

Hur ska vi hantera den etiska prioriteringsutmaningen?

Lars Sandman, professor och föreståndare, Prioriteringscentrum, Linköpings universitet

Västra Götalandsregionen

NT-rådet

Socialstyrelsens etiska råd

Sahlgrenska universitetssjukhusets etiska råd

Rådet för etik och akademisk frihet, Lunds universitet

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 – icke-diskrimineringsprincip
- Ger egentligen endast vägledning för vad vi inte får ta hänsyn till:
 - Social 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
 - Framförallt individnivå

Människovärdesprincipen - frågor?

- Ansvar för livsstil och sin egen situation?
 - Ändra livsstil eller behandla med läkemedel
- Hänsyn till kronologisk ålder?
 - Kortare livsförlängning för äldre cancerpatienter vs stor potentiell livsförlängning med genterapi för barn
- Hänsyn till närstående?
 - Alzheimerläkemedel
- Oklarhet kring hur och i vilken utsträckning väga in biologisk ålder och framtida livsstil

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 – jämlik vård vs jämlik hälsa – jämlikhet för likvärdigt prioriterade tillstånd/åtgärder – ej för tillstånd/åtgärder med olika prioritering
 - 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

Behovs- och solidaritetsprincipen – frågor?

- Bedömningen av svårighetsgrad
 - Ålder
 - (Prevention)
- Osäkerhet för patientnytta

Svårighetsgrad

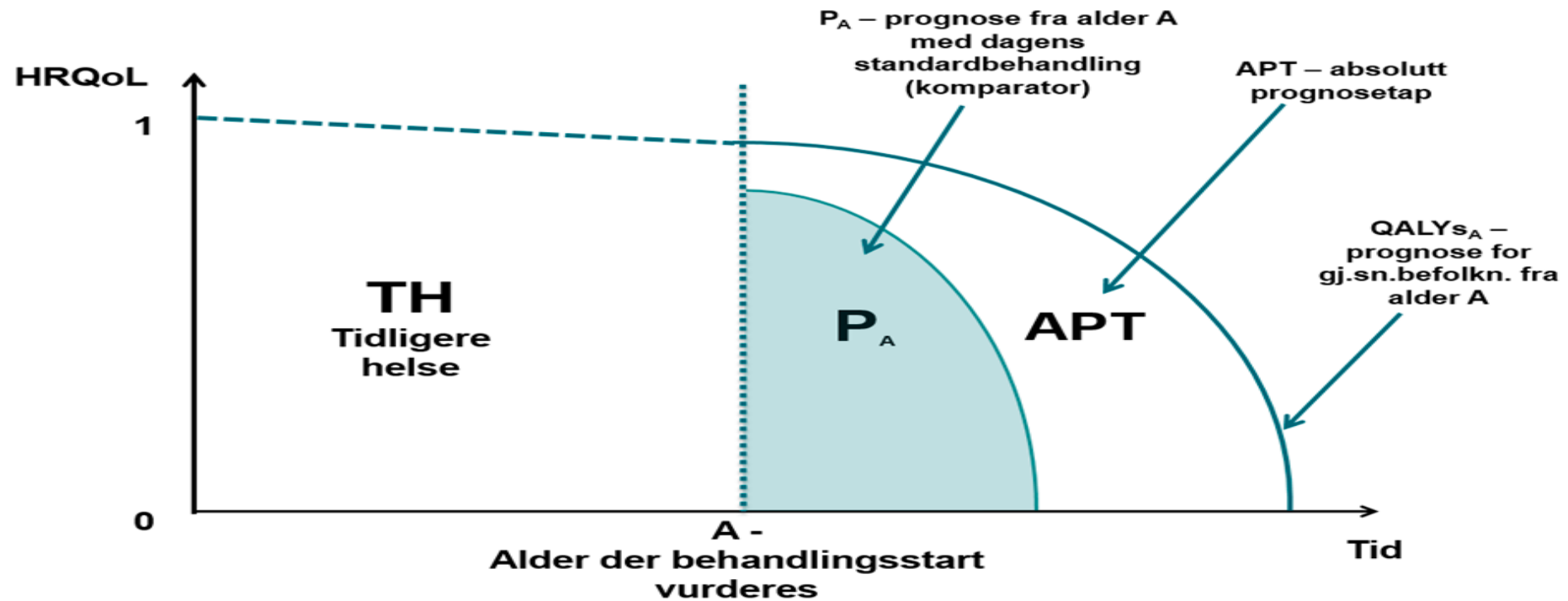
- I nuläget bedömer vi svårighetsgrad på ett relativt subjektivt sätt – saknas tydlig harmonisering mellan olika diagnoser
- Vi tar inte hänsyn till hur många levnadsår patienterna förlorar eller hur lång påverkan blir på patienterna – att ha ett livshotande tillstånd i 75-årsåldern kan därmed ha lika stor svårighetsgrad som att drabbas av samma tillstånd i 10-årsåldern /25-årsåldern etc.

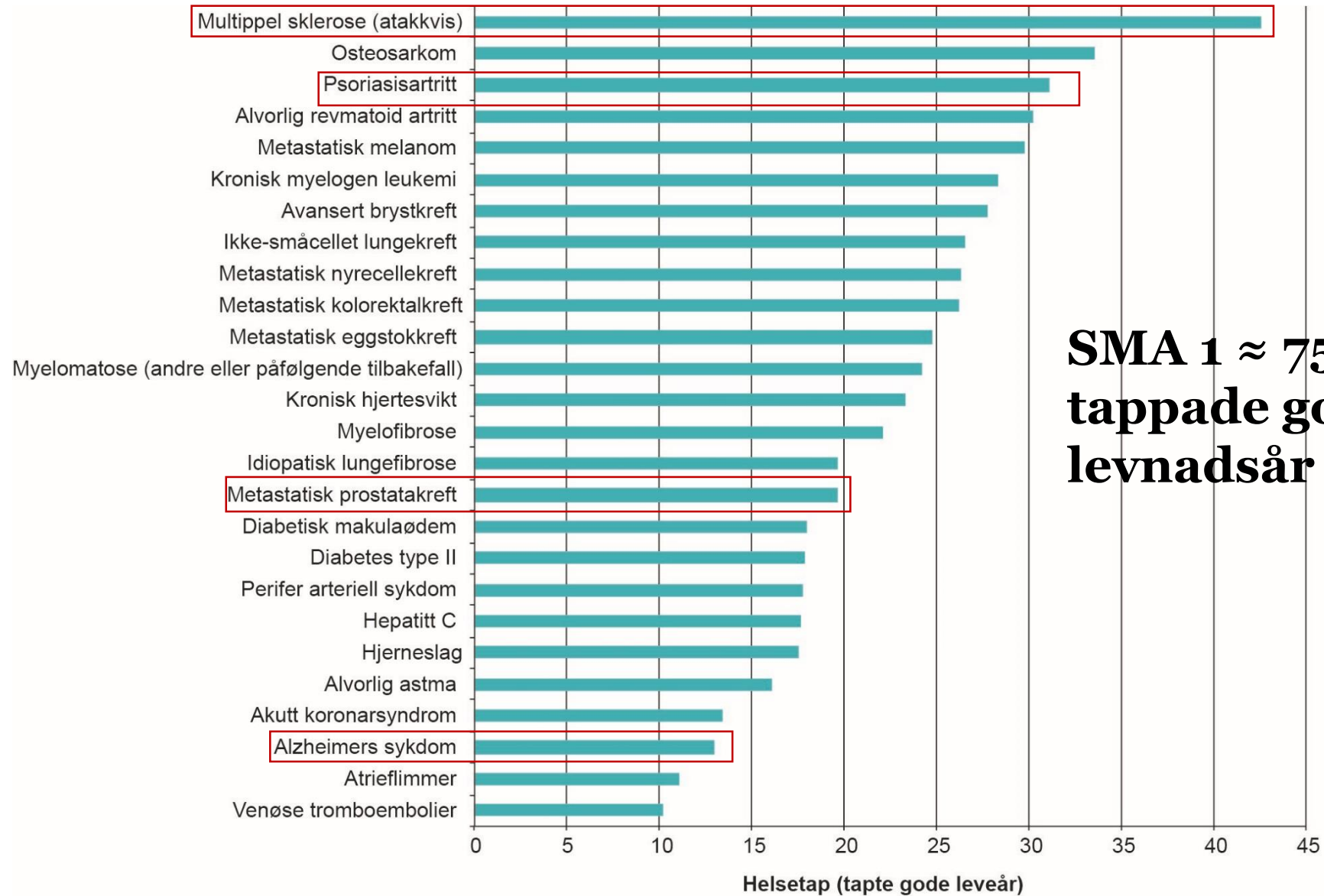
Svårighetsgrad

Livskvalitetspåverkan					Livslängspåverkan			
Aktuellt hälsotillstånd					Framtida ohälsa			
	Fysiska / psykiska symtom/ funktionsnedsättning Aktuella funktionsnedsättningar t ex smärta, dyspné, oro, stort korttids-minne, sömnlöshet, yrsel, högt blodtryck, förstoppning. Ange grad av funktionsnedsättning utifrån adekvata bedömnings-instrument	Praktiska