

Erfaringer med udenlandske modeller for behandlingsråd på sundhedsområdet

Professor Jakob Kjellberg



Forside - Ethiske temaer - Sundhedsvæsenet - Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen

Prioritering i sundhedsvæsenet



KORT FORTALT

Her kan du læse udtalelsen om retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen. Du finder også baggrundsmateriale og beskrivelser af



Det Ethiske Råds vurdering er, at der i sundhedsvæsenet forekommer betydelig og uretfærdig forskelsbehandling.

Rådet anbefaler, at alle sundhedsvæsenets ydelser, ikke kun brugen af ny dyr sygehusmedicin, så vidt muligt underlægges ensartede og velbegrundede prioriteringsvurderinger. Dette lægger op til oprettelsen af et behandlingsråd.

Ikke mindst udgifterne til ny dyr sygehusmedicin vokser kraftigt i disse år. I 2017 blev Medicinrådet en realitet, der bl.a. skulle sikre, at den pris, man betaler, står mål med effekten, og rådets første sager har vist en vilje til at træffe prioriteringsbeslutninger, selvom det var upopulært.

Men medicin udgør trods alt kun 13 % af det samlede budget i sundhedsvæsenet, og udgifterne stiger også af mange andre årsager. Behovet for at prioritere bliver næppe mindre de kommende år. Mange patienter vil også fremover blive skuffede over at få afslag på adgang til optimal behandling. Så meget desto vigtigere er det, at prioriteringen er retfærdig.

Samtidig er der ingen tvivl om, at prioriteringsbeslutninger bliver truffet med stor omhyggelighed af politikere og sundhedsvæsen. Så er prioriteringen overhovedet uretfærdigt? Og hvordan bør man i givet fald fremme en mere retfærdig prioritering?

Kortlægning og komparativ analyse af modeller for nationalt behandlingsråd på sundhedsområdet

Hovedrapport



Marie Jakobsen, Lise Desirée Hansen, Christina Holm-Petersen, Arendse
Tange Larsen, Sarah Wadmann og Jakob Kjellberg

Afgrænsning og begreber

Undersøgelsen dækker erfaringer i fem forskellige HTA-institutioner i fem lande

CADTH i Canada

er en uafhængig institution, som blev etableret i **1989**

NICE i England er en uafhængig institution, som har eksisteret siden **1999** – betragtes af flere som verdens førende prioriteringsinstitut

Nye Metoder i

Norge har eksisteret siden **2013** og er et samarbejde mellem sundhedsmyndigheder mv.

MSAC i Australien er et uafhængigt råd, som blev nedsat af den australske sundhedsminister i **1998**

IQWiG i Tyskland er en uafhængig institution, som har eksisteret siden **2004** – har inspireret dele af metodegrundlag for det danske Medicinråd.

