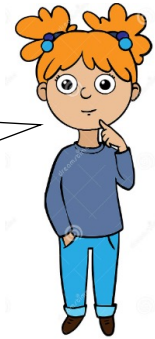


Vilken vård är mest värd?

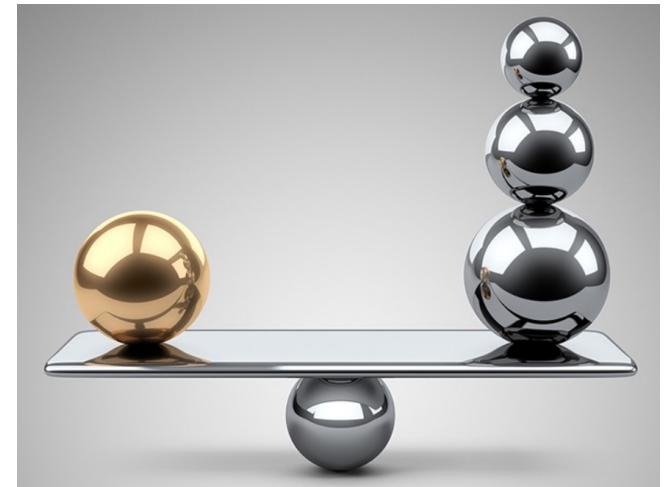
Makroperspektivet



Blått är väl lika fint som rosa?



Allmänläkardygnet 10 november 2022



Cecilia Andersson (C) Ordförande Prioriteringsberedningen i VGR
Anna Holst, specialist i allmänmedicin Närhälsan Backa, med dr

Agenda

- Cecilia: uppdrag – Prioriteringsberedningen i VGR
- Anna: prioriteringsplattformen
- Anna: hälsoekonomi
- Cecilia: verkstad i politiken
- Frågor och diskussion i storgrupp

Ett (t)ungt perspektiv

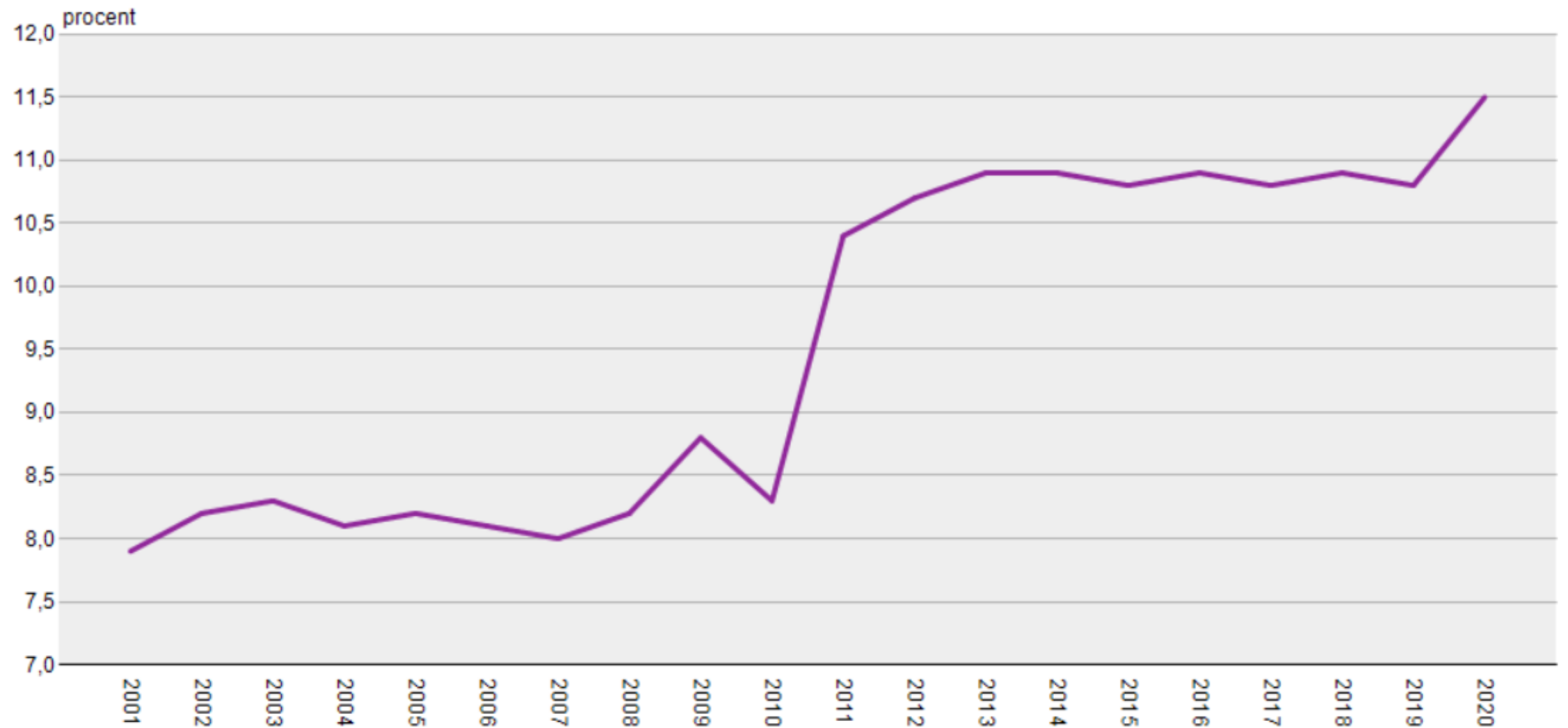


Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care

Kenneth J. Arrow

The American Economic Review, Volume 53, Issue 5 (Dec., 1963), 941-973.