Konsekvenser/aktivitetsbe gränsning 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	Varaktighet Tid som tillståndet förväntas kvarstå	Risk för livskvalitetspåverkan vid utebliven åtgärd Risk för framtida <u>allvarliga/grava</u> 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 – alternativ?

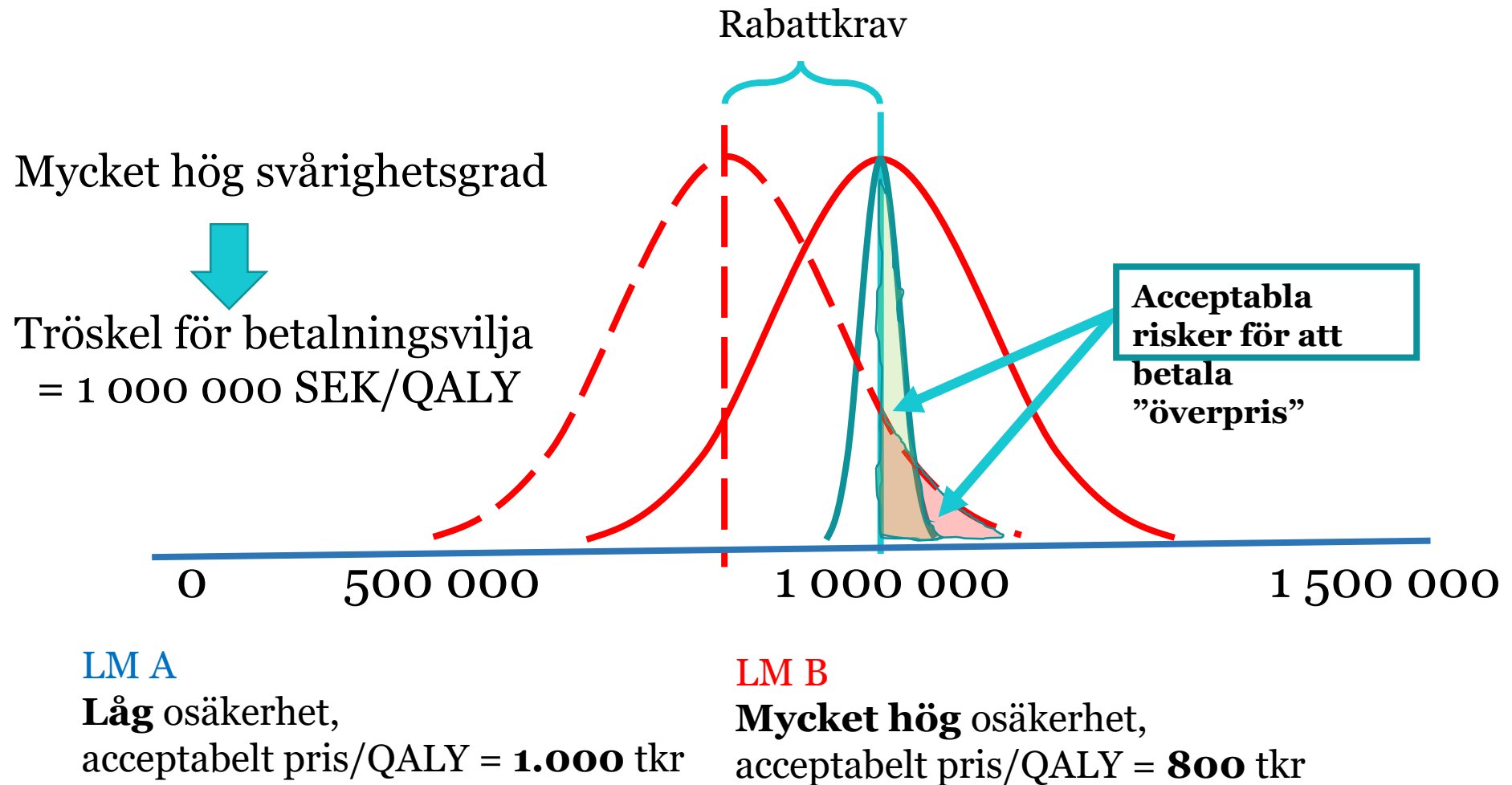
- Indirekt hänsyn till ålder som i det norska exemplet?





