant litteratur:

Helsedirektoratet: Lindrende behandling i livets slutfase (18)

Helsedirektoratet: Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (20)

NOU 2017:16: Palliasjon til alvorlige syke og døende (21)

### 3. Prognoser og indekser

Denne arkfanen benyttes til å prisjustere kroneverdier i arkfane «1.1 Enhetskostnader» til siste året med tilgjengelig statistikk. Når statistikk for konsumprisindeks og bruttonasjonalprodukt publiseres på begynnelsen av et år må statistikken oppdateres i denne arkfanen og siste år med statistikk i celle B10 oppdateres med det aktuelle året.

For at riktig prisjustering skal hentes til «1.1 Enhetskostnader» er det viktig at serien med år og statistikk er markert for et like stort område. Under funksjonaliteten *Navnebehandling* i Excel er det lagt til navnene *StatistikkÅr* som er perioden 2005 – 2022 og *StatistikkKPI* som er et like stort område, selv om det bare er fylt ut statistikk til 2019. Dette er nødvendig for at det skal hentes ut riktig statistikk. Når det legges inn statistikk utover 2022 må man utvide området for navnene slik at det dekker de ekstra årene som legges inn.

I Excel gjøres det slik:

Formler -> Navnebehandling -> *Statistikk...* (Legg inn like stort område for alle statistikk navn)

# Referanser

1. Helsedirektoratet. Innsatsstyrt finansiering og DRG-systemet [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet>.
2. Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften), (2008).
3. SSB. Lønn - 11418: Yrkesfordelt månedslønn, etter sektor, kjønn og arbeidstid 2015 - 2019. 2020.
4. Fagforbundet N, Delta og FO Veileder for årsturnus og utkast til årsturnusavtale. 2017.
5. SSB. Variabeldefinisjon - Utførte årsverk. 2020.
6. Skatteetaten. Arbeidsgiveravgift. 2020.
7. DFØ. Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. 2018.
8. Altinn. Hva koster en arbeidstaker. 2019.
9. Skatteetaten. Skattekalkulator app. 2020.
10. Tran LC. Administrasjonskostnader for ulike formuleringer av rituksimab og trastuzumab i norske helseforetak. En kvalitativ studie. UiT; 2019.
11. Lindemark F, Haaland ØA, Kvåle R, Flaatten H, Norheim OF, Johansson KAJCC. Costs and expected gain in lifetime health from intensive care versus general ward care of 30,712 individual patients: a distribution-weighted cost-effectiveness analysis. 2017;21(1):220.
12. Lindemark F, Haaland ØA, Kvåle R, Flaatten H, Norheim OF, Johansson K. Additional file 2. Model structure and assumptions: 2017 [Available from: file:///H:/Downloads/13054\_2017\_1792\_MOESM2\_ESM.pdf.
13. Statens legemiddelverk. Single Technology Assessment - Kymriah 2018 [Available from: [https://nyemetoder.no/Documents/Rapporter/Tisagenlecleucel%20\(Kymriah\)%20-%20hurtig%20metodevurdering.pdf](https://nyemetoder.no/Documents/Rapporter/Tisagenlecleucel%20(Kymriah)%20-%20hurtig%20metodevurdering.pdf).
14. Statens legemiddelverk. Single Technology Assessment - Yescarta 2018 [Available from: [https://nyemetoder.no/Documents/Rapporter/Axicabtagene%20ciloleucel%20\(Yescarta\)\\_ID2017\\_105%20-%20hurtig%20metodevurdering%20oppdatert.pdf](https://nyemetoder.no/Documents/Rapporter/Axicabtagene%20ciloleucel%20(Yescarta)_ID2017_105%20-%20hurtig%20metodevurdering%20oppdatert.pdf).
15. Helsedirektoratet. Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak (covid-19) - første rapport (7. april 2020) 2020 [Available from: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19/Samfunns%C3%B8konomiske%20virkninger%20smitteverntiltak%20covid-19.pdf/\\_attachment/inline/cf0faf7e-1789-4183-968b-7f230d20b63f:5a06ef046ea00a0ec3881f42eae60fb722621525/Samfunns%C3%B8konomisk%20vurdering%20av%20smitteverntiltak%20-%20covid-19.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19/Samfunns%C3%B8konomiske%20virkninger%20smitteverntiltak%20covid-19.pdf/_attachment/inline/cf0faf7e-1789-4183-968b-7f230d20b63f:5a06ef046ea00a0ec3881f42eae60fb722621525/Samfunns%C3%B8konomisk%20vurdering%20av%20smitteverntiltak%20-%20covid-19.pdf).
16. Helsedirektoratet. Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kvalitet. SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2018 2018 [Available from: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf/\\_attachment/inline/a7be058f-3f52-4f16-a98a-9c621b9a29ff:d16f126d7ca105b03bd34d541b41682d2ffba30b/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf/_attachment/inline/a7be058f-3f52-4f16-a98a-9c621b9a29ff:d16f126d7ca105b03bd34d541b41682d2ffba30b/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf).
17. Dahlen K. Kan bruk av skår for alvorlighet (SOFA) inngå som kriterium i DRG-systemet, og dermed bedre den medisinske relevansen og den ressursmessige homogeniteten i DRG-grupper for intensivpasienter? : NTNU; 2018.
18. Helsedirektoratet. Lindrende behandling i livets slutfase. Nasjonale faglige råd2018.
19. Helsedirektoratet. DRG-liste 2020. 2020.
20. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. 2019.
21. Helse og omsorgsdepartementet. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. NOU 2017:162017.

## Endringslogg

Versjon	Dato	Hva er endret
1.0	25.06.2020	Første versjon av «Dokumentasjon av enhetskostnader» - et tillegg til Excel-ark om enhetskostnader
1.1	03.12.2021	Oppdatering av Reise - transport
1.2	12.08.2022	Oppdatert DRG kode og enhetspris for livets slutfase til 2022
1.3	06.02.2024	Oppdatert navn fra Statens legemiddelverk til Direktoratet for Medisinske Produkter