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP, procent efter år.



Fördelning av sjukvårdskostnader



Hälsa- och sjukvårdens andel av BNP var 10,9 procent 2019

Statistiknyhet från SCB 2021-03-31

Omöjligt att INTE prioritera

Valet står mellan att

1. Prioritera genomtänkt, rättvist och effektivt
2. Prioritera ogenomtänkt, orättvist



Primum non nocere

SVERIGES 
RIKSDAG 



Start Ledamöter & partier Utskotten & EU-nämnden Debatter &

Start / Dokument & lagar / Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30)

Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30)

3 kap. Allmänt

1 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

2 § Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.



Den etiska plattformen för prioritering

1. Människovärdesprincipen
2. Behovs- och solidaritetsprincipen
3. Kostnadseffektivitetsprincipen

Människovärdesprincipen



Behovs och solideritetsprincipen



Grundläggande begrepp

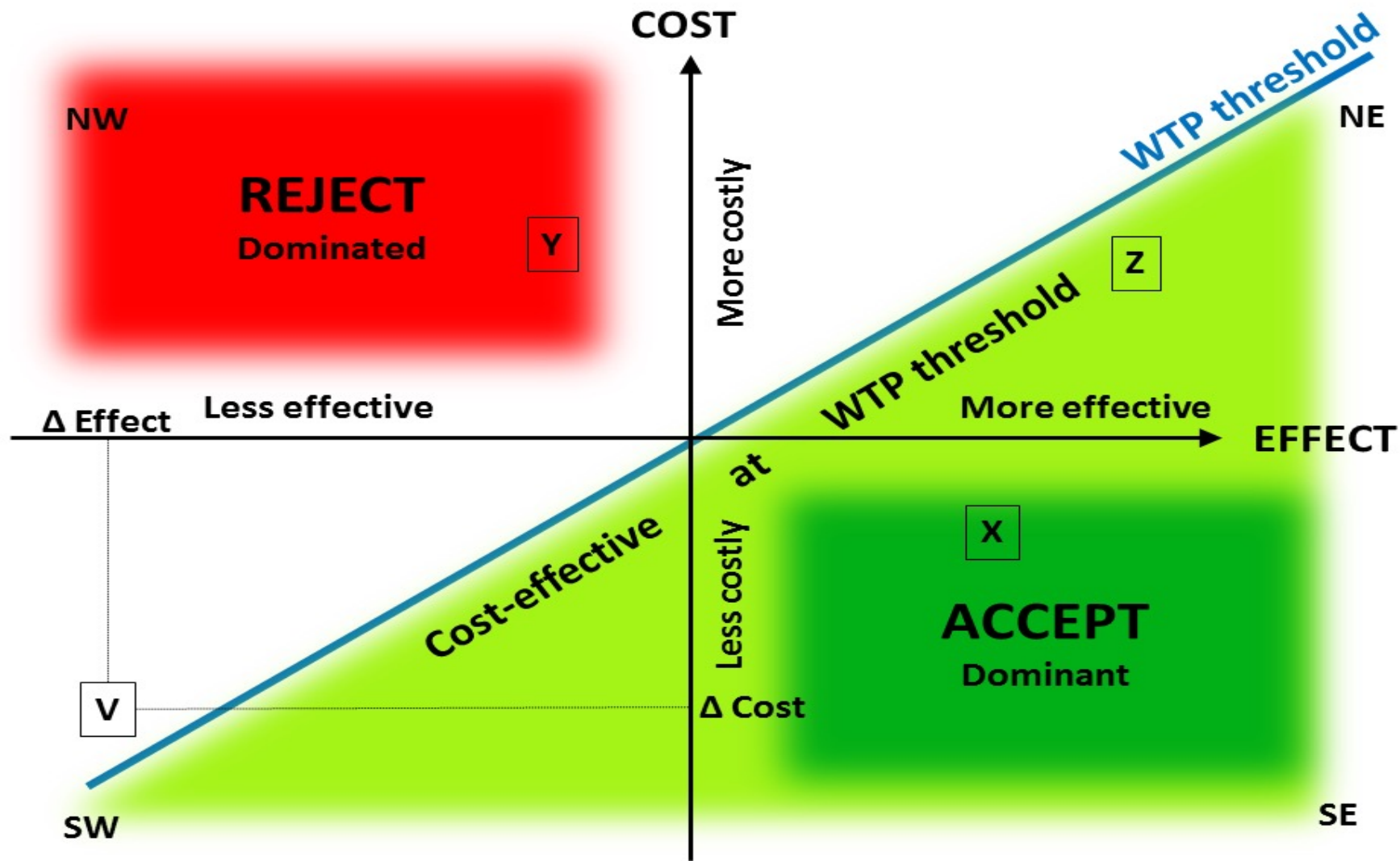
- **Ekonomi** - att hushålla med begränsade resurser
- **Nationalekonomi** – analys av produktion och konsumtion av varor och tjänster givet samhällets begränsade resurser
- **Hälsoekonomi** – analys av produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård
- **Alternativkostnad** - kostnaden för alternativ B som inte blir utfört när man lägger pengarna på alternativ A