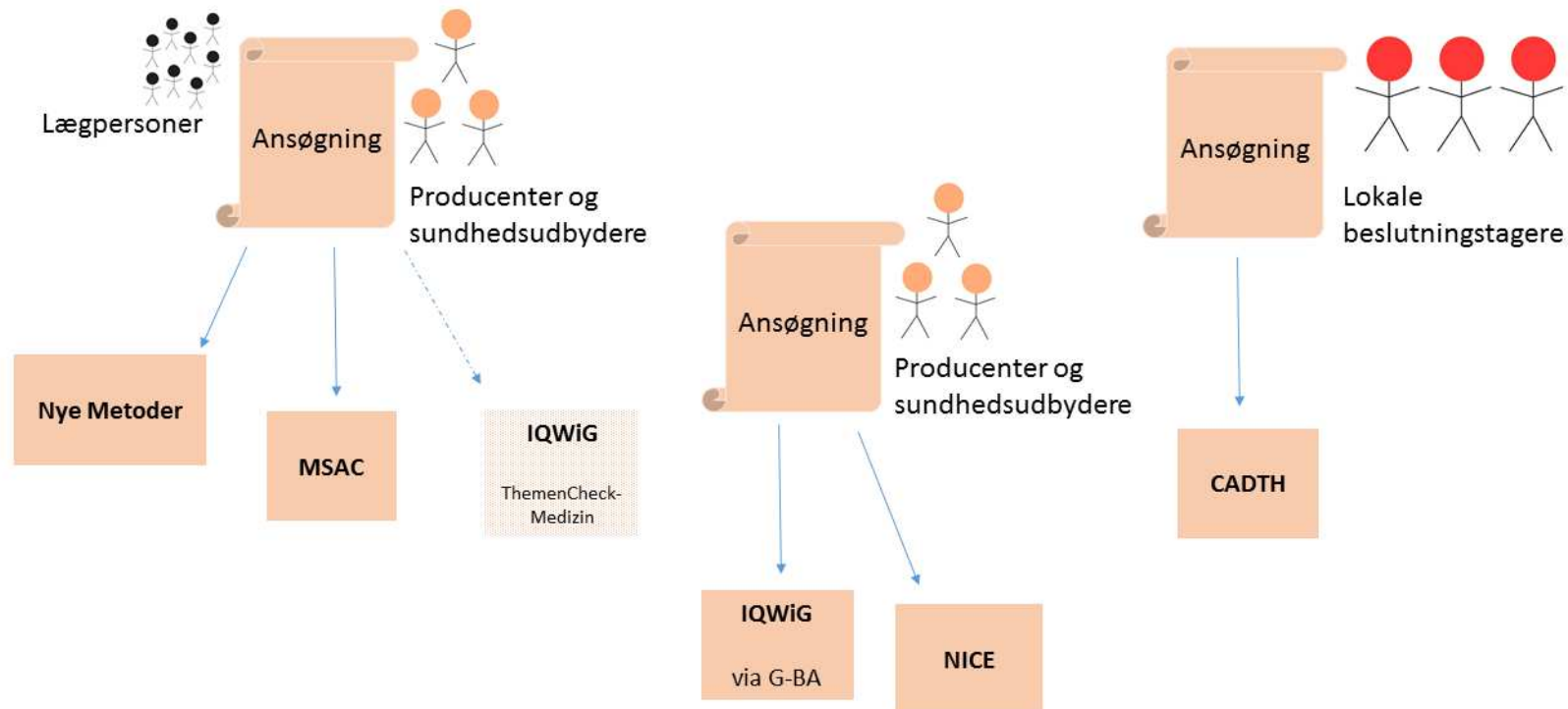
tid

HTA er defineret og tilrettelagt forskelligt i forskellige sundhedssystemer

- I nogle sundhedssystemer anlægges et bredt analytisk perspektiv som fx i den danske MTV-tradition, som dækker fire perspektiver (teknologien (effekt), patient, organisation og økonomi). I andre systemer anlægges et mere snævert perspektiv.
- I denne undersøgelse forudsættes en fuld HTA som minimum at omfatte en systematisk vurdering af sundhedsteknologien i forhold til både effekt og økonomi.

Resultater af kortlægningen

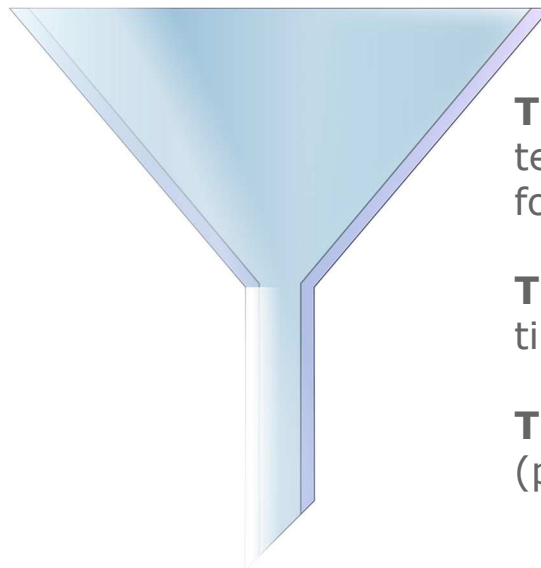
Ikke krav om, at sundhedsteknologier ud over medicin vurderes af HTA-institutionerne før ibrugtagning!
Emner udvælges typisk efter ansøgning.



Genstandsfeltet er ikke snævert afgrænset på forhånd



Ansøgninger



Trin 1: Opfylder ansøgningen formelle krav (er teknologien fx godkendt til brug og falder under formålet for HTA-modellen)?

Trin 2: Er der tilstrækkelig evidens og klinisk interesse til, at det giver mening at gå videre til evaluering?

Trin 3: Udvælgelse af sundhedsteknologier til evaluering (prioritering af emner)

**Sundhedsteknologier,
som evalueres**



Beslutningskriterier

Gevinster for patienter og/eller sundhedsvæsenet

NICE i England for omkostningsneutrale eller -besparende sundhedsteknologier
IQWiG i Tyskland

Omkostningseffektivitet

NICE i England for sundhedsteknologier, som indebærer meromkostninger

Omkostningseffektivitet som et blandt flere kriterier

Nye Metoder i Norge

MSAC i Australien (hvis der ikke er enighed i rådet, træffes beslutning efter afstemning)

CADTH i Canada (hvis der ikke er enighed i rådet, træffes beslutning efter afstemning)

Omkostningseffektivitet foretrækkes opgjort som meromkostninger pr. vundet kvalitetsjusteret leveår (QALY), men det er ikke altid muligt