**SMA 1 ≈ 75
tappade goda
levnadsår**

Behovs- och solidaritetsprincipen – osäkerhet?



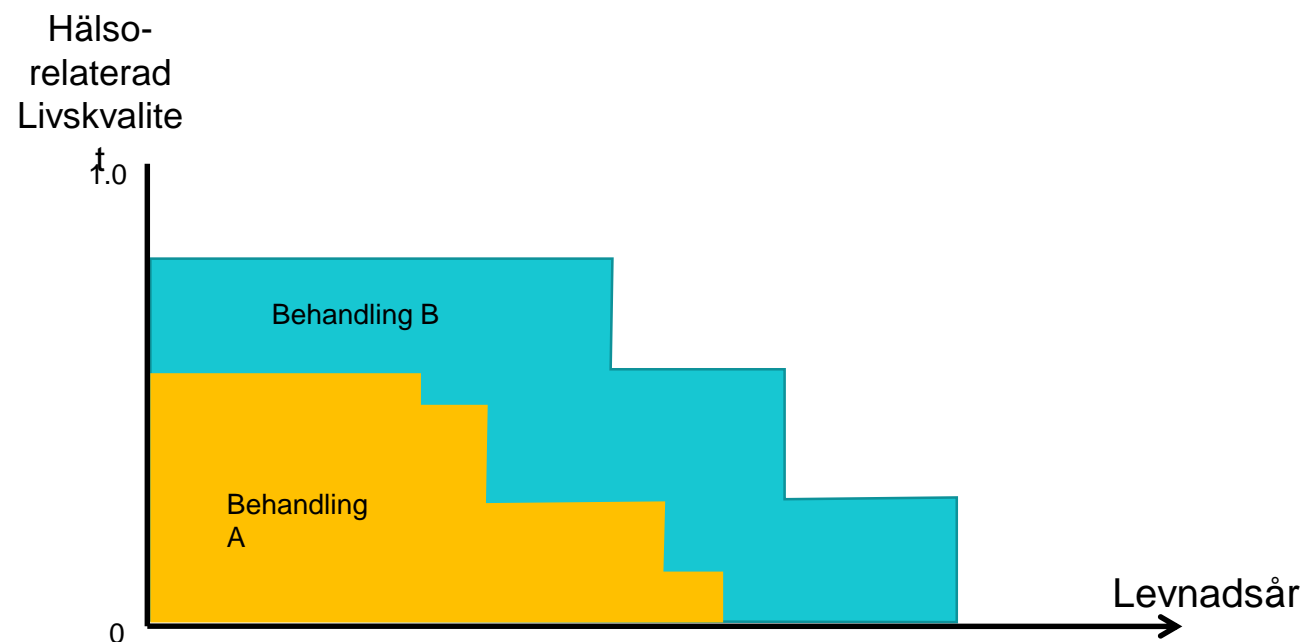
Kostnadseffektivitetsprincipen

- *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

Kostnadseffektivitetskvot och QALY

Inkrementell kostnadseffektivitet (ICER) =

$$\frac{\text{Kostnad för ny terapi} - \text{Kostnad för existerande terapi}}{\text{Effekt av ny terapi} - \text{Effekt av existerande terapi}}$$