Kostnadseffektivitetsanalys



- Tar hänsyn till både kostnader och effekter (patientnytta)
- Jämför två eller fler åtgärder
- Analysen bygger på skillnaden i kostnad och skillnaden i effekt mellan åtgärder
- Jämför i flera perspektiv (inte bara sjukvårdens)

Kostnadseffektivitetsplan

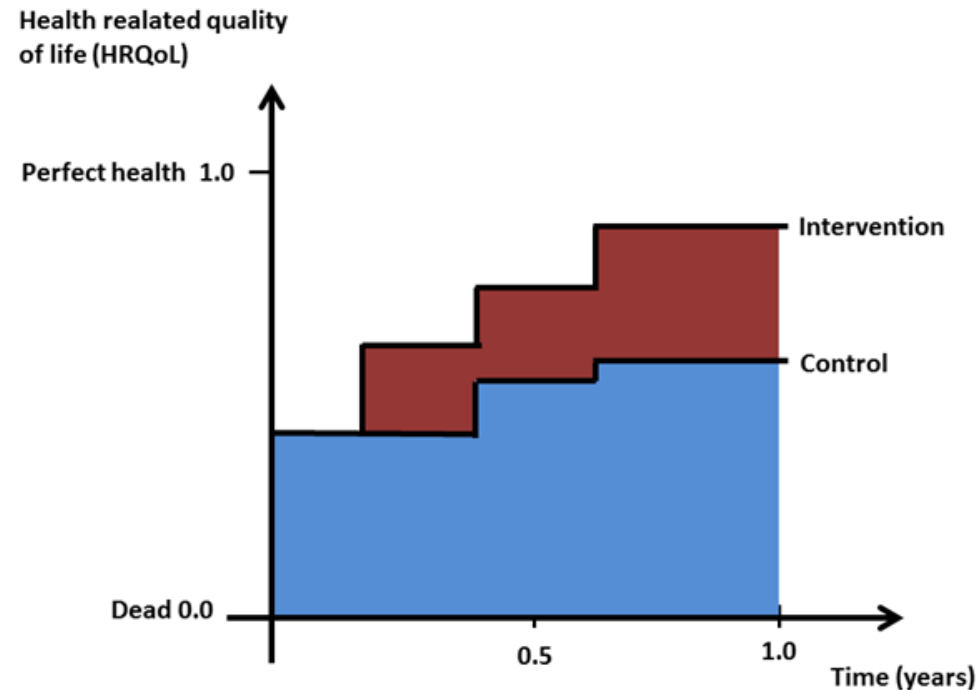


V,X,Y,Z = ICER examples

Holst, A. "Aspects of cost-effectiveness and feasibility of implementations for care of depressed persons in primary care-internet-based treatment and care manager organisation." (2019).

QALYs

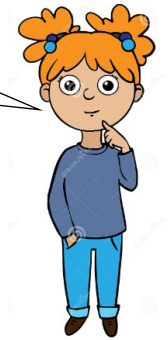
- Kvalitetsjusterade levnadsår
- 1 QALY = Ett år vid full hälsa
- Summan av QALY weights under en tidsperiod =
arean u



Perspektiv - vem bedömer värdet?



Blått är väl
lika fint
som rosa?



Att genomföra en kostnadseffektivitetsanalys

1. Vad skall utvärderas?
2. Vilket perspektiv skall utvärderas?
3. Beräkna kostnader
4. Beräkna effekter
5. Beräkna kostnadseffektivitet (inkrementell ratio)
6. Jämför alternativen



Kostnadseffektivitets-analys av samordnad vård med care manager vid behandling av depression i svensk primärvård

Frågeställning:

Är samordnad vård med care manager kostnadseffektivt jämfört med CAU ur sjukvårdsperspektiv? Ur samhällsperspektiv?



Beräkna kostnader – sjukvårdsperspektiv

- Mät
 - antal besök, besökens längd, personalkategori
 - antal recept av resp läkemedel
- Värdera
 - Timkostnad läkare? Baseras på läkarlön.
 - 30 min läkarbesök: 0.5 x timkostnad (läkare)
 - vad kostar 100 citalopram a 10 mg?

