Kloka kliniska val i ekonomiskt svåra tider

Lars Sandman, professor och föreståndare, Prioriteringscentrum, Linköpings universitet

NT-rådet

LINKÖPINGS UNIVERSITET

Resursutmaning

- Demografisk utmaning
- Nya teknologier – ATMP – ökade läkemedelskostnader
- Personaltillgång en utmaning
- Minskat antal vårdplatser
- Hög efterfrågan hos befolkningen
- Svårt att effektivisera

	1995-2015	2015-2035	2035-2055
0-19 ys	3 %	12 %	3 %
20-64 ys	11 %	4 %	4 %
80-ys	21 %	73 %	29 %

Prioriteringsprinciper

- Prioriteringsutredningen 1995
- Infogade i HSL1997
- Läkemedelsförmånslag 2002
- Finns viss oklarhet vilken status beslut har i de olika lagstiftningarna och vilken vägledning vi kan få

Människovärdesprincipen

- *Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.*
- Likabehandlingsprincip
- Ger egentligen endast vägledning för vad vi inte får ta hänsyn till:
  - Social status/ställning/funktion
  - Ekonomisk ställning
  - Kronologisk ålder
  - Tidigare livsstil

Människovärdesprincipen

- Däremot sägs att vi får ta hänsyn till:
  - Biologisk ålder
  - Framtida livsstil
  - Eftersom detta är kopplat till möjligheten till behandlingsnytta

Behovs- och solidaritetsprincipen

- *Resurserna bör fördelas efter behov*
- Behov – svårighetsgrad och patientnytta – endast behov om man kan få nytta
- Största behoven kopplas till de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten
- Solidaritetsaspekten är dels kopplad till:
  - Utjämning i tillgänglighet och utfall
  - Att svaga gruppers behov ska uppmärksammas och ges samma vikt som starka gruppers motsvarande behov

Behovs- och solidaritetsprincipen

- Professionell bedömning av behov – vs. personcentrerad vård och ökat fokus på patientperspektiv

Svårighetsgrad

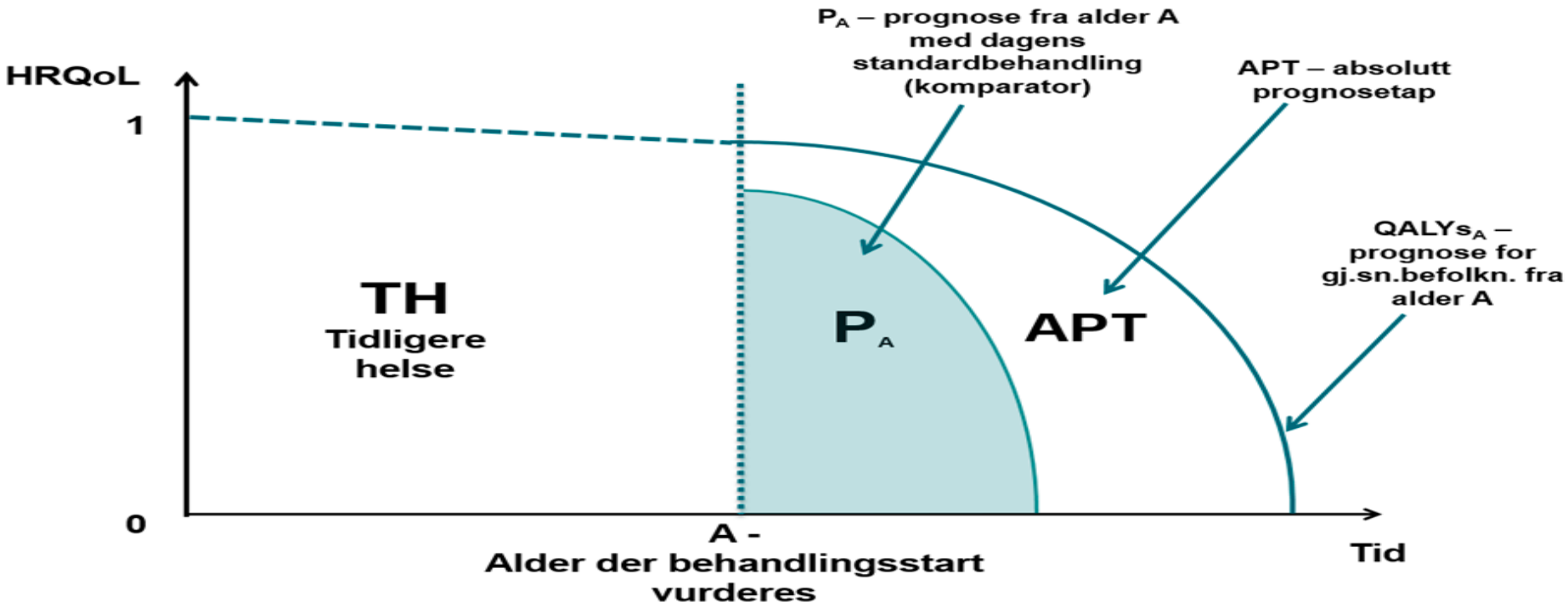
- Svårighetsgrad centralt för att bedöma hur högt en patient bör prioriteras – eller hur mycket det är värt att spendera på den patienten
- I nuläget bedömer vi svårighetsgrad på ett kvalitativt sätt – saknas tydlig harmonisering mellan olika diagnoser
- Vi tar inte hänsyn till hur många levnadsår patienterna förlorar eller hur lång påverkan blir på patienterna – att ha ett livshotande tillstånd i 75-årsåldern kan därmed ha lika stor svårighetsgrad som att drabbas av samma tillstånd i 10-årsåldern /25-årsåldern etc.

