

Läkemedelssubventioner, underlag för undantagshantering

Bilaga till rutin: [Regionens subventioner - hantering och fakturering av läkemedel och liknande produkter som subventioneras](#)

Bilagan fylls i och postas till den förvaltning som hanterar ärendet.

Bilagan kan användas för att få ett beslutsunderlag inför beslut. Skicka i så fall bilagan till Regionkontoret, Kvalitet inom Hälso- och sjukvård/Läkemedel, Box 517, 301 80 Halmstad

Vid frågor kontakta läkemedelsstrateg via funktionsbrevlåda rk.lakemedelsstrategi@regionhalland.se

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Ärendetyp och patient | |
| <input type="checkbox"/> Ny subvention <input type="checkbox"/> Subvention som ska förlängas (punkt 2 – 14 behöver inte fyllas i om oförändrat) Redogör för behandlingens effekt för den aktuella patienten: Patientens namn.....Personnummer..... <input type="checkbox"/> Region Halland <input type="checkbox"/> annan region ange vilken | |
| Vårdenhet/kliniknamn | |
| Förskrivare av aktuellt läkemedel, titel | |
| Datum och underskrift | Namnförtydligande |
| 1. Läkemedel (Preparatnamn, substans, styrka, beredningsform) | |
| 2. Indikation/användningsområde | |
| 3. Dosering och doseringstillfällen | |
| 4. Hur länge förväntas behandlingen pågå? | |
| 5. Beräknat antal patienter/årsbehandlingar i Region Halland där behandlingen kan bli eller är aktuell | |
| 6. Beräknad kostnad per patient, årskostnad eller engångskostnad | |

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| |
| 7. Hur behandlas tillståndet idag? Ange läkemedel och behandlingstid, samt tidigare behandlingar där aktuellt. |
| 8. Är behandlingen med det aktuella läkemedlet ett komplement till befintlig terapi eller bortfaller något läkemedel inom befintlig terapi? |
| 9. Vilken medicinsk- och/eller patientnytta medför läkemedlet jämfört med de läkemedel som finns i förmånssystemet? |
| 10. Finns det vetenskapligt stöd för den medicinska- och/eller patientnyttan (studier, metaanalyser, systematiska översikter, hälsoekonomiska studier)? Beskriv/lämna referens. |
| 11. Finns det nationella eller regionala riktlinjer/prioriteringsunderlag som stödjer användningen? Beskriv/lämna referens. |
| 12. Finns det program för uppföljning av användningen av läkemedlet (lokalt, regionalt, nationellt)? Beskriv/lämna referens. |
| 13. Finns det andra nyttoeffekter utöver medicinsk nytta? Exempelvis minskad resursanvändning för vård och behandling, miljö- /arbetsmiljö konsekvenser? |
| 14. Ytterligare motivering att förutsättningarna är uppfyllda <ul style="list-style-type: none">• Enskild patient, undantagsfall• Synnerligen angeläget medicinskt behov• Behandlingsalternativ saknas• Användningen bedöms vara kostnadseffektiv i det enskilda fallet (jämfört med andra alternativ inom vården) |
| 15. Övriga kommentarer |

Datum och underskrift verksamhetschef/områdeschef

Uppdaterat från föregående version

23-07-25 Redaktionell ändring

Tidigare versionsuppdatering

220928: Redaktionell ändring justerat namn i länk.