SJUKVÅRDSKOSTNAD

Sjukvårdspersonal

besök, kontakter

Utrustning+Behandling

Beräkna kostnader – icke sjukvårdsperspektiv

- Mät

- antal timmar borta från produktion/arbete
 - Sjukskrivning
 - Behandling
 - Transport t o fr sjukvård

- Värdera

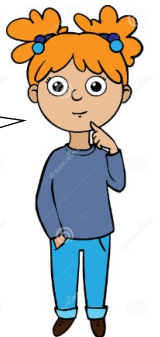
- humankapital-metoden /friktionskostnads-metoden
- "average gross wages" – vad kostar en medborgartimme?

ICKE SJUKVÅRDSKOSTNAD

Produktionsförlust

Sjukskrivning
Tidsåtgång behandling + transporter

Blått är väl
lika fint
som rosa?



Kostnader

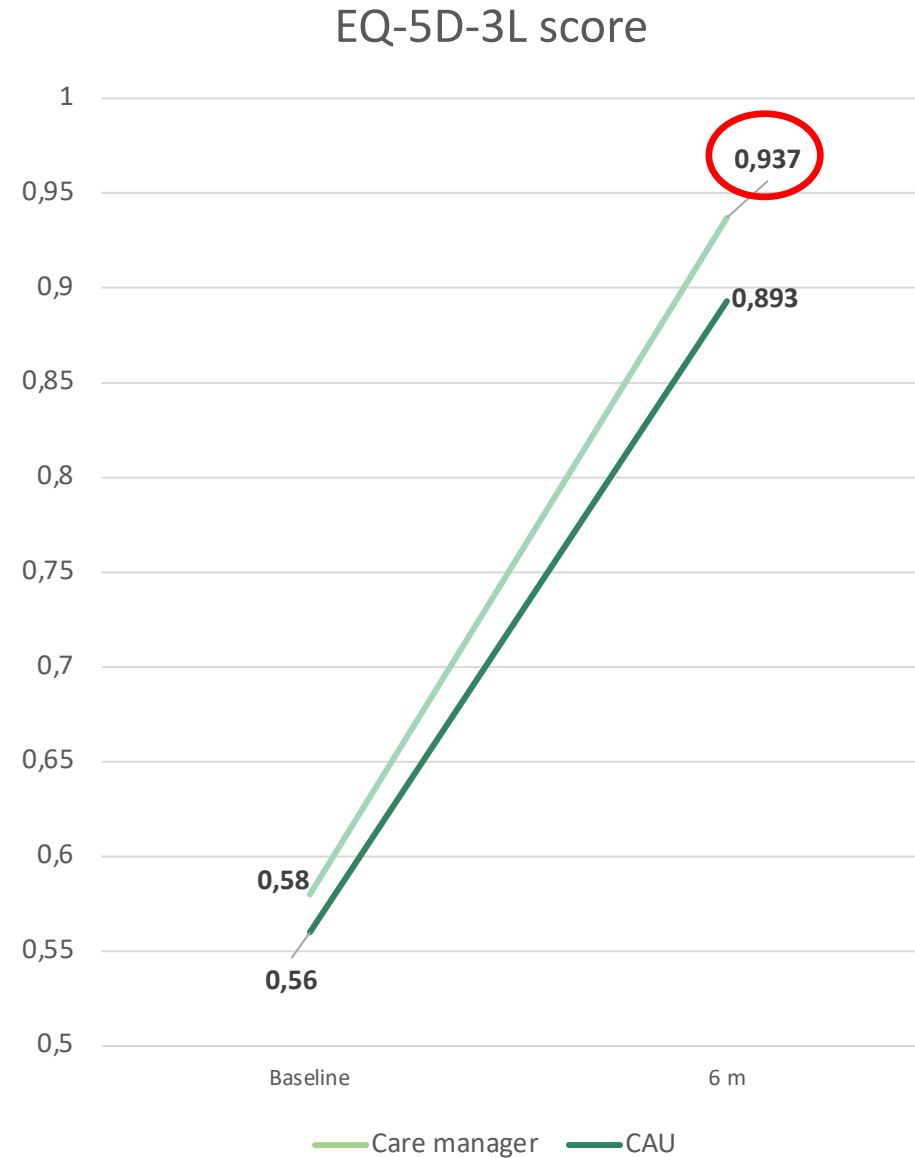
Medelkostnader per patient (SEK) 6 mån	Care manager	Sedvanlig vård
Utbildning av personal	920	-
Kontakter sjuksköterska	620	230
Kontakter läkare	1 030	1 000
Kontakter psykoterapeut	520	620
Kontakter fysioterapeut	20	60
Läkemedel	570	550
Sjukvårdskostnader	3 670	2 460
Sjukskrivningskostnader – non health care costs	58 500	71 240
Totala kostnader – total societal costs	62 170	73 700

Effekter 6 mån

Antal depressionsfria dagar

Care manager **79,4**

Sedvanlig vård 60,1



Beräkna kostnadseffektivitet med

Incremental cost-effectiveness ratio – ICER

$$\text{ICER} = \frac{\text{kostnad (Care Manager)} - \text{kostnad (sedvanlig vård)}}{\text{effekt (Care Manager)} - \text{effekt (sedvanlig vård)}} = \frac{\Delta \text{ kostnad}}{\Delta \text{ effekt}}$$