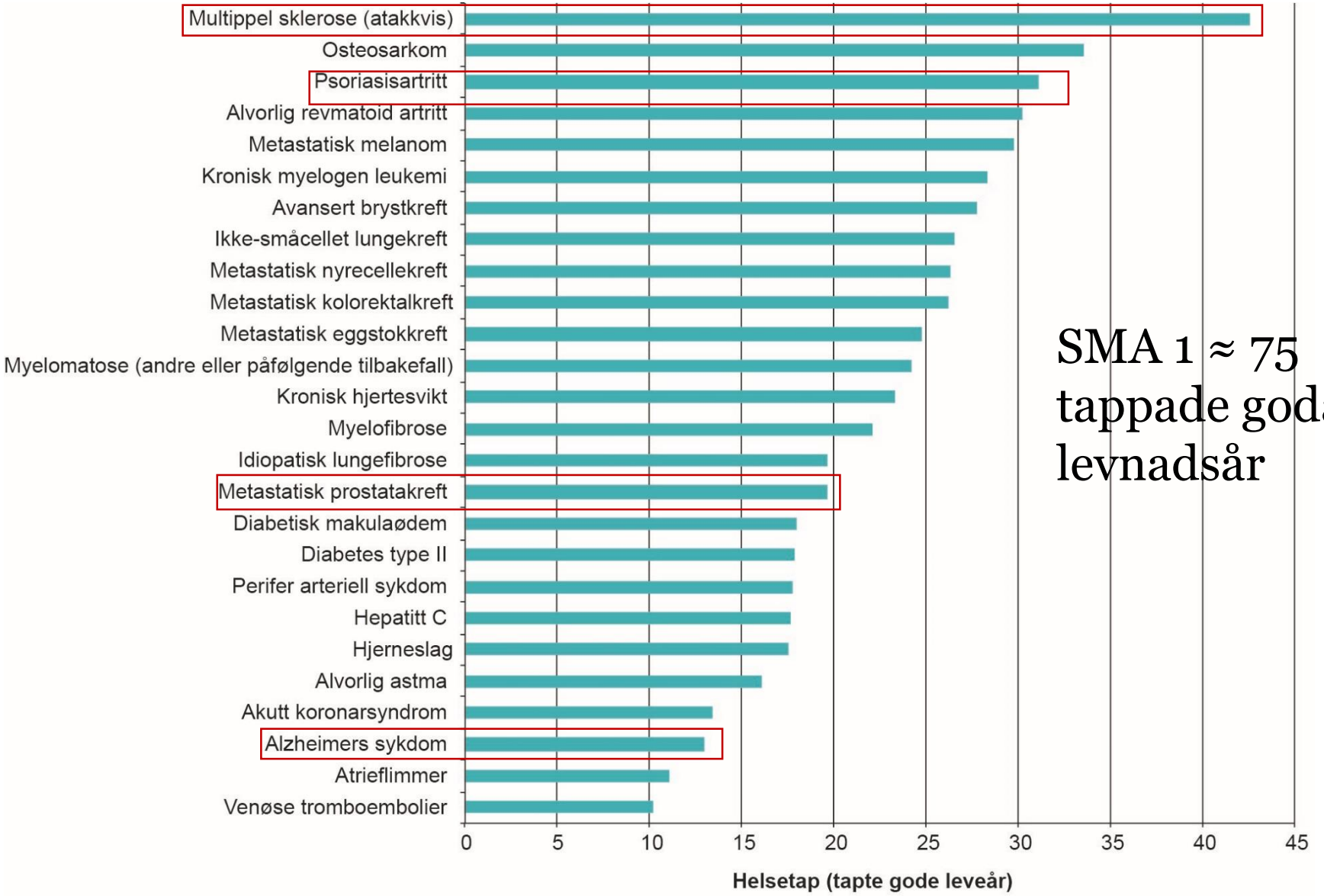
Svårighetsgrad

Livskvalitetspåverkan							Livslängspåverkan		
Aktuellt hälsotillstånd					Framtida ohälsa				
	Fysiska / psykiska symtom/ funktionsnedsättning Aktuella funktionsnedsättningar t ex smärta, dyspné, oro, stört korttids-minne, sömnlöshet, yrsel, högt blodtryck, förstoppning. Ange grad av funktionsnedsättning utifrån adekvata bedömnings-instrument	**Praktiska Konsekvenser/aktivitetsbegränsning** Aktuella aktivitets-begränsningar p g a sjukdomen/skadan t ex svårighet att gå längre sträckor, gå i trappor, vara förare, klara kroppsvård, klara hushållsarbete. Ange i vilken grad svårigheter att genomföra aktiviteter påverkar patientgruppens totala livssituation	**Sociala konsekvenser / delaktighetsinskränkning** Aktuella delaktighets-inskränkningar p g a sjukdom/skada t ex svårigheter att klara ett arbete, fritidssysselsättning, att delta i lek. Ange i vilken grad svårigheter att delta i viktiga livsområden påverkar patientgruppens totala livssituation.	**Frekvens** Frekvens med vilken tillståndet gör sig påmint	**Varak-tighet** Tid som tillståndet förväntas kvarstå	**Risk för livskvalitetspåverkan vid utebliven åtgärd** Risk för framtida allvarliga/grava symtom, praktiska och/eller sociala konsekvenser om inget görs	**Risk för förtida död** Risk för förtida död i procent om inget görs	**Livs-längds-påverkan** Tid till död om inget görs	
Mycket stor			D						
Stor									
Måttlig									
Liten									
Ingen		I							

Svårighetsgrad

- Vad ska vägas in? Indirekt hänsyn till ålder som i det norska exemplet?



