

# Hvordan bliver sundhedsvæsenet bedre til at fremme retfærdig prioritering?

Jakob Kjellberg

Etisk Råd

## Sundhedsvæsenet mangler en styring, der kan fremme retfærdig prioritering mellem patientgrupper

- Det Ethiske Råd anbefaler, at man systematisk indsamler flere data om effekt og forholdet mellem effekt og omkostninger ved eksisterende versus nye behandlinger, dvs. hvad samfundet betaler ekstra for et givent behandlingsfremskridt ("ICER").
- Inddragelsen af fx kvalitetsjusterede leveår (QALY) eller lignende metoder, der tillader simple og kvantificerede sammenligninger af omkostningsnytte på tværs af patientgrupper, kunne her være et oplagt supplement, selvom sådanne målinger ikke kan stå alene.



# QALY helt kort – der er ikke lignende omkostnings**nytte** metoder end cost per QALY

- Et standardiseret mål der kombinerer generel sundhedsstatus og overlevelse i et mål
  - Mulighed for at sammenligne behandlinger som har forskellig overlevelsesprofil og sundhedsstatusprofil
- Findes en række direkte mål, EQ5D, HUI osv. – samt afledte mål fra fx SF36 osv.
  - EQ5D er det bedst validerede og baseret på præferencevægte fra den generelle befolkning.
  - Ligesom alle andre generelle mål ikke perfekt.
    - Ikke følsomt over for meget små helbredsændringer – men det er heller ikke pointen med et generelt mål.
    - Man godt lave en mere følsomt QALY spørgeskema...

## Findes der en rigtig pris på liv eller QALY

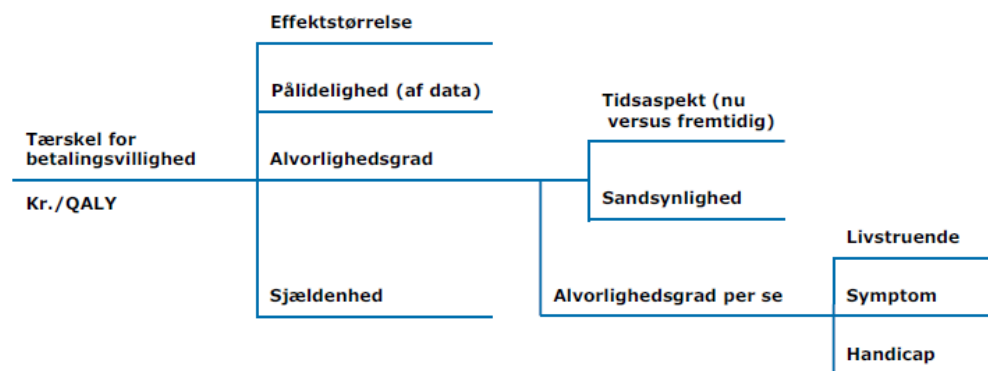
- Nej – men der findes et **givet** sundhedsbudget
  - Noget fortrænges når noget andet ikke laves
    - Der er ikke en hel masse "waste" man bare kan finde ...
  - Implicit kan man i princippet beregne en implicit pris per QALY ved besparelser
    - Svært i praksis
  - Man kan se hvad man plejer at ville give for en QALY
    - Og så bruge det ensartet for forskellige grupper

# Hvad er tærskelværdien typisk for en QALY

- Maksimalt et sted mellem 200.000 til 1 mil.

- NICE: £20-£100.000
  - Mest for orphan drugs – hvor der ikke er andre alternativer mv.
- Norge: Op til ca. NOK 800.000
  - Men kun hvis det er meget alvorligt
- Sverige
  - Op til ca. 1 mil SEK
  - også nej til 100.000 kr..

Figur 9.5 Betalingsvilligheden bestemmes af en sammenvejning af faktorer



Kilde: (Liliemark 2015).

[Share](#)

# NICE would welcome further discussions about access to spinal muscular atrophy drug nusinersen

NICE hopes for further talks over nusinersen for treating a rare genetic disorder; spinal muscular atrophy (SMA).



Draft guidance does not recommend nusinersen, also called Spinraza and made by Biogen, for routine use on the NHS because of uncertainties over its long-term effectiveness and its extremely high cost.

The committee concluded that, based on its list price, the cost-effectiveness estimates for nusinersen ranged between £400,000 and £600,000 per year of quality adjusted life (QALY) gained. Even with a proposed confidential price reduction the cost of nusinersen is too high for it to be considered a cost-effective use of NHS resources.

However it is hoped further negotiations can be held between NICE, the company and NHS England.

## Hvorfor er Medicinrådet kun et første skridt....

- Det dækker kun sygehusmedicin
  - Men andre områder kunne med fordel også inddrages...
- Kategorisering i fagudvalg/ MR er heller ikke altid så gennemskuelige
  - ”Relative” effekter mere en absolutte effekter
    - Penge til lungecancer (Tecentriq)...
    - Brug for en mere ensartet lineal?

## Lever en QALY model op til at været retfærdig

- **Ikke-diskrimination:**
  - QALY er blind
- **Retfærdig fordeling:** Skele til patienternes situation (fx alvoren af deres sygdom) og til udbyttet af en given indsats (antal leveår og helbredsrelateret livskvalitet)
  - QALY tærskel kan modificeres efter retfærdighedsprincipper
- **Retfærdig proces:** Prioriteringsbeslutninger bør træffes på en demokratisk legitim måde efter et princip om ”ansvar for rimelige beslutninger”
  - Det er i hvert fald mere transparent end så meget andet...
  - Det mindst ringe – hvis brugt med omtanke...