

NOTAT

Opgang Blok A
Afsnit 1. sal

Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 59 17
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721

Dato: 29. februar 2016

Paneldebat – NETØK seminar om Sundhed, Sygdom og Økonomi d. 4. marts 2016

Tre hovedbudskaber ift. prioriteringsdebatten – budskaberne uddybes nærmere efterfølgende.

Prioritering sker under alle omstændigheder

- Prioritering sker allerede på alle niveauer og i alle sektorer
- Der prioriteres for at sikre mest mulig sundhed med de ressourcer, vi har til rådighed
- Men prioritering bør ske mere åbent og gennemsigtigt
- Regionerne har foreslået et Medicinråd, der tænker økonomi ind i forbindelse med ibrugtagning af ny medicin.

Regionernes råderum udhules pga. statslig detailstyring

- Regionernes opgave er at styre og prioritere i sundhedsvæsenet
- Statslig styring begrænser dog råderummet, fx ved lovgivning – udvidet ret til frit sygehusvalg – og ved øremærkede bevillinger

Sker forskningen for patienternes eller indtjeningens skyld?

- Regionerne skal både sikre patientbehandling og bidrage til vækst
- Forskning kan frembringe nye og bedre behandlinger
- Men privat finansieret forskning opfylder ikke nødvendigvis samfundsmæssige hensyn
- Derfor er der også brug for offentligt finansieret forskning, hvor der ikke er et umiddelbart sælgeligt produkt som resultat ("grundforskning")

Prioritering sker under alle omstændigheder

I dag bliver der prioriteret hele tiden. Der bliver prioriteret på det overordnede landsniveau – mellem skoler, politi og hospitaler. Og på regionsniveau – når der bliver lagt og udmøntet budgetter i regionerne. Og i dagligdagen på hospitalerne – når sygeplejersken og lægen tager stilling til hvilken patient, der skal have hjælp først.

Prioritering sker for at sikre mest mulig sundhed for pengene. Der er begrænsede ressourcer, både menneskelige ressourcer, fysiske rammer og økonomiske midler, så det handler om at bruge ressourcerne der, hvor de gør mest gavn.

Der, hvor ressourcerne gør mest gavn, er ikke nødvendigvis på områder, der trækker store overskrifter i aviserne. Derfor er det regionernes opgave at sikre, at alle områder tilgodeses – også de sjældne og de mindre spektakulære.

Regionerne har på den baggrund bidraget til debatten om prioritering i sundhedsvæsenet. Bl.a. ved at foreslå et nyt Medicinråd, som afløser for KRIS (Koordinationsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin) og RADS (Rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin), der hidtil har haft til opgave at vurdere ny medicin.

Det nye Medicinråd skal imidlertid kunne inddrage økonomiske aspekter ved vurderingen, hvilket KRIS og RADS ikke har kunnet. Regionerne vil arbejde for, at bl.a. Medicinrådet vil gøre prioriteringerne mere åbne og gennemsigtige – efter kriterier, der er generel enighed om, er rimelige.

1. Regionernes råderum udhules pga. statslig detailstyring

Det er regionernes opgave at styre og prioritere i sundhedsvæsenet. Det udfordres imidlertid af en række specifikke statslige tiltag på sundhedsområdet.

Det drejer sig fx om rammerne for regionernes økonomi. Som udgangspunkt fastlægges de i forbindelse med økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne i juni måned. Herefter er det regionernes opgave at få pengene til at passe.

Regionerne kan ved økonomiaftalen blive forpligtet til at bruge en del af de tilførte midler til bestemte områder, fx tværsektorielt samarbejde med kommuner. Det er dog ikke den største udfordring. Det er noget vanskeligere, når regionerne får pålagt opgaver ved finansloven.

Det vil sige, at der ændres på vilkårene, **efter** at regionerne har fastlagt sammensætningen af deres budgetter. Dermed bliver regionernes budgetter i mindre grad udtryk for en helhedsorienteret prioritering på sundhedsområdet, sådan som det er regionsrådets opgave – fordi man i regionerne ikke ved, hvad der efterfølgende vil blive prioriteret i finanslovsforhandlingerne.

Man risikerer både, at enkeltområder får for mange og for få midler i forhold til en situation, hvor man kendte det fulde billede.

Et andet eksempel handler om den kommende ret til udvidet frit sygehusvalg og behandling inden for 30 dage. I modsætning til i dag ligestilles alle patienter – hvilket jo umiddelbart lyder positivt – men uanset alvorligheden af patientens sygdom. Ligebehandling er ikke nødvendigvis det samme som lige muligheder.

Dermed mindskes mulighederne for at prioritere ressourcerne til de mest syge borgere, fordi der også skal bruges læger og sygeplejersker til patienter med – ud fra en lægefaglig betragtning – mindre akutte behov.

2. *Sker forskningen for patienternes eller indtjeningens skyld?*

Region Hovedstaden har i udgangspunktet to hovedopgaver:

- At sikre den bedst mulige behandling af borgere/patienter i sundhedsvæsenet.
- At sikre/bidrage til generel vækst og udvikling (og dermed indtjening) i hovedstadsområdet (Greater Copenhagen)

Det korte svar på hovedteamet/spørgsmålet er, at det i forhold til de opgaver, som regionerne skal løse, ikke er et valg mellem enten/eller, men et både/og.

Forskning er selvsagt vigtig for patienterne, men også i forhold til, at vi i et tæt samarbejde mellem offentlige/private virksomheder - herunder lægemiddelindustrien - sikrer, at vi fortsat har råd til at opretholde et sundhedsvæsen med en behandlingskvalitet på et højt niveau til gavn for den enkelte patient.

I forhold til en prioriteringsdebat om forskningen og hvad der skal/burde være styrende for prioriteringen af området, er der en række dilemmaer:

Patientperspektivet

Forskningen kan på den ene side give nye og bedre behandlingsformer for patienterne.

Forskningen kan også føre til, at vi får både mere ressourcebesparende og hensigtsmæssige behandlingsforløb, f.eks. ved at forebyggelsesindsatsen forbedres, så folk i stigende omfang når at fange helbredsmæssige problemer i opløbet. Dermed mindskes presset f.eks. på dyre og ressourcekrævende indlæggelser på vores hospitaler.

Et tæt samarbejde mellem industrien og regionens hospitaler om forskning og kliniske afprøvning af nye lægemidler(f.eks. via én indgang og NEXT-samarbejdet) giver patienter adgang til den nyeste medicin. Det er en klar fordel for patienterne når alle andre behandlingsmuligheder er udtømte, f.eks. for kræftpatienter.

Omvendt bidrager forskningen også til, at der udvikles nye dyre lægemidler og behandlinger, som regionerne i tiltagende grad har vanskeligt ved at få råd til at tilbyde patienterne med det pres, der er på ressourcerne i det danske sundhedsvæsen. (Danske Regioner har netop foreslået en ny model for prioriteringen af medicin i det danske sundhedsvæsen, jf. beskrivelsen nedenfor).

I en række tilfælde vil industrien ikke have en naturlig interesse i at forske. Det gælder bl.a. forskning i, om et lægemiddel nu også rent faktisk har den ønskede effekt på patienterne eller forskning i evt. uønskede bivirkninger af et lægemiddel, som man bliver opmærksom på hen ad vejen mm. I forhold til disse områder vil der derfor fortsat være behov for, at det offentlige prioriterer ressourcer til, at forskere på hospitalerne kan gennemføre uafhængig forskning.

Samfunds-Indtjeningsperspektivet

I det lidt større samfundsmæssige perspektiv er forskningen en afgørende forudsætning for, at f.eks. den stærke danske medicinalindustri bevarer og udbygger sin nuværende fremtrædende internationale placering. Medicinalindustrien med Novo Nordisk, Lundbeck, Leo Pharma m.fl. i spidsen står for en ganske betydelig del af den danske eksport. Det afspejler sig i, at eksporten i 2014 nåede op på 73,5 mia. kr., og det gør – med 12 % af den samlede danske eksport – lægemidler til Danmarks største eksportvare foran fx kødvarer (svineeksporten) og olie. Successen på eksportmarkederne kan i høj grad tilskrives lægemiddelvirksomhedernes store investeringer i forskning og udvikling, som udgjorde 10,5 mia. kr. i 2014.

Indtjeningen fra lægemiddeleksporten bidrager dermed til at understøtte den danske statskasse og velfærdsstat og herunder kernen, som er et frit tilgængeligt sundhedsvæsen, hvor alle kan få behandling af høj kvalitet.

Lægemiddelindustriens succes skyldes bl.a., at der er en stærk tradition for offentlig-privat samspil på sundhedsområdet. Regionerne er som sygehusejere centrale parter i forhold til, at Medico-tech og medicinalindustrien kan få testet deres produkter ved kliniske forsøg mv. Så ved at samarbejde med industrien er regionerne alt andet lige med til at sikre, at vi fortsat har råd til at opretholde et sundhedsvæsen på et højt niveau til gavn for den enkelte patient.

Baggrund – Medicinrådet

Danske Regioners bestyrelse har netop (primo februar 2016) besluttet en model for vurdering af medicin, der har fokus på effekt for patienten. Et nyt medicinråd skal vurdere den gavnlige effekt, en patientgruppe har af ny medicin i forhold til eksisterende medicin.

Modellen bygger videre på KRIS og RADS, som samles i en organisation. Inddragelse af økonomi skal give en stærkere forhandlingsposition ift. producenterne, og der skal være større krav til dokumentation.

Medicinrådets formål:

- Sikre hurtig og ensartet ibrugtagning af ny medicin på tværs af sygehuse og regioner,
- Sikre bedre vidensgrundlag om bl.a. effekt for anvendelsen af såvel ny som eksisterende medicin,
- Sikre stærkere grundlag for Amgros' prisforhandlinger og udbud.

Principper for Medicinrådet:

- Medicinen skal have en gavnlig effekt for patienterne ift. den eksisterende
- Fortsat hurtig ibrugtagning af ny medicin i Danmark
- Armslængdeprincip til det politiske system
- Åbenhed og transparens
- Inddragelse af omkostninger i beslutninger om ibrugtagning af medicin
- Fokus på dokumentation og effekt
- Lige adgang til medicin
- Patientinddragelse