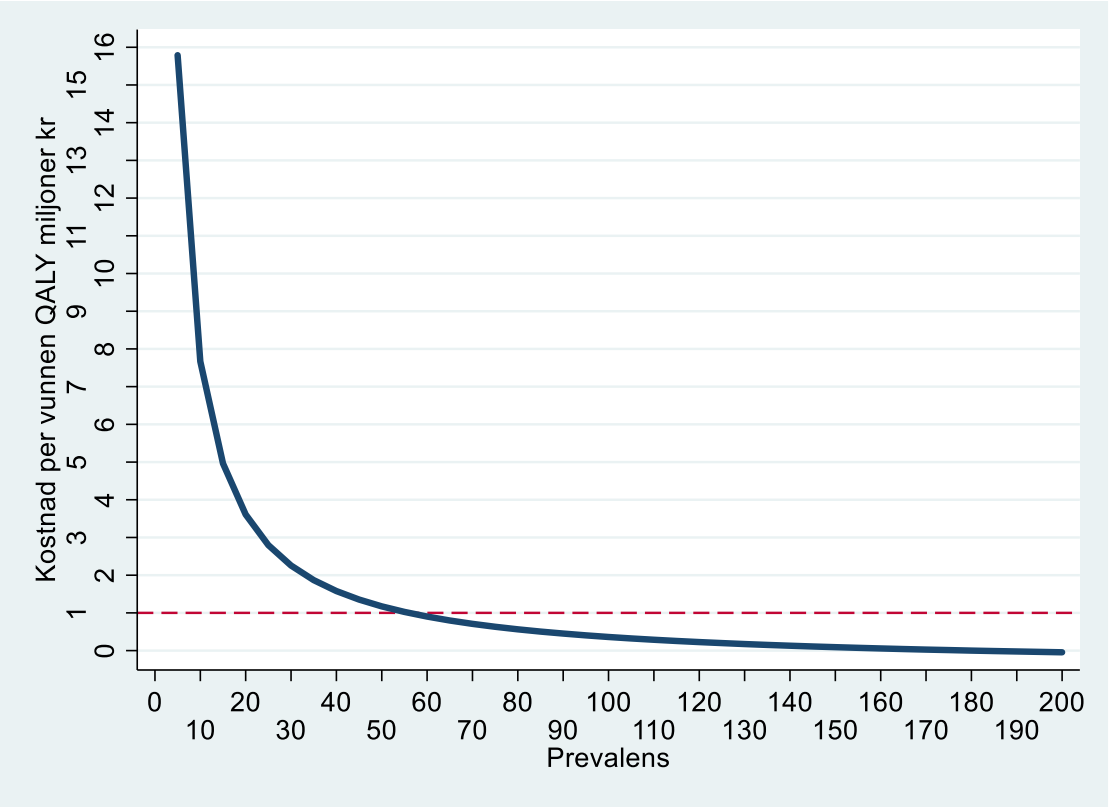


SMA 1 ≈ 75 tappade goda levnadsår

Kostnadseffektivitetsprincipen

- *Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet eftersträvas.*
- Underordnad de andra principerna – men diskussion om vad rangordningen innebär
- Vid svårare tillstånd accepteras en lägre kostnadseffektivitet
  - Vanliga tillstånd 1 miljon SEK/QALY
  - Sällsynta tillstånd 2 miljoner SEK/QALY – marknadslogik + jämlik behandlingsmöjlighet

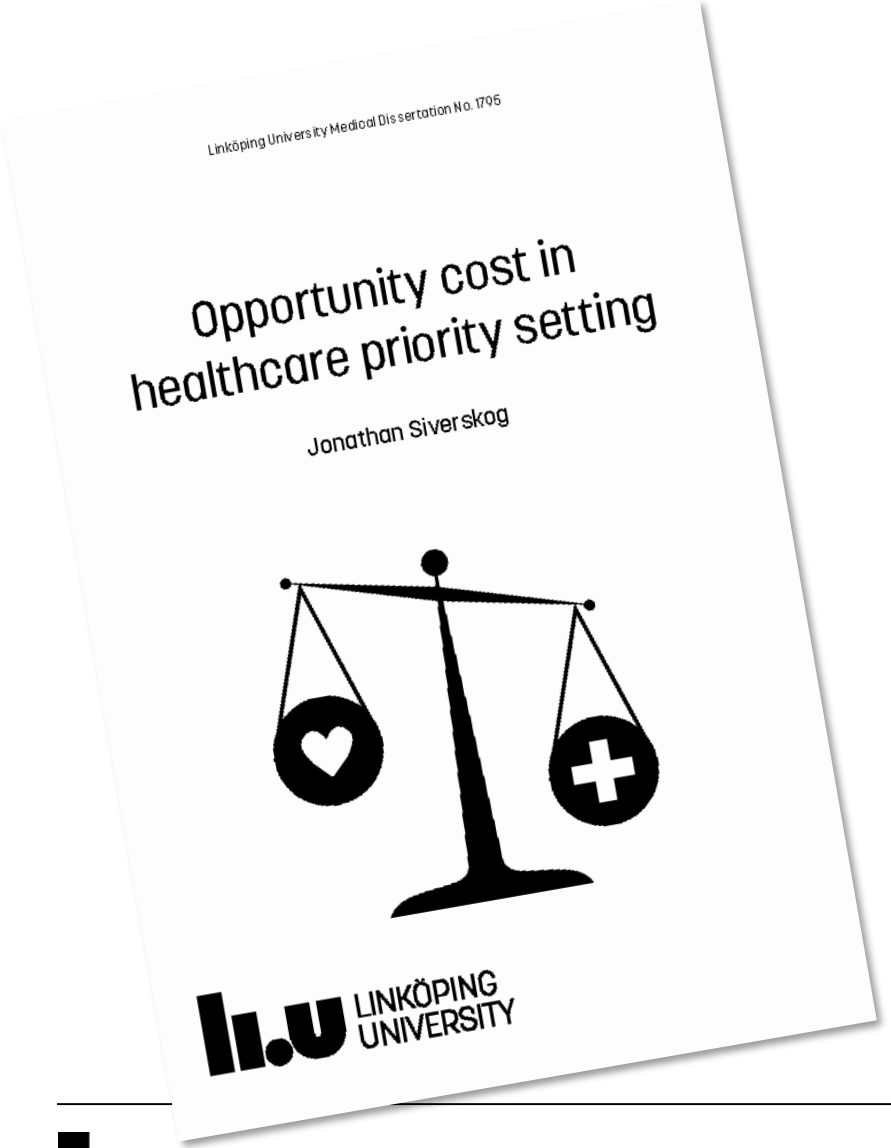
Sällsynta tillstånd – höjt tröskelvärde?



