



Helse- og
omsorgsdepartementet

Oppfølging av prioriteringsmeldingen

Seminar Sykehusinnkjøp, Stavanger

29. august 2017

Avdelingsdirektør Are Forbord, Helse- og omsorgsdepartementet

Agenda

- Prioriteringsmeldingen – hva var egentlig poenget?
- Forventninger og krav fra HOD i 2017

Hvorfor legge fram en melding – det var jo bred enighet om Lønningkriteriene?

- Hvor mye vi er villig til å *betale* for en ny metode?
- Hvilken rolle skal *alvorlighet* konkret spille?
- Skal det bety noe hvor stor *totalkostnaden* er?
- Skal effekt på pasienters *arbeidsevne* bety noe?
- Hva med *alder* og *sjeldenhet*?

Eksempel:
Ipilimumab 2013

Prinsipper for prioritering (Meld. St. 34 (2015-2016))

Lønning II

Regjeringen vil legge prinsippene nedenfor til grunn for prioritering i helsetjenesten. Prinsippene skal gjelde for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Hovedkriterier for prioritering:

- Tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier – nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Nytteskriteriet og alvorlighetskriteriet gis en beskrivelse til bruk på klinisk nivå og en kvantitativ form til bruk i metodevurderinger på gruppenivå.

Kriteriene til bruk på klinisk nivå:

- **Nytteskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventet nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelp kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:
 - Overlevelse eller redusert funksjonstap
 - Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
 - Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- **Ressurskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
- **Alvorlighetskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:
 - Risiko for død eller funksjonstap
 - Graden av fysisk og psykisk funksjonstap
 - Smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

Kvantifisering av kriteriene til bruk i metodevurderinger på gruppenivå:

- Nytte skal måles som gode leveår.
- Alvorlighet skal kvantifiseres gjennom å måle hvor mange gode leveår som tapes ved fravær av den behandlingen som vurderes, dvs. absolutt prognosetap.
- Ved vurderinger av forebyggende tiltak skal alvorlighet som utgangspunkt beregnes for de som hadde fått sykdommen ved fravær av tiltaket.
- Kvalitetsjusterte leveår (QALY) skal i tråd med dagens praksis brukes som et uttrykk for gode leveår.

Avgrensning av hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger:

- Helseforbedringer for pårørende kan i relevante tilfeller telles med i beregning av nytte.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasientens framtidige produktivitet skal ikke tillegges vekt.
- All relevant ressursbruk i helsetjenesten skal så langt som mulig tas hensyn til.
- Effekter på ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utløst av tiltak i spesialisthelsetjenesten skal tas hensyn til i metodevurderinger på gruppenivå.
- Pasientens tidsbruk knyttet til gjennomføring av helsehjelpen skal tas hensyn til.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasienters framtidige forbruk av offentlige tjenester og mottak av stønader/pensjoner skal ikke tillegges vekt.

Sammenveining av kriteriene på gruppenivå:

- Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Lav alvorlighet og begrenset nytte av et tiltak kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav.
- Norheimutvalgets og Magnussengruppens anslag på alternativkostnad legges til grunn for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå, dvs. 275 000 kroner per gode leveår.
- Et tiltak skal vurderes opp mot tiltakets alternativkostnad, dvs. nytten for andre pasienter som ellers kunne ha vært realisert med de samme ressursene. Det skal i tråd med dagens praksis beregnes en kostnad-effektbrøk som vurderes opp mot alternativkostnaden.
- Kostnad-effektbrøken skal veies med alvorlighetsgraden. For å bli tatt i bruk skal et tiltak tilføre mer nytte per krone, justert for alvorlighet, enn tiltaket fortrenger. Svært alvorlige tilstander kan tillegges en høy vekt, moderat alvorlige tilstander en moderat vekt og lite alvorlige tilstander en lav vekt. Jo mer alvorlig en tilstand er jo høyere kostnad-effektbrøk aksepteres. Dagens praksis gir et rimelig uttrykk for samfunnets vektlegging av høy alvorlighet i beslutninger på gruppenivå.
- Som grunnlag for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå skal det gjennomføres en metodevurdering i tråd med prinsippene for prioritering.
- Basert på metodevurderinger skal skjønnsmessige vurderinger inngå i en totalvurdering av tiltak. Dette er særlig knyttet til vurderinger av:
 - Kvalitet og usikkerhet ved dokumentasjon. Stor usikkerhet knyttet til dokumentasjon og beregningsmetoder skal, alt annet likt, gi lavere prioritet.
 - Samlede budsjettkonsekvenser av et tiltak.
- Ved vurdering av tiltak rettet mot små pasientgrupper med alvorlig tilstand hvor det er vanskelig å gjennomføre kontrollerte studier av effekt, kan et lavere krav til dokumentasjon aksepteres.
- Ved vurdering av tiltak rettet inn mot særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand, eksempelvis barn med medfødte genetiske sykdommer, der det ofte ikke finnes god dokumentasjon av nytten, kan det aksepteres en høyere ressursbruk enn for andre tiltak.