- ICER = prislappen för en enhets ökning i effektmåttet (t ex 1 fler depressionsfria dagar)
- Låg ICER – hög kostnadseffektivitet

Kostnadseffektivitet

Table 3 Mean healthcare and societal costs per patient, as well as difference between care manager and care as usual (CAU) group in the PRIM-CARE RCT with 95% CI

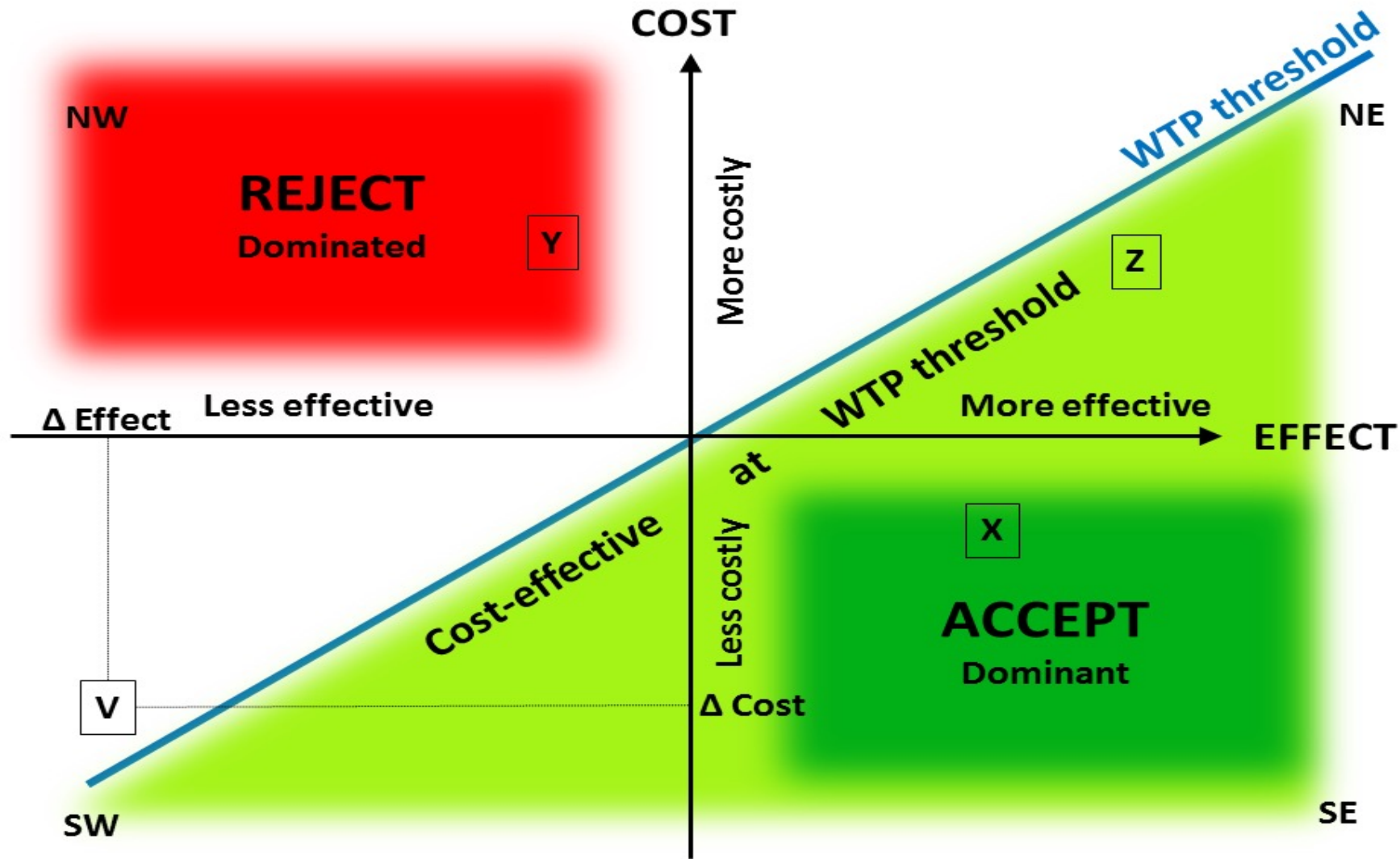
Costs in Swedish kronor / €	Care manager	CAU	Adjusted difference (95% CI)*
Health care costs	3674 / €368	2464 / €246	1210 / €121 (569 to 1852)
Societal costs	58 500 / €5 850	71 241 / €7124	-11 531 / €-1153 (-37 690 to 14 627)
Total costs	62 174 / €6 217	73 705 / €7371	-11 945 / €-2001 (-38 010 to 14 120)
Patient outcome measures			
QALYs	0.357	0.333	0.018† (0.016 to 0.019)
Depression Free Days (DFD)	79.43	60.14	17.16† (3.84 to 30.47)
Incremental cost-effectiveness ratios in Swedish kronor (SEK) / €			
Cost per QALY: societal perspective		Care manager is dominant	
Cost per QALY: health care perspective		67 731 SEK / €6773	
Cost per DFD: societal perspective		Care manager is dominant	
Cost per DFD: health care perspective		71 SEK / €7	

*95% CI is adjusted for the fact that patients are clustered within primary care centres and difference estimates are adjusted for baseline data on health status.

