

Er Medicinrådets beslutninger politisk forsvarlige?

Leif Vestergaard Pedersen

Medlem af Medicinrådet (indstillet af Danske Patienter) og medlem af
Etisk Råd. Tidligere direktør i Kræftens Bekæmpelse og tidligere
sundhedsdirektør i Region Midtjylland

Medicinrådet

Beslutningerne

- Fagligt baserede:
 - Vurdering af lægemidler
 - Udarbejdelse af behandlingsvejledninger
- Politisk baserede:
 - Er et lægemiddel for dyrt i forhold til effekten?

Medlemmernes baggrund

- Fagligt
 - Dygtige
 - Respekterede
- Politisk
 - Instruks fra Danske Regioner
 - Alvorlighedsprincip
 - Forsigtighedsprincip
 - Mandat og baggrund i øvrigt?

Hvad må sundhedseffekt koste?

Regionsrådet i Midtjylland (2008)

- Patient med alvorlig, livstruende og sjælden sygdom
- Ingen godkendt behandling
- Mulig eksperimentel behandling: 2 mio kr.
- Behandle: ja/nej?
- Regionsrådet: Ja til behandling

Medicinrådet (2019) Revlimid

- Patient med alvorlig sygdom (kræft)
- Godkendt behandling giver 2 års ekstra levetid
- Udgift pr. Patient: 1,7 mio kr (excl. Rabat)
- Standardbehandling: ja/nej?
- Medicinrådet: Nej til standardbehandling (risen ude af proportioner med effekten)

Hvilke sundhedseffekter skal vi gå efter?

Døvebehandling 2006

Til Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen
Til Folketingets Sundhedsudvalg
Til Århus og Københavns amters Sundhedsudvalg og Sygehusudvalg

Århus, den 7. oktober 2005

Hvorfor ikke kurere et handicap helt, nu man er i gang?

I Danmark tilbydes børn, der fødes døve, en operation som sikrer dem en halv høresans - groft sagt. Det er et kæmpe fremskridt. Men den hørelse, børnene opnår, er selvfølgelig ikke optimal, og chancen for, at de senere hen kan klare sig uden støtte og bidrage fuldt ud til samfundet, er også nedsat. Lande, Danmark ofte sammenligner sig med, er for længst gået i gang med at operere på det andet øre, fordi det på sigt giver børnene de samme muligheder, som andre børn. Det lyder som sundhedsfaglig, social og samfundsøkonomisk sund fornuft. I Danmark tøver vi. Selvfølgelig er det et spørgsmål om ressourcer, og mange vil sige, at vi ikke har råd til operation på begge ører. Mit spørgsmål er, har vi råd til at lade være?

Min søn Magnus, er født døv og er alligevel lige startet i en helt almindelig børnehørs-kammerater på 3 år. Det kan lade sig gøre, fordi han har fået et cochlear implantat - fantastisk.

Magnus er med sin CI i løbet af de halvandet år. Hans sprogdudvikling, og jeg regner med, hans skolegang, er fantastisk.

Men Magnus er og vil altid være døv. Der er baggrund i det, og det er ikke noget, vi kan gøre noget ved.

Amternes sundhedsudvalg: - selvom man godt kan nøjes med et øre, behandler vi begge ører

... værn på ét øre - et valg som, så vidt jeg kan forstå, er ...ancer til at operere alle børn på begge ører. ... ikke at være i besiddelse af tilstrækkelig dokumentation for det forøgede udbytte af at ...erere på begge ører.

Det første burde man kunne gøre op med ved at betragte den danske økonomi som en helhed: Hvis man opererer på begge ører har samfundet i langt højere grad gjort sit til, at barnet under sin opvækst kan klare sig med mindst mulig støtte (= færrest mulige kroner ud af statskassen). Og endnu vigtigere: Man sikrer bedst muligt, at personen senere i sit liv er i stand til at bidrage maksimalt til det omgivende samfund ved at være fulgyldigt medlem på arbejdsmarkedet.

Blindebehandling 2019 (Holoclar)

- Visse patienter der er blevet blinde af forbrændinger kan genvinde synet.
- Medicinrådet: hvis patienten kan se med det ene øje, skal han **ikke** behandles. Det er for dyrt. (0,8 mill kr pr øje)

Hvilke omkostninger skal indgå ?

Lægemiddel mod blindhed (Luxturna)

- Patienter med gendefekt.
- Patienten mister gradvist synes.
- Blinde som 30-årige
- Udgifter 5,2 mill kr
- Medicinrådet: Nej til standardbehandling

Hvilke omkostninger

- Udgifterne er regionernes udgifter.
- Kommunale besparelser ikke opgjort (indgår ikke)
- Besparelser på pensionsudgifter kan ikke indgå efter Danske Regioners model.

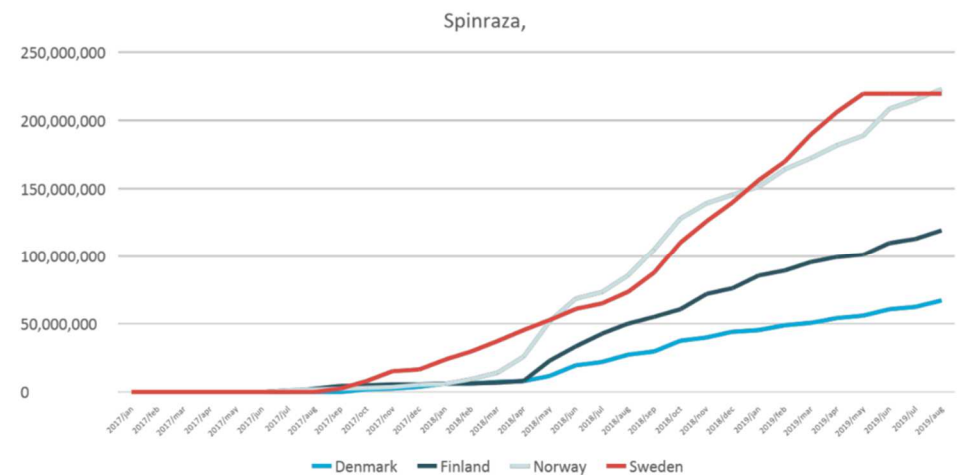
Politisk forsvarlighed..?

Betalingsvilje normal større for lægemidler der anvendes..

- Til børn og unge
- Invaliderende fremadskridende sygdom
- Som eneste mulige behandling
- Som kan udskyde døden

Har DK en anden prioritering end lande vi normalt sammenligner os med ?

Spinal Muskelatrofi (Spinraza)



Source: Nordic Pharma Insights

"Prioritering på sundhedsområdet
det er ikke klinik og matematik
– det handler om etik og politik"

Der er brug for...

- Bedre Politisk rammesætning for et råd der fastlægger politik på et af samfundets kerneområder
- **Ikke** behov for "tærskelværdier" (en fast grænse for hvor meget vil give for en ekstra leveår/QALY)
- Måske skal noget af budgetpres-tænkningen ud af Medicinrådet

Eksempelvis:

Skal forskellige forhold ved patienter vægtes forskelligt?

Hvornår er vi over/under en grænse for hvad vi vil/kan?

Få alle omkostninger og besparelser med. Der er ikke altid data for alt – men så må der skønnes. Pensionsudgifter kan indgå i perspektivering

Få forbedret Medicinrådets metoder, så små patientgrupper ikke kommer i klemme

Slå fast, at vi har råd til det sundhedsvæsen vi har – ikke planer om at underkende eksisterende behandlinger af økonomiske årsager

Lidt spekulationer...

- Mon DK alene kan få sat urimelige medicinpriser ned ved at nægte patienterne behandling?
- Burde vi sørge for at Medicinrådet sikrede:
 - Udarbejdelse af beslutningsgrundlag for patienterne ("er medicinen egentlig til nytte for mig?"), så unyttig medicin ikke anvendes.
 - Behandlingsvejledninger (kvalitet, effektivitet og besparelser)
- Danske Regioner burde samarbejde med andre lande og bruge af deres erfaringer (Holland, nordiske lande mfl.).
- Indgå i internationale overvejelser om der er grænser for, hvordan man kan udnytte det monopol samfundet (lovgivningen) har givet virksomheder.