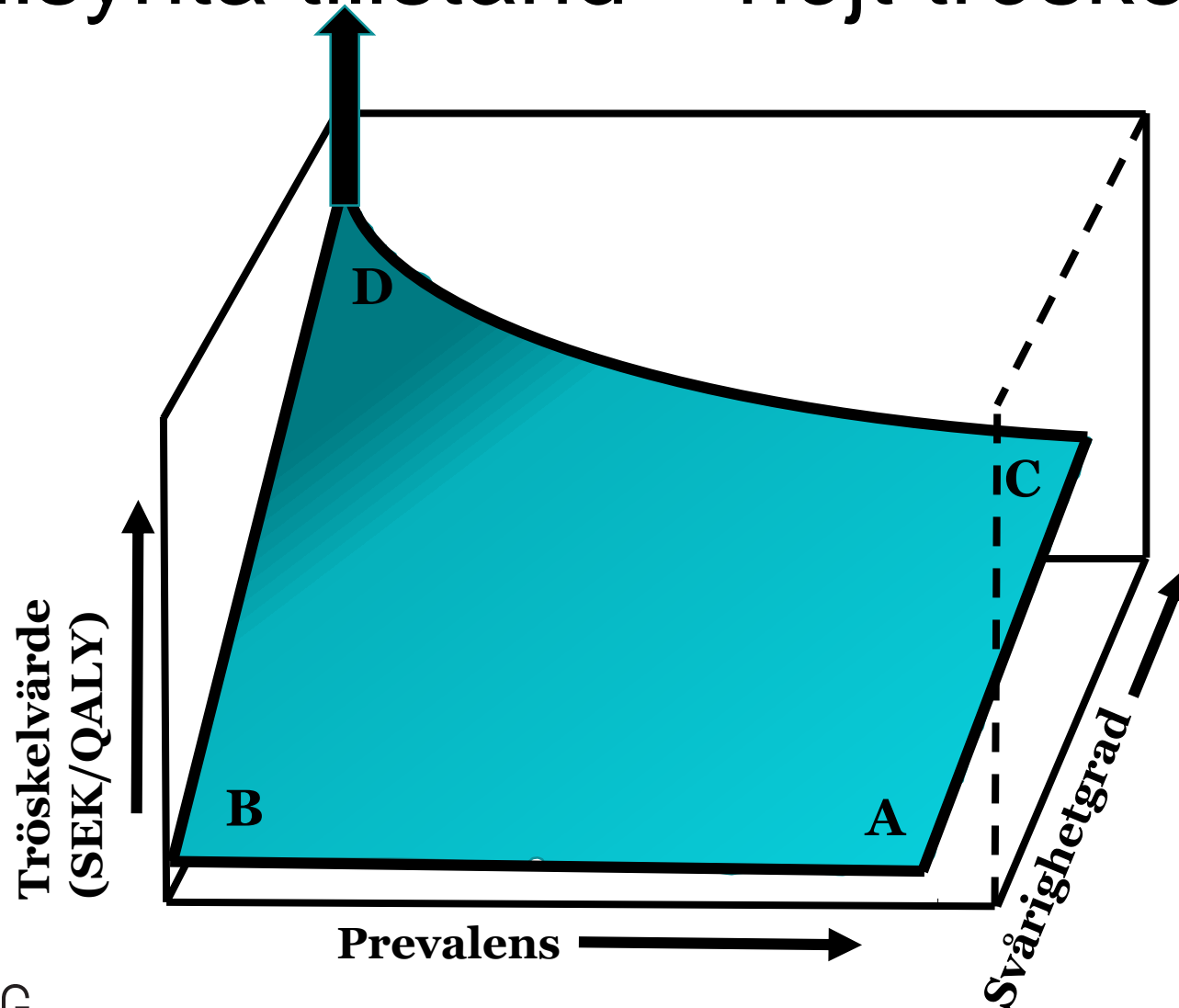
Kostnadseffektivitetsprincipen – frågor?