†P value for difference in mean <0.001.

RCT, randomised controlled trial; QALY, quality-adjusted life year.

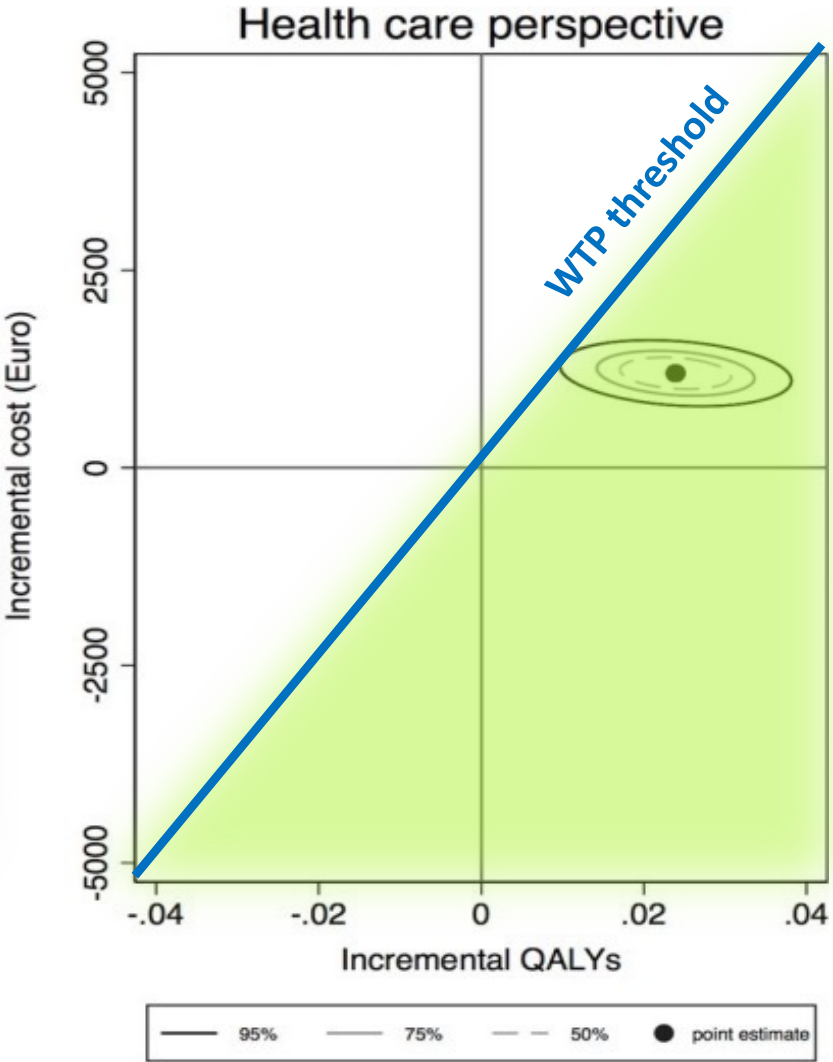
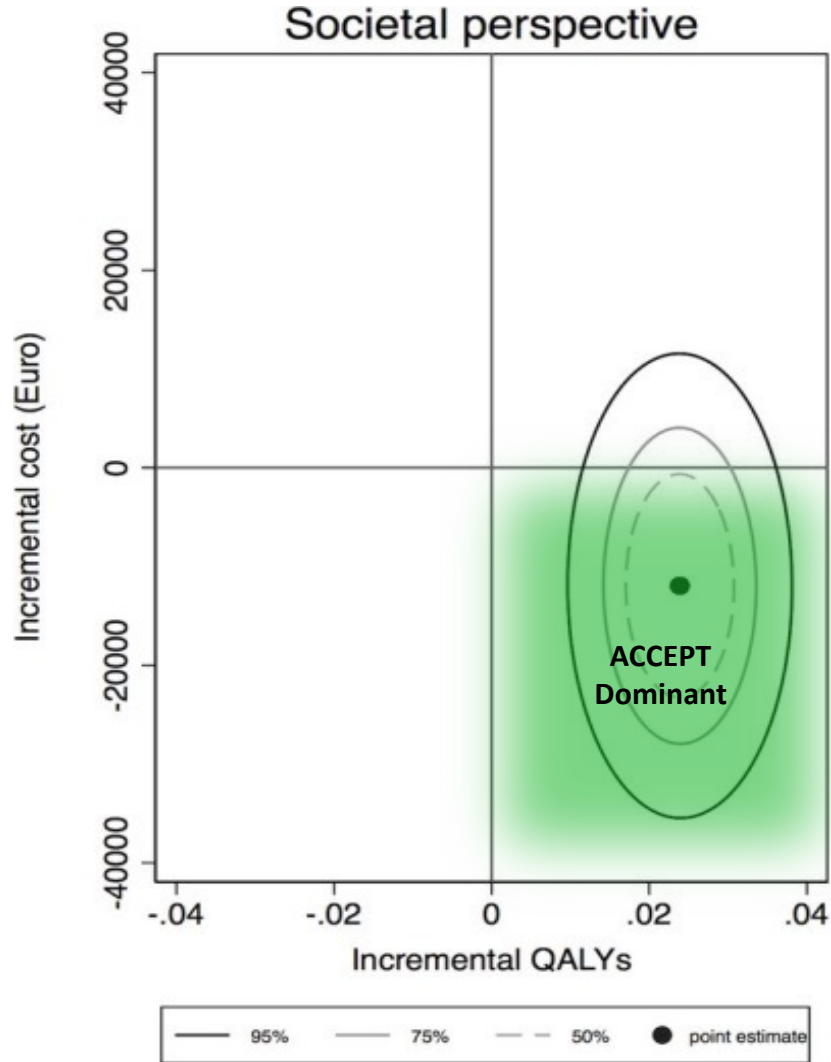
Kostnadseffektivitetsplan - ICERs