TLVs rapport om läkemedel för sällsynta tillstånd

- Marknadsdynamik
- Etisk plattform = starkt fokus på jämlikhet
- Skäl för förhöjt tröskelvärde för kostnadseffektivitet

Alternativkostnad

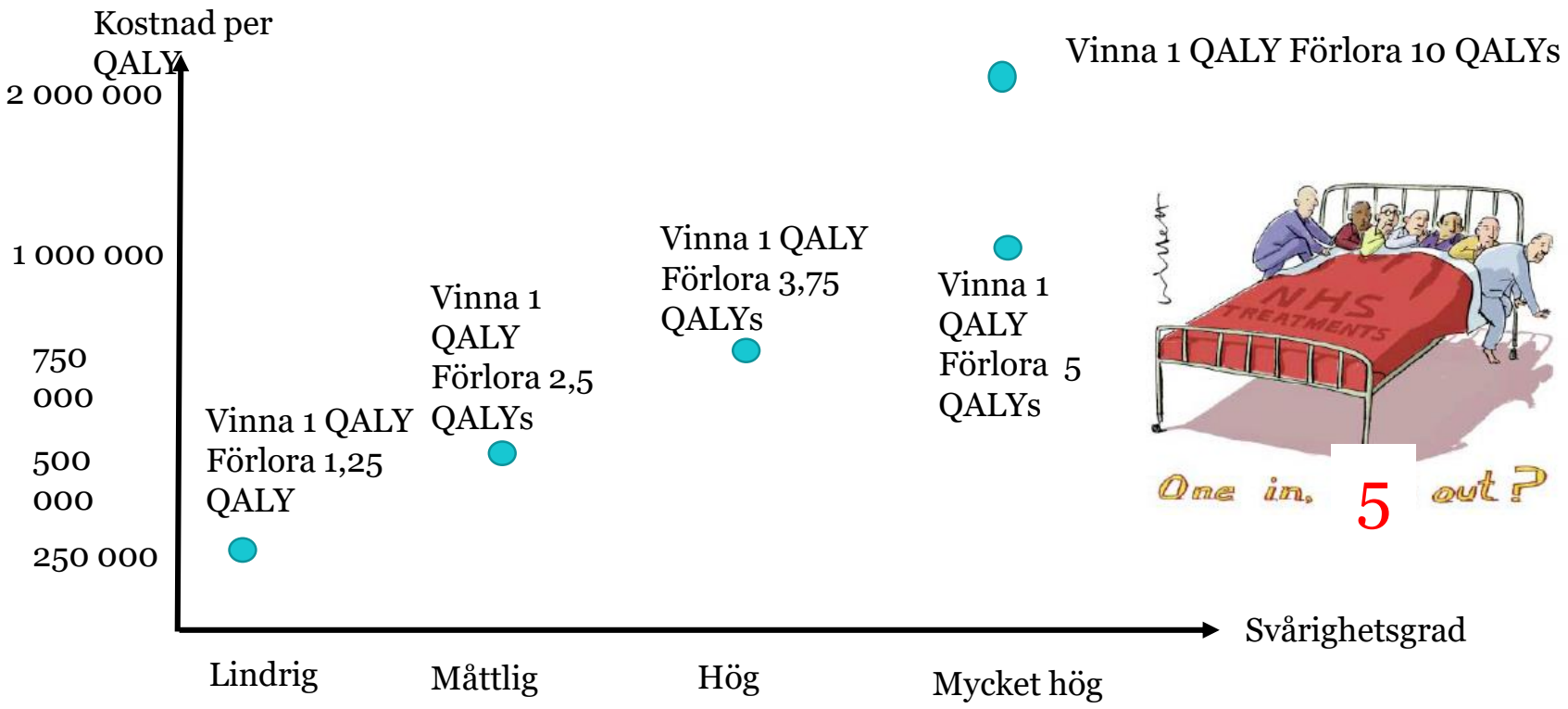


Alternativkostnad

Siverskog / Henriksson (2019) - marginalproduktivitet: 200 000 SEK/QALY

Land	Rapporterat tröskelvärde	Referens
England	GBP 12,936	Claxton et al. (2015)
Spanien	EUR 24,870	Vallejo-Torres et al. (2017)
Australien	AUD 28,033	Edney et al. (2018)
Sverige	**SEK 200 000?**	Siverskog et al (2019)