- Sällsynta tillstånd?
- Rimliga tröskelvärden?
- Väga in påverkan på närstående?
- (Väga in budgetpåverkan?)

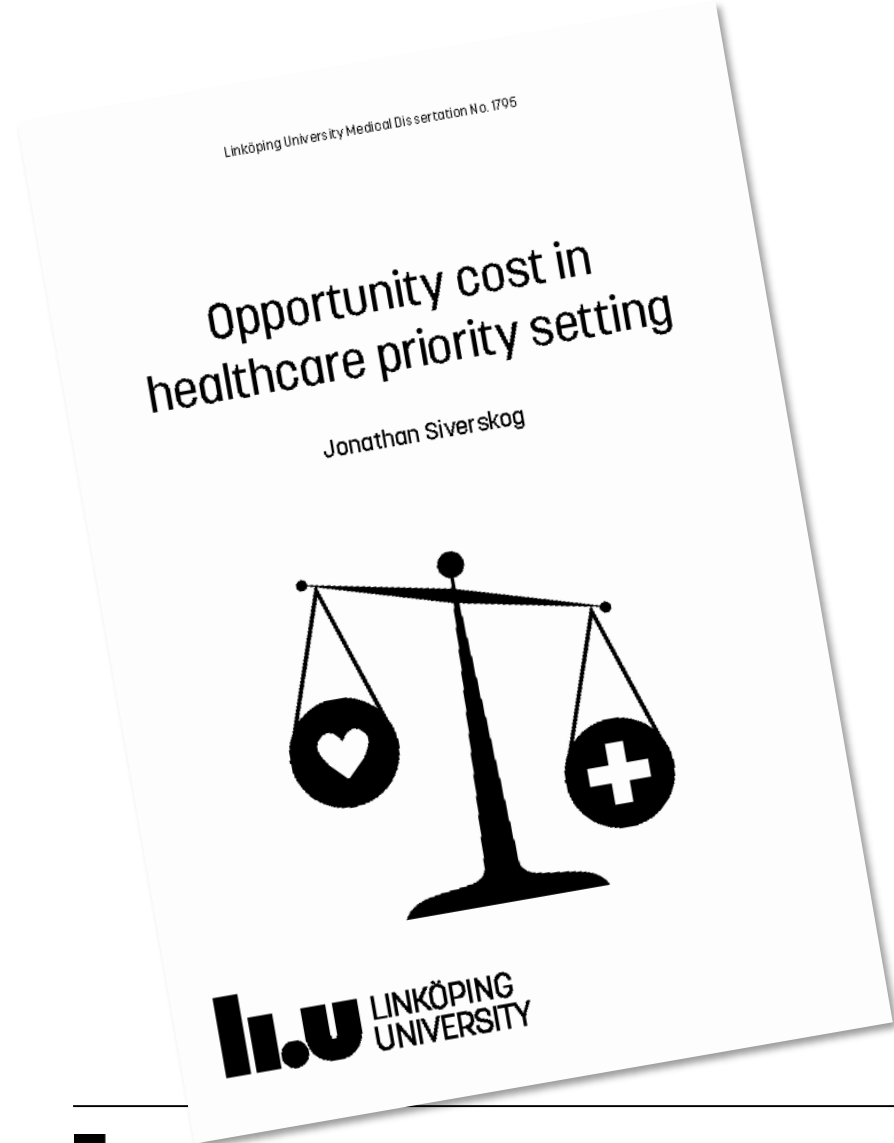
Kostnadseffektivitetsprincipen - trösklar

- Vanliga mycket svåra tillstånd: 1 000 000 SEK/QALY
 - Svåra tillstånd: 750 000 SEK/QALY
 - Måttligt svåra tillstånd: 500 000 SEK/QALY
 - Lindriga tillstånd: 250 000 SEK/QALY
- Sällsynta tillstånd:
 - Marknadslogik – leda till tillstånd med lika hög svårighetsgrad, lika effektiv behandling – ojämlig tillgång
 - Jämlikhetskravet i den etiska plattformen: skäl för högre tröskelvärde – 2 000 000 SEK/QALY
 - MEN – fortfarande alternativkostnad

Sällsynta tillstånd – höjt tröskelvärde



Alternativkostnad



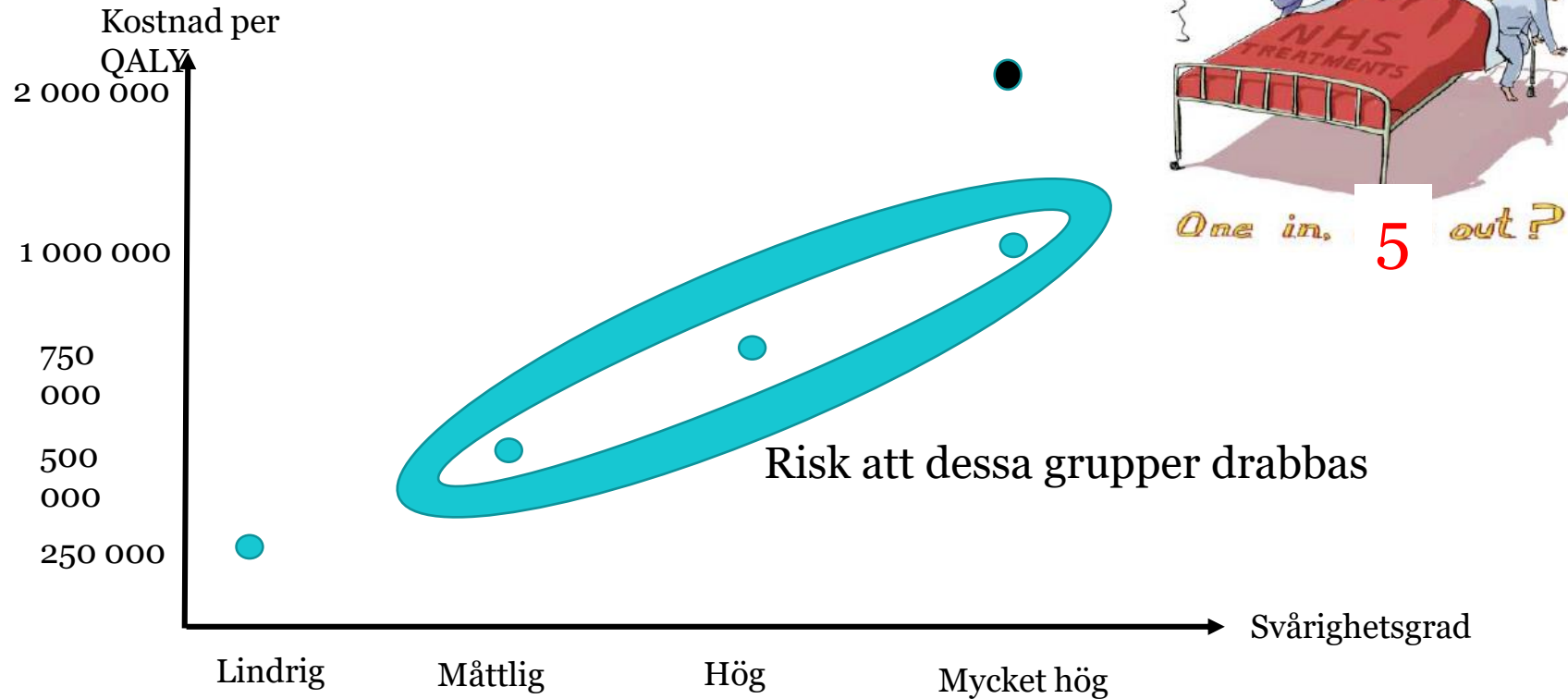
Alternativkostnad

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



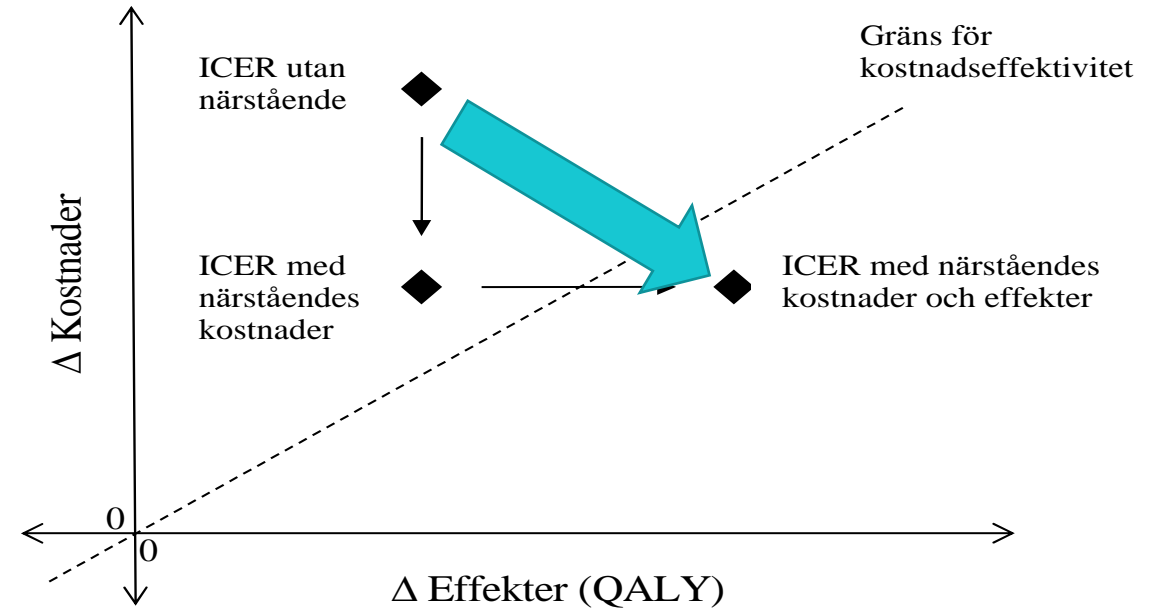
Tar vi bort tre vårdplatser till en kostnad av ca 4 miljoner– så förlorar vi ett liv per år - eller vinner om vi tillför tre vårdplatser

Alternativkostnad = förlorad hälsa och vem bär den?



Närstående

- Alla effekter bör tas med
= bättre kostnadseffektivitet
- MEN:
 - risk för ojämlikhet
 - risk för att närstående för en högre prioritering än svårare sjuka patienter
 - risk för ökad godtycklighet



Särskild finansiering

- Riksdagsförslag: Särskild finansiering med ingen eller mindre hänsyn till kostnadseffektivitet
 - Motargument:
 - Sådan finansiering måste öka från år till år (om inte bara introduktionsfinansiering)
 - Risk att effekterna vältras över på regionerna över tid
 - Finansieringen innebär att vi "skänker" bort en större andel av skattepengarna till läkemedelsindustrin utan att vi får mer hälsa för pengarna – i nuläget kan vi ha 20-50% rabatt på listpris – om vi inte ställde krav på kostnadseffektivitet och förhandlade = istället betala det till industrin
 - Högre betalningvilja => högre priser – värdebaserad prissättning
-

Så vad gör vi?

- Vi har i grunden bra verktyg i form av den etiska plattformen och dess tillämpning i TLV / NT-rådet etc.
 - De behöver utvecklas ytterligare för att möta de utmaningar vi står inför
 - Teori/empirisk forskning/lagstiftning
 - Svårighetsgrad – mer differentierade tröskelvärden – bedömning av osäkerhet
 - Processer för att använda dessa på nationell och regional nivå
 - Fortsatt dialog och diskussion – säkerställa legitimitet på olika nivåer i systemet
 - Fortsätta ställa krav på sänkta priser i förhandlingar – nya avtalslösningar = skapar dock sämre förutsägbarhet
-