- Alvorlighet
- Nytte
- Kostnadseffektivitet

Hovedformål med meldingen:

- Forankre prinsipper for prioritering i Stortinget tuftet på verdigrunnlaget

Meld. St. 34

(2015–2016)

Melding til Stortinget

Verdier i pasientens helsetjeneste

Melding om prioritering

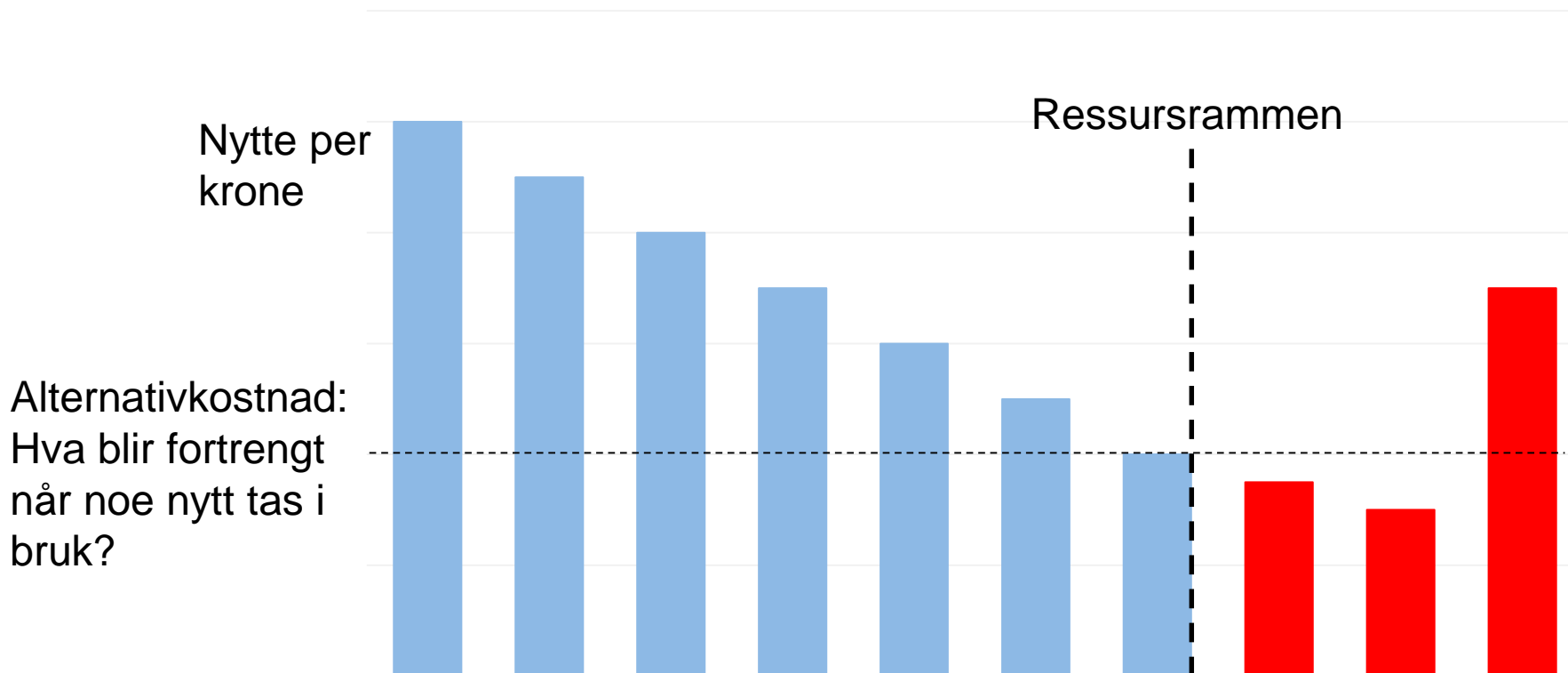


En melding om prioritering i helsetjenesten

- Ikke om størrelsen på felleskassa, (blant annet et spørsmål om skattenivå)
- Ikke om fordelingen av felleskassa på ulike sektorer - utdanning, helse, omsorg, forsvar, samferdsel
- Om fordeling av ressursene i helsetjenesten

Alternativkostnad

- Metoder som er i bruk i helsetjenesten
- Nye metoder



Vekter med alvorlighet:
Akseptere mindre helse totalt, men mer rettferdig fordelt

Foretaksmøtet januar 2017

- RHF skal legge prinsippene for prioritering til grunn for innføring av nye legemidler og metoder i spesialisthelsetjenesten.
- De regionale helseforetakene og Statens Legemiddelverk skal etablere en felles tilnærming til hvordan prinsippene for prioritering skal operasjonaliseres i tråd med forslagene i meldingen og tilpasset endringene i legemiddelforskriften som vil bli sendt på høring i 2017.

Legemidler – forventninger/krav fra HOD i 2017



Legemidler - utgangspunkt

- RHF finansierte legemidler for nesten 6 mrd. kroner i 2015
- Overført legemidler fra trygden for nærmere 2 mrd. kroner i 2016 og 2017
- Vil bli overført ytterligere legemidler fra trygden i 2018

Erfaringer

1. Ikke tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre anbud
2. Gjennomførte anbud blir ikke utnyttet godt/raskt nok
3. Varierende håndtering av overførte legemidler som ikke er metodevurdert
4. Begrenset mulighet til å følge med på legemiddelbruken i sykehusene
5. Bruker for lang tid?

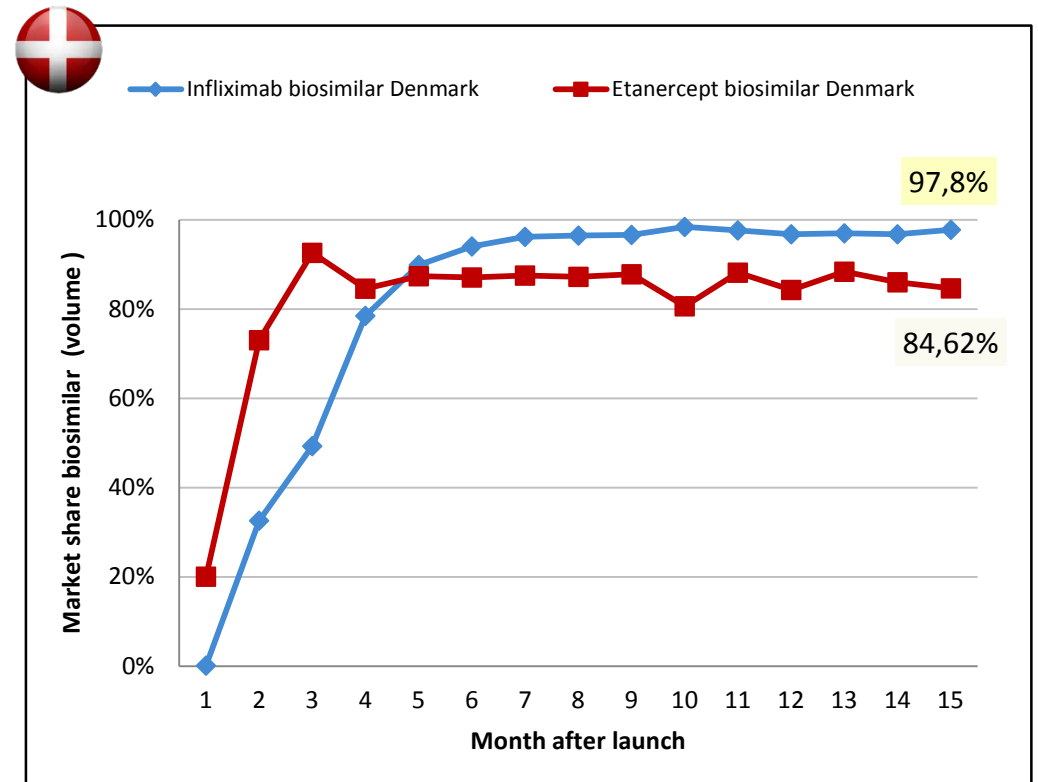
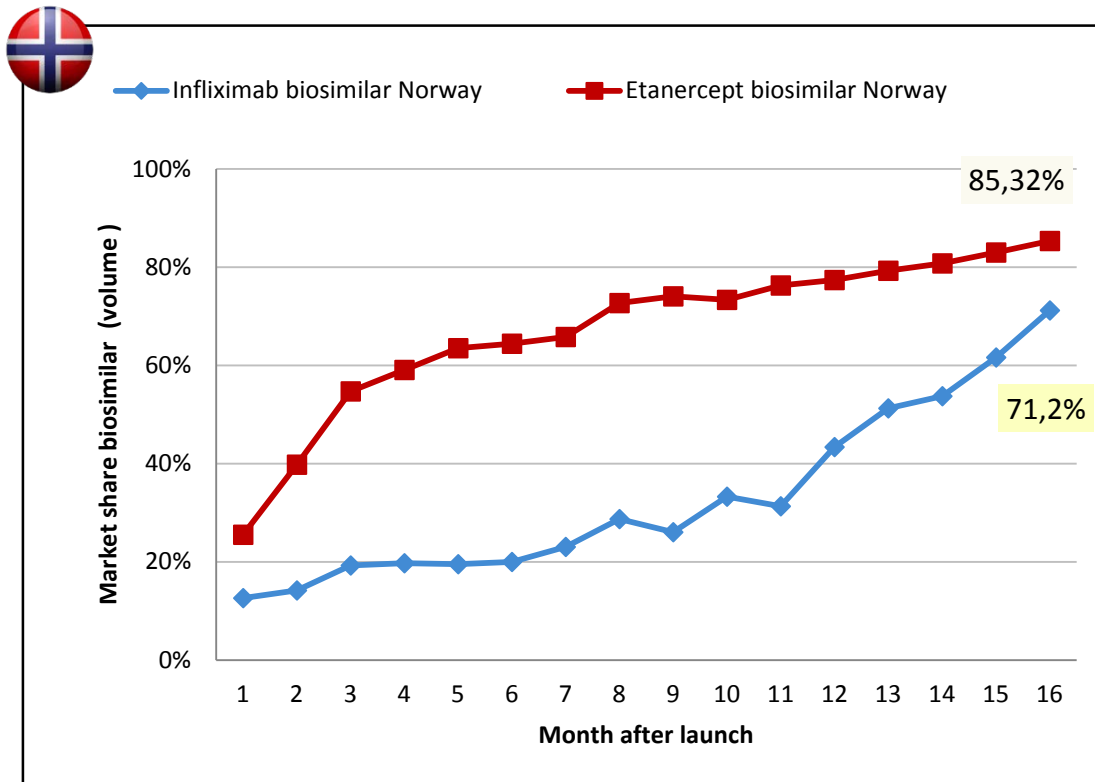
Vi ønsker å bruke pengene på pasienten