Alternativkostnad

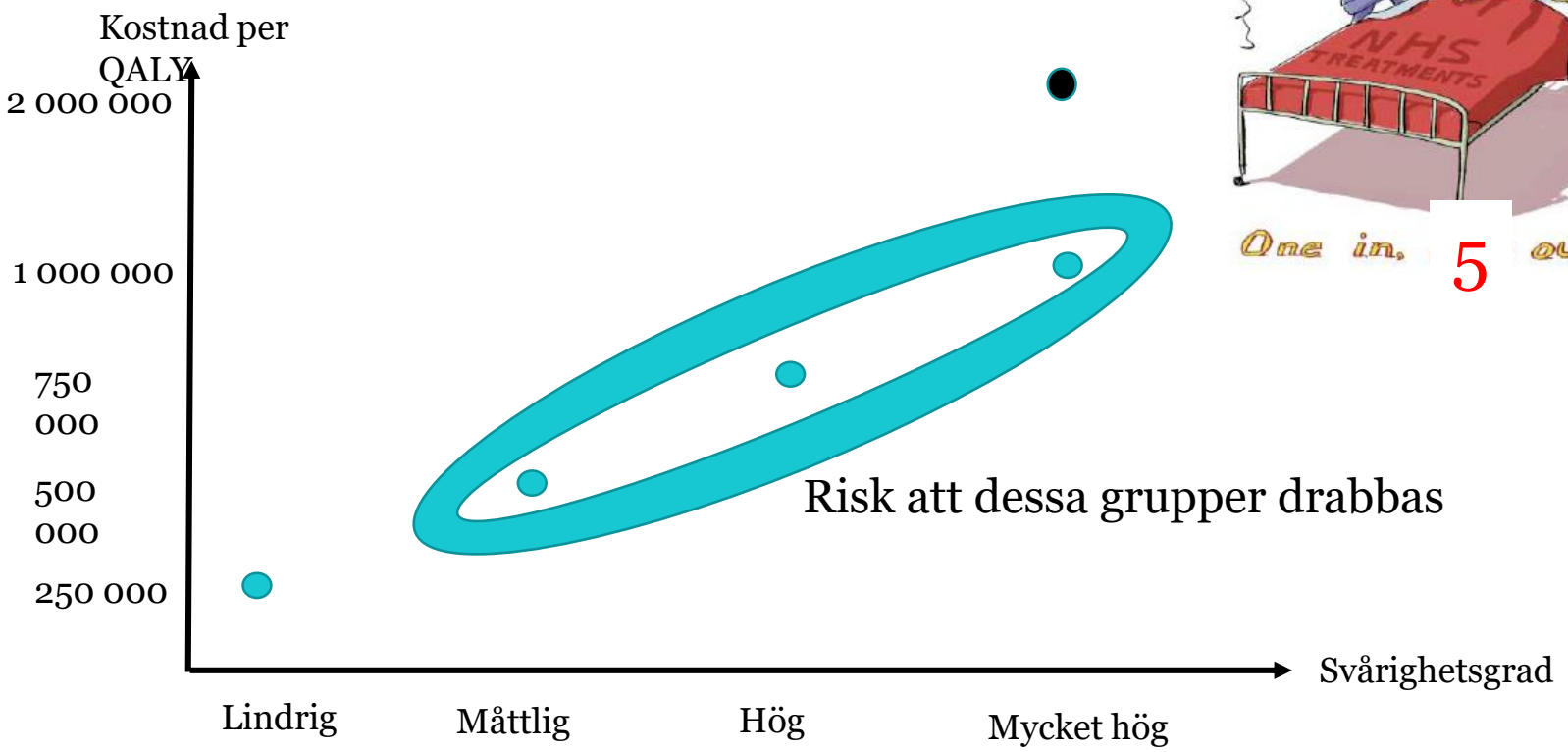


Alternativkostnad

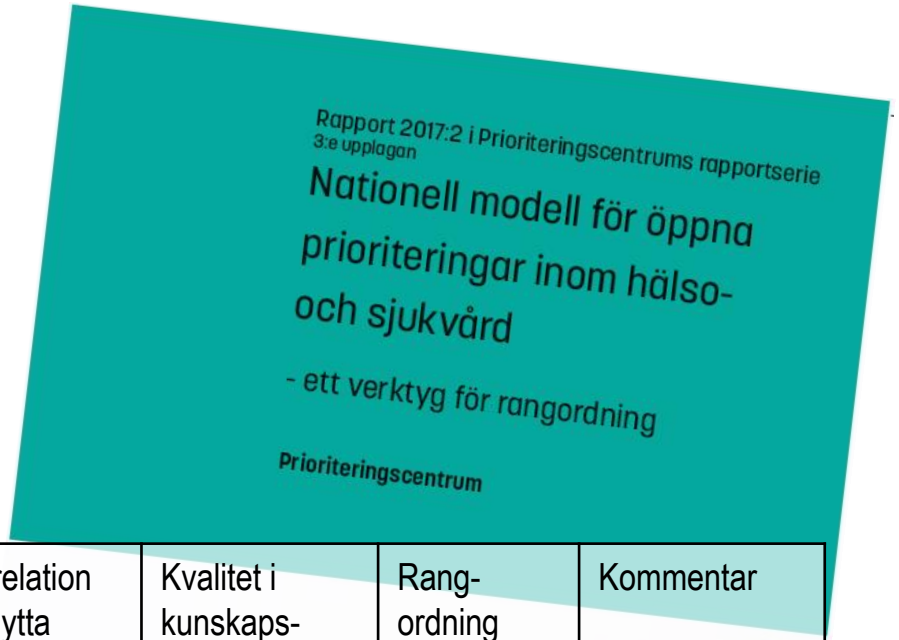
Tar vi bort en vårdplats för att finansiera ett nytt läkemedel så är värdet av den ca
420 000 SEK/QALY – vårdplatser kan generellt kopplas till högre svårighetsgrad

Tar vi bort tre vårdplatser till en kostnad av ca 4 miljoner– så förlorar vi ett liv - eller vinner om vi tillför tre vårdplatser

Alternativkostnad = förlorad hälsa och vem bär den?



