

Region Uppsala

Hälsoobligation

Frågor och svar

14 december 2023

1. Varför adresserar Region Uppsala just högt blodtryck och bortser från andra allvarliga sjukdomstillstånd?

Det finns en rad förutsättningar som behöver uppfyllas för att en insats ska vara lämpad att finansieras med externa medel genom en hälsoobligation med riskdelning och utfallsbaserad avkastning. Högt blodtryck valdes ut bland annat för att målgruppen är identifierbar, att det finns goda möjligheter att förebygga sjukdom genom inte minst medicinering, och att resultaten går att påvisa relativt snabbt.

Ett flertal olika hälsotillstånd har analyserats och jämförts innan Region Uppsala fattade beslut om att det hälsotillstånd som ska adresseras inom ramen för hälsoobligationen är hypertoni. Hypertoni och dess underliggande samt närliggande kardiovaskulära riskfaktorer ger sällan symptom, utan upptäcks ofta när allvarliga följsjukdomar inträffar, så som stroke och hjärtinfarkt. Enligt vetenskapliga studier är hypertoni den hälsorelaterade riskfaktor som skördar flest liv i världen. Dock är upp till hälften av de som har hypertoni inte medvetna om sitt hälsotillstånd, varför screening kan vara en lämplig metod för att upptäcka hypertoni. Dessutom är hypertoni och dess följsjukdomar några av de sjukdomstillstånd som kostar hälso- och sjukvården mest.

2. Varför tar Regionen in externt kapital för denna insats? Kan inte insatsen göras i ordinarie verksamhet?

Hälso- och sjukvården står både i Sverige och globalt inför flera utmaningar med en åldrande befolkning, nya behandlingsmetoder och därmed behov av nya sätt att effektivisera sjukvården. Det ställer krav på sjukvården att producera mer vård, med mindre resurser. Majoriteten av sjukvårdens resurser går idag till att vårda de som redan är sjuka medan en mindre del läggs på preventiva insatser för att minska inflödet av nya insjuknade.

En preventiv insats innebär på kort sikt en kostnadsökning, innan resultaten av preventionen visar sig som kostnadsminskningar till följd av ett minskat inflöde av nya sjukdomsfall. Denna kostnadsminskning är dessutom osäker då utfallen av en preventiv insats alltid är svåra att förutse med exakthet. I en hälsoobligation får Regionen hjälp att finansiera den kortsiktiga kostnadsökningen utan att behöva omfördela resurser från andra budgetposter. Dessutom delar finansören risken att utfallen inte skapar de förväntade kostnadsminskningarna. Om inte insatsen slår väl ut påverkar det såväl återbetalningsbelopp som ränta negativt.

3. Vad kommer pengarna från obligationen att användas till?

Pengarna kommer att användas till att bjuda in cirka 30 000 individer att genomgå screening för högt blodtryck och/eller relaterade riskfaktorer som höga blodfetter, höga njurvärden och högt blodsocker. Av dessa beräknas 15 000 tacka ja och således delta i screeningprogrammet. Att screena 15 000 individer beräknas kunna leda till att 9 000 behandlingar kan initieras. Pengarna kommer täcka alla Regionens merkostnader för inbjudan, screening och behandling samt kostnader för uppföljning och rapportering

Om 9 000 behandlingar kan initieras, och om 80% tar sina förskrivna läkemedel, så beräknas Region Uppsala kunna undvika 657 allvarliga kardiovaskulära händelser (Eng. Major Adverse Cardiovascular Events, MACE) omfattande kardiovaskulär död, samt icke-dödlig hjärtinfarkt, stroke eller hjärtsvikt.

4. Vad är målsättningen med insatsen? Hur definierar Region Uppsala en ”lyckad insats”?

Insatsens målsättning är att initiera 9 000 behandlingar och att behandlingsföljksamheten till läkemