Läkemedelssubventioner, underlag för undantagshantering

Bilaga till rutin: [Regionens subventioner - hantering och fakturering av läkemedel och liknande produkter som subventioneras](https://rh.sharepoint.com/sites/Kvalitet/ODMPublished/RH-12194/Lakemedelssubv%20handlaggn%20ingar%20ej%20i%20hogkostnskydd.pdf)

**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](mailto:rk.lakemedelsstrategi@regionhalland.se)

|  |
| --- |
| **Ärendetyp och patient** |
| Ny subvention  Subvention som ska förlängas (punkt 2 – 14 behöver inte fyllas i om oförändrat)  Redogör för behandlingens effekt för den aktuella patienten:  Patientens namn…………..…..…………………………………...Personnummer……………………..  Region Halland  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**   * 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. |