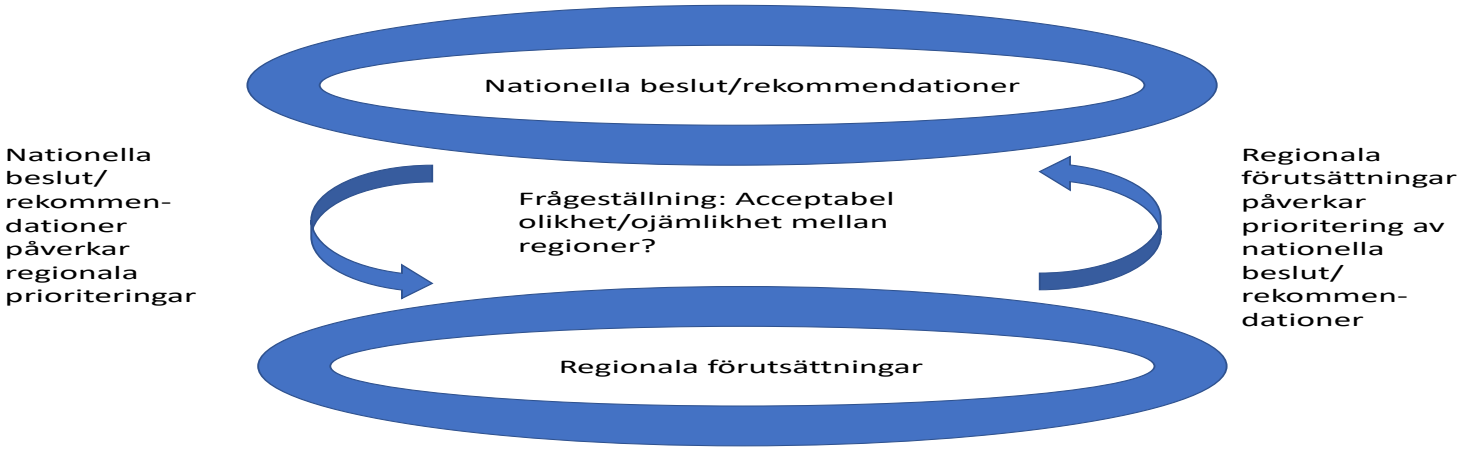
Verktyg för rangordning



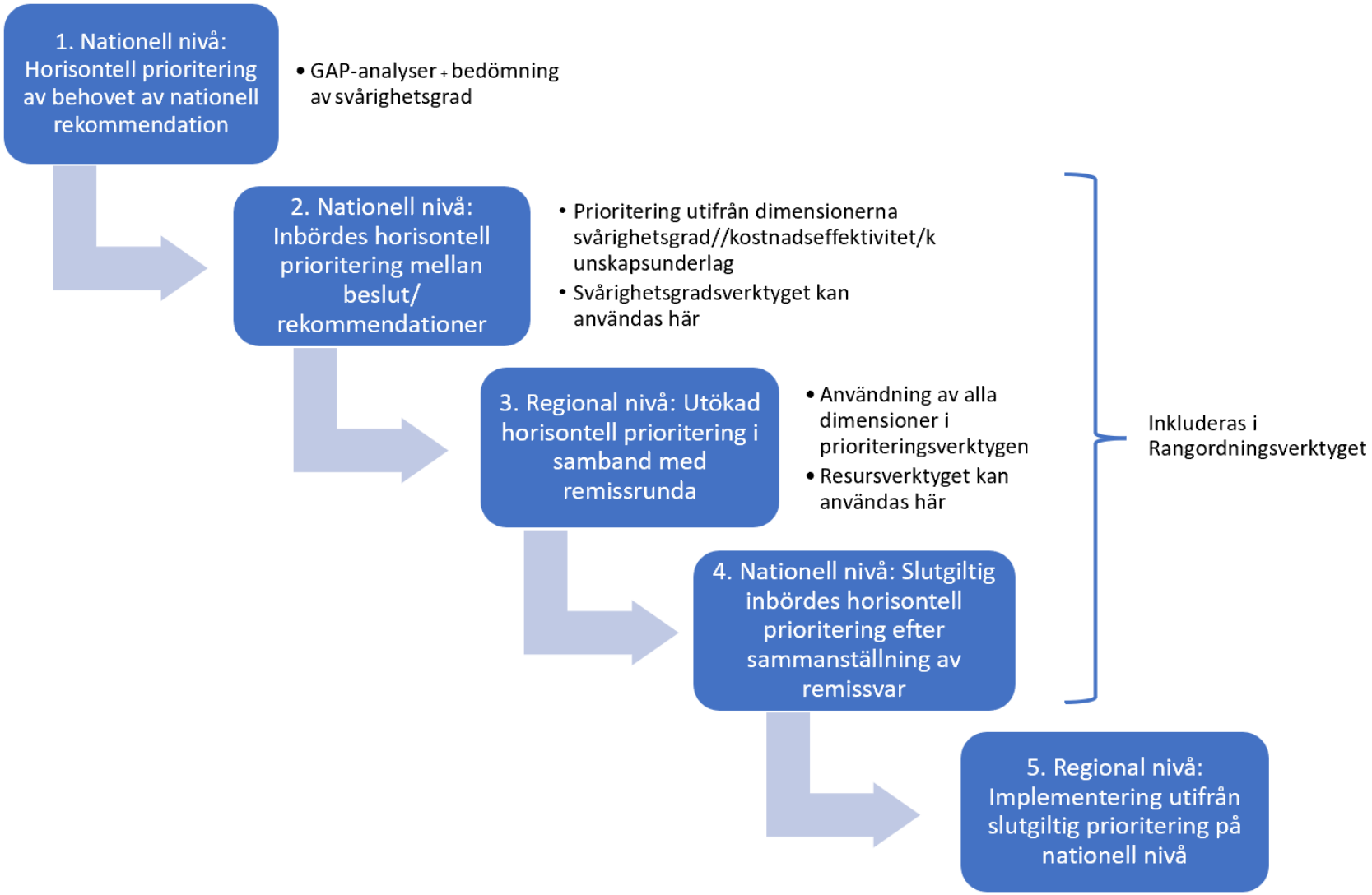
Hälsotillstånd + Åtgärd	Jämförelse-alternativ	Hälsotillståndets svårighetsgrad	Åtgärdens patientnytta	Kostnad i relation till patientnytta	Kvalitet i kunskaps-underlagen	Rang-ordning	Kommentar
	Annan vårdåtgärd eller ingen annan vårdåtgärd	Mycket stor Stor Måttlig Liten	Mycket stor Stor Måttlig Liten Ingen	Mycket hög Hög Måttlig Liten	Beprövad erfarenhet och eller forskning	1 högst 10 lägst	

Modell för horisontell prioritering

- Modell = process + verktyg
- Hantera horisontella prioriteringar när det gäller implementering av nya nationella beslut eller rekommendationer där det krävs:
  - dels inbördes horisontella prioriteringar mellan olika förslag och
  - dels horisontell prioritering i relation till regionernas existerande verksamhet för att kunna införa dem (eller ta ställning till införande).



