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

|  |
| --- |
| **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 version23-07-25 Redaktionell ändring**Tidigare versionsuppdatering**220928: Redaktionell ändring justerat namn i länk.  |