RHF skal 1. november 2017 legge fram forslag for Helse- og omsorgsdepartementet til konkrete tiltak for hvordan helseforetakene kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler



Utvikling i markedsandel TNF biotilsvarende i Norge og Danmark



Eksempel på potensial ved å bytte legemidler*

Markedsandel	2014	2015
Remicade	76 %	23 %
Infliximab**	24 %	77 %

Potensiell gevinst	72 mill.	103 mill.
--------------------	----------	-----------



Eksempler på tiltak skissert i foreløpig RHF-rapport

- Systembasert opptak av omforente anbefalinger
- Innovasjonsfond for kliniske utprøvnings
- Tettere oppfølging av helseforetakene i styringslinjen
- Ansvarliggjøring av ledelsen i forhold til måltall
- Virkestoff-forskrivning og substitusjon i apotek

Systemer og kapasitet må på plass

Juni 2017: RHF skal sørge for:

- Tilstrekkelig kapasitet for å gjennomføre anbudskonkurranser. Kapasiteten skal dimensjoneres med sikte på å realisere gevinstpotensialet knyttet til anbud.
- Strukturert legemiddelinformasjon i spesialisthelsetjenesten for å understøtte bruk og forskrivning av legemidler i sykehus.
- Tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre metodevurderinger.

Redegjøre innen 1. november 2017 for oppfølgingen av kravene.

Videreutvikling av Nye metoder

- Kortest mulig saksbehandlingstid – forenklede metodevurderinger/fast-track
- Tidlig igangsetting av metodevurderinger
- Prioritere vurdering av metoder for livstruende og alvorlige sykdommer
- Tydeliggjøre innhold og praktisering av unntaksordning