Process

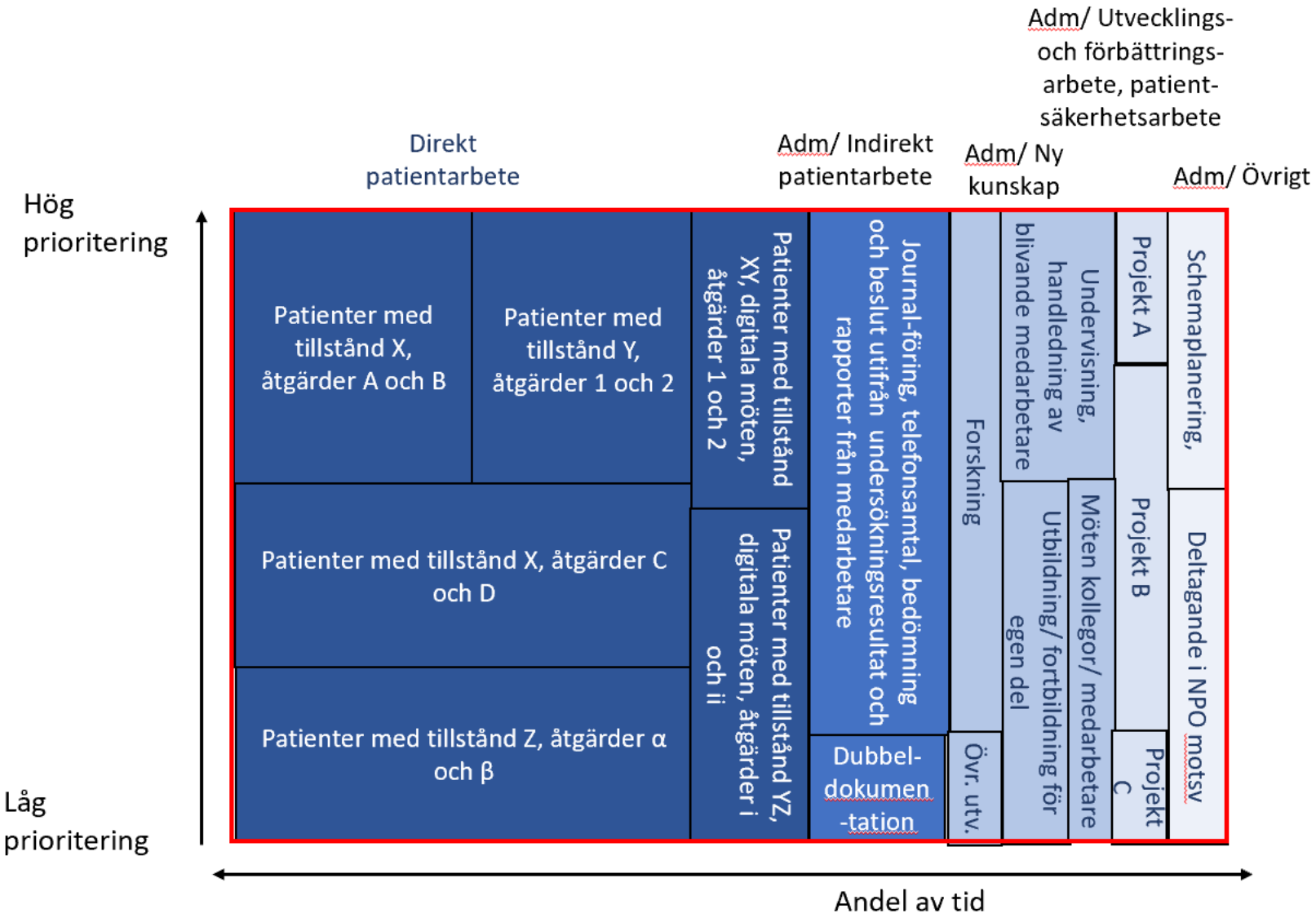

1. Nationell nivå: Horisontell prioritering av behovet av nationell rekommendation
• GAP-analyser + bedömning av svårighetsgrad
2. Nationell nivå: Inbördes horisontell prioritering mellan beslut/ rekommendationer
• Prioritering utifrån dimensionerna svårighetsgrad//kostnadseffektivitet/kunskapsunderlag
• Svårighetsgradsverktyget kan användas här
3. Regional nivå: Utökad horisontell prioritering i samband med remissrunda
• Användning av alla dimensioner i prioriteringsverktygen
• Resursverktyget kan användas här
4. Nationell nivå: Slutgiltig inbördes horisontell prioritering efter sammanställning av remissvar
Inkluderas i Rangordningsverktyget
5. Regional nivå: Implementering utifrån slutgiltig prioritering på nationell nivå

Rangordningsverktyg

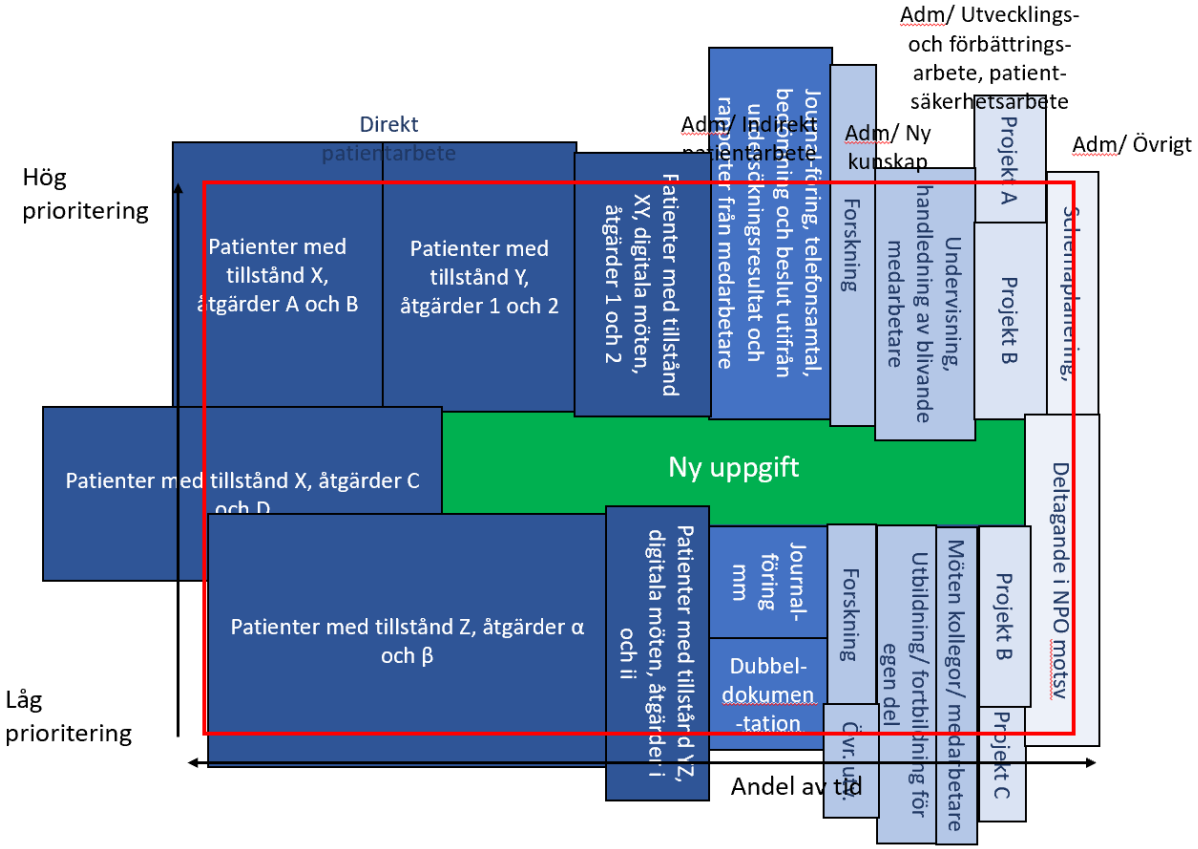
Prioriteringsobjekt:				
DIMENSION (för varje dimension bedöms också kvalitet i kunskapsunderlag)		**Bedömning för prioriteringsobjektet på *nationell* nivå**	***Regional* förutsättning eller avvikelse från nationell bedömning**	**Kommentar kunskapsun**
Etiska dimensioner				
Svårighetsgrad för det tillstånd prioriteringsobjektet berör:		Skala från liten till mycket hög		
Kostnads-effektivitet	Resursåtgång/Patientnytta	Kostnad /QALY eller mer beskrivande för de både patientnytta och resursåtgång		
Genomförbarhetsdimensioner				
	☐ ResursåtgångFinansiella resurser ☐ Tidsresurser	se tidsresursverktyget		
Tillgänglighet till aktuella resurser?		Se tidsresursverktyget		
Finns det användning av resurserna inom den egna verksamheten eller i andra verksamheter som kan ses som lägre prioriterat?		Se tidsresursverktyget		
Effektiviseringspotential för att frigöra resurser?				
Utmönstringspotential för att frigöra resurser?				
Samverkanspotential för att frigöra resurser?				
Ransoneringspotential för att frigöra resurser?				
Behov av implementeringsresurser:				
Tidsperspektiv för implementering:				
Rangordning för implementering:				