V,X,Y,Z = ICER examples

Holst, A. "Aspects of cost-effectiveness and feasibility of implementations for care of depressed persons in primary care-internet-based treatment and care manager organisation." (2019).

Inkrementell kostnad per QALY



På makronivå

- Vertikala prioriteringar
- Horisontella prioriteringar

Vertikal styrning
I en horisontell värld

Tilläggsyrkande

2022-11-09

Ärende: 9

Den fortsatta utvecklingen av systemet för kunskapsstyrning förväntas leda mot det övergripande målet om god vård, det vill säga att kunskapsstyrningen ska bidra till en mer kunskapsbaserad, säker, personcentrerad, jämlik, tillgänglig och effektiv vård.

I rekommendationen från SKR föreslås regionerna att besluta om den föreslagna inriktningen för 2023–2027. I uppdraget står det bland annat att regionerna i första hand ska ha fokus på att leverera underlag till den politiska ledningen för ett kunskapsbaserat beslutsfattande och den egna regionala och lokala planeringen och prioriteringen.

Det står också att regionerna uppdrar åt styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS) att, utöver att bidra till ovanstående utveckling, särskilt: ...” se över och utveckla processer och metodstöd så att kunskapsstöd framtagna inom systemet baseras på ändamålsenliga gap- och behovsanalyser och tydliga prioriteringar”...

I dokumentet då man hänvisar till prioriteringar verkar man endast syfta till vertikala prioriteringar. Vad som dock inte nämns kopplat till kunskapsorganisationen är vikten av horisontella prioriteringar, ett arbete som måste bedrivas på alla nivåer. Genom att kunskapsorganisationen inte har ett uppdrag som innehåller horisontella prioriteringar är risken stor att det skapas gap mellan medicinska områden. Vilket i sin tur leder till att hälso- och sjukvårdens resurser inte fördelas efter behov.

Västra Götalandsregion har både kunskap och erfarenhet av flera arbeten med horisontella prioriteringar men det saknas i SKRs rekommendation. För att inte bygga in och öka de skillnader som redan finns i resurssättning mellan medicinska områden utan att hänsyn är tagen till den etiska plattformen bör Hälso- och sjukvårdsstyrelsen se över hur Västra Götalandsregionen kan utveckla sitt arbete med horisontella prioriteringar inom kunskapsorganisationen.

Förslag till beslut

Att *hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att redovisa ett förslag hur arbetet med horisontella prioriteringar inom den regionala kunskapsorganisationen kan utvecklas.*

Cecilia Andersson (c)

Inriktning för fortsatt utveckling av det nationella systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet 2023–2027

Att hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att redovisa ett förslag hur arbetet med horisontella prioriteringar inom den regionala kunskapsorganisationen kan utvecklas.

Prioriteringsberedningen

- Beredningen ska utveckla och främja den samlade processen för arbetet med regionala horisontella prioriteringar. Genom att föra ihop olika delar av organisationen bidrar beredningen till det regiongemensamma prioriteringsarbetet.
- Prioriteringsberedningen ska ha ett invånare- och regionövergripande systemperspektiv.



Ordnat införande - Introduktionsfinansiering

Bedömning

- Den samlade bedömningen utgår från vårdens grundläggande etiska principer
- **Följande variabler bedöms:**
- Sjukdomens svårighetsgrad
- Effekt av åtgärd,
- Risker med åtgärden
- Evidensstyrka

Prioriteringsberedningen - prioritering av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp

Lars Sandman

Prioriteringscentrum, Linköpings universitet

Upplägg

- Urval av tre personcentrerade sammanhållna vårdförlopp:
 - Identifiera tre som delvis konkurrerar om liknande resurser
 - Helst där gap-analyser är gjorda och det därmed finns underlag att utgå ifrån
 - Dela in prioriteringen i grupper om 3-4 personer som får arbeta samlat
 - Arbeta stegvis och bedöm de olika parametrar som ingår i modellen på nästa sida
 - Börja med att bedöma svårighetsgrad hos dessa tillstånd – använd modellen på sidan 4 – detta ger en första rangordning
 - Bedöm nyttan och evidensen av insatserna – förändrar det rangordningen?
 - Bedöm kostnadseffektivitet om det finns sådant underlag – förändrad rangordning?
 - Finns det konkurrens om någon trång resurs – där rangordningen kommer vara väsentlig för att prioritera resursen?
 - Potentiell undanträngning av annan vård om dessa införs?

Modell för bedömning av svårighetsgrad

Livskvalitetspåverkan					Livslängspåverkan			
Aktuellt hälsotillstånd					Framtida ohälsa			
	Fysiska / psykiska symtom/ funktionsnedsättning Aktuella funktionsnedsättningar t ex smärta, dyspné, oro, stort korttidsminne, sömnlöshet, yrsel, högt blodtryck, förstoppning. Ange grad av funktionsnedsättning utifrån adekvata bedömningsinstrument	Praktiska konsekvenser/aktivitetsbegränsning Aktuella aktivitetsbegränsningar 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 delaktighetsinskränningar p g a sjukdom/skada t ex svårigheter att klara ett arbete, fritidsysselsättning, 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/grav</u> symtom, praktiska och/eller sociala konsekvenser om inget görs	Risk för förtida död Risk för förtida död i procent om inget görs	Livslängdspåverkan Tid till död om inget görs
Mycket stor			0					
Stor								
Måttlig								
Liten								
Ingen		1						

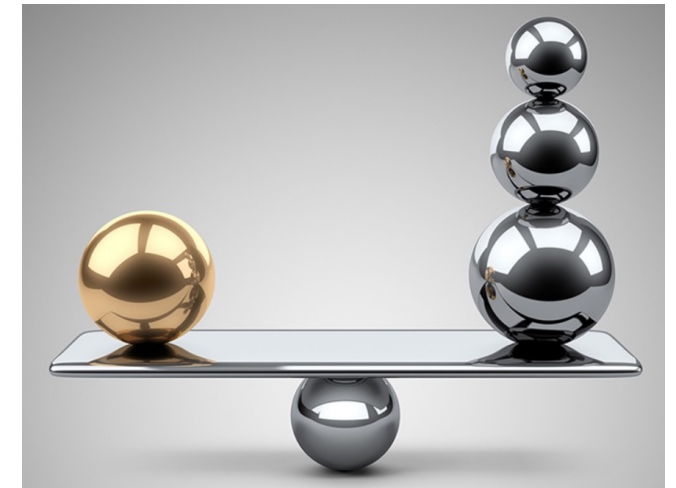
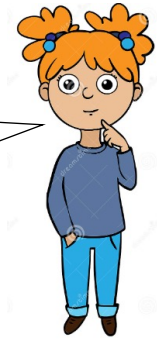
Modell för rangordning av PSV, Osteoporos

Tillstånd	Vilka resurser konkurrerar man om?	Svårighets-grad	Kommentar	Patientnytta – vad bidrar vårdförloppen med i form av tilläggsnytta jfr med nuvarande vård	Kommentar	Kostnads- effektivitet	Kommentar	Rangordning - internt mellan PSV	Rangordning inom sitt fält	Kommentar – vad kan ransoneras för att frigöra resurser = lägre rangordnat?
Osteoporosfraktur hos personer 50 år och äldre. Vårdförloppet gäller frakturkedja, dvs sekundärprevention efter osteoporosfrakturer	Resurser för personal (utför DXA mätning) inklusive läkare (utreder, tolkar DXA-mätningar, behandlar). Kostnad för patientutbildning, läkemedel mot osteoporos.	Allvarlig/hög. Flera frakturer, så som höft- och kotfraktur. Leder till ökad dödlighet, minskad funktionsförmåga, försämrad livskvalitet, smärta, mm.		Ökad utredning och behandling, som leder till minskat antal frakturer, mindre lidande och bättre överlevnad, bättre livskvalitet. Kostnadsbesparande för sjukvården då färre drabbas av fraktur		Kostnadsbesparande åtgärder enligt Socialstyrelsen och SKRs hälsoekonomiska utvärderingar	Ges prioritet 1 (av 10), dvs högsta möjliga i nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, 2020		1	Utredning av oprioriterade patienter med låg frakturrisik

TACK



Blått är väl
lika fint
som rosa?



Cecilia Andersson (C) Ordförande Prioriteringsberedningen i VGR

Anna Holst, specialist i allmänmedicin, med dr

Verktyg för horisontell prioritering – hälsofrämjande insatser

- <http://halsokalkylator.se/>

Om insatsen kostar lika eller mindre 1,7 – får man hälsa gratis!



Skattningar av framtida samhällskostnader:



Riskfaktorer, Hälsa och Samhällskostnader (RHS-modellen)

”Hälsokalkylator”