HTA-modeller for sundhedsteknologier ud over medicin har forskellige formål

Sikre omkostningseffektiv brug af ressourcer i det offentlige sundhedsvæsen

NICE i England, MSAC i Australien

Sikre hurtig udbredelse af nye innovative sundhedsteknologier

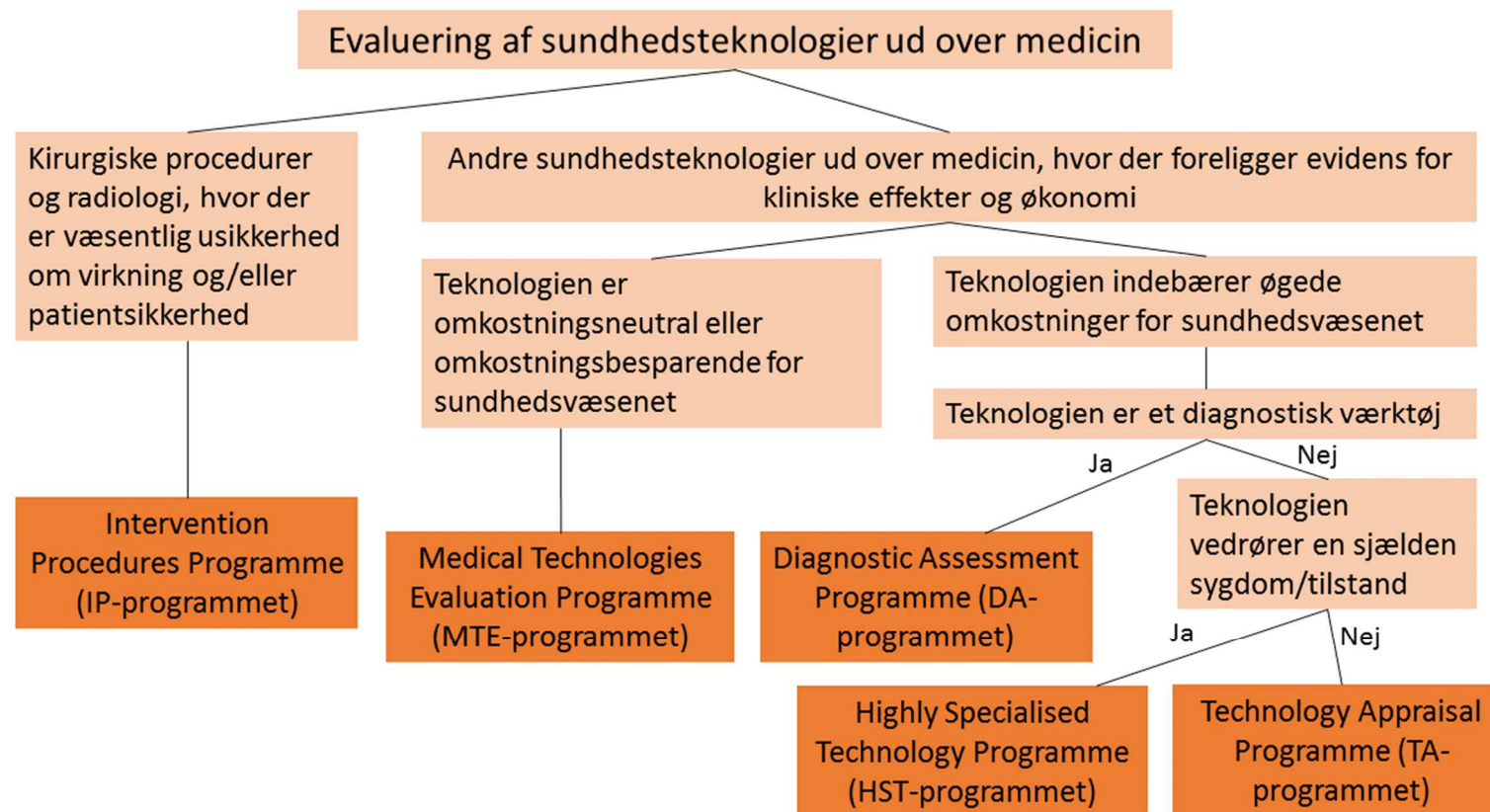
NICE i England, MSAC i Australien

Fremme afprøvning af nye sundhedsteknologier med potentiale

NICE i England, IQWiG i Tyskland

Nye Metoder i Norge har som den eneste af de fem HTA-institutioner (endnu) ikke udviklet en særlig HTA-model for sundhedsteknologier ud over medicin

NICE programmer til vurdering af sundhedsteknologier ud over medicin



Hovedfund

Udfordringer og potentialer i forhold til den praktiske opbygning af et nationalt behandlingsråd

- Sundhedsteknologier ud over medicin håndteres på en anden måde end medicin
 - Manglende evidens er den store udfordring, når man går fra at evaluere medicin til andre sundhedsteknologier
 - I alle fem lande på nær Norge er der udviklet særlige modeller til vurdering af sundhedsteknologier ud over medicin, som anvender andre typer af viden og metoder
- Kobling til implementering er afgørende

Konklusion

- Der findes ikke én model – nationale behandlingsråd i andre lande har forskellige formål, genstandsfelt og anvender forskellige metoder afhængig af formål og genstandsfelt.
- Der er således en række valg og overvejelser, som man skal gøre sig, inden man etablerer et behandlingsråd.
- Udfasning af eksisterende behandlinger varetages bedst i retningslinjer mv.