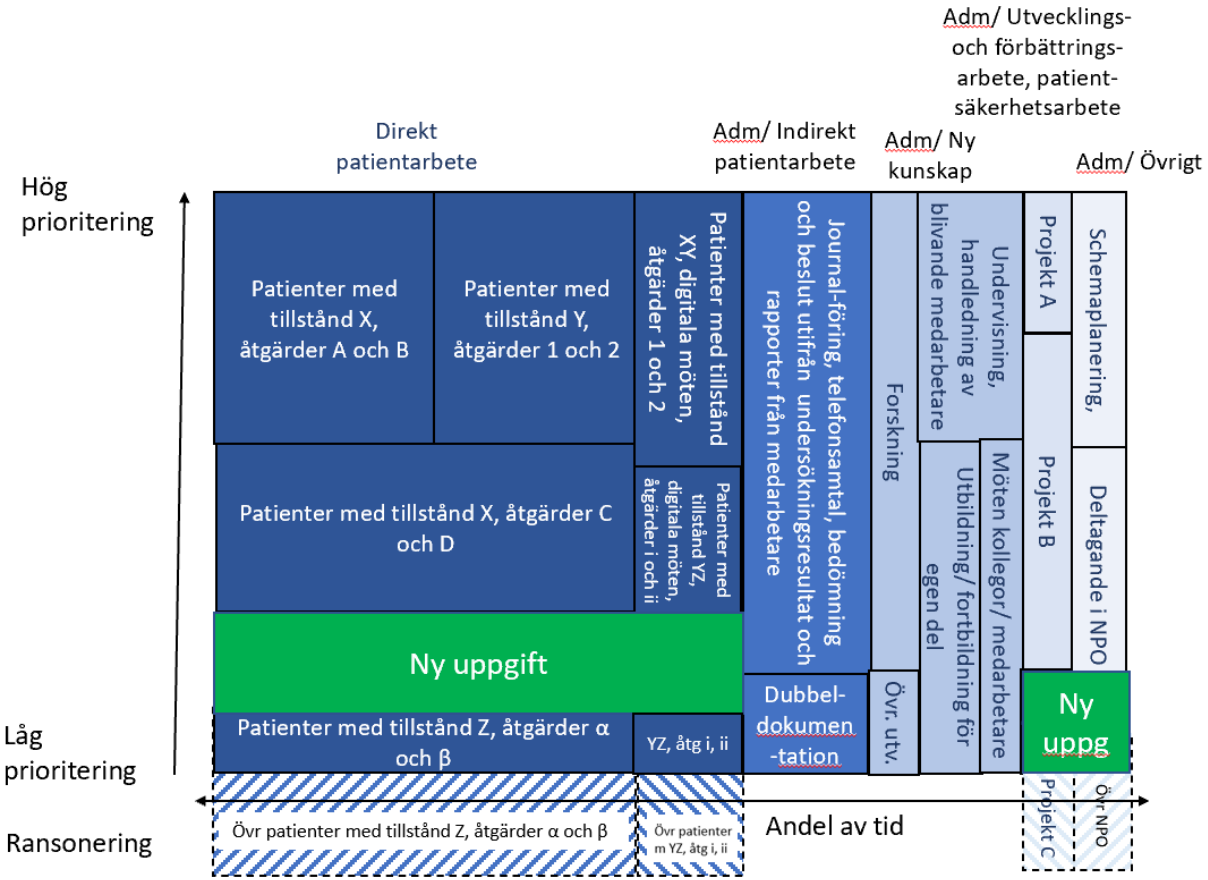
LINKÖPINGS UNIVERSITET

Tidsverktyget



Tidsverktyget





Slutsatser

- I ett resursbegränsat hälso- och sjukvårdssystem – så kommer alla val vi gör i någon mån, direkt eller indirekt, innebära en värdering av personers liv och hälsa
- Genom att välja till något eller prioritera upp något – så kommer vi automatiskt välja bort eller prioritera ner något
- Antingen gör vi det medvetet eller omedvetet – i det förra fallet större möjlighet att faktiskt se till att viktiga värden bevaras – och att vi inte låter irrelevanta aspekter påverka

lars.sandman@liu.se

liu.se/prioriteringscentrum

LINKÖPING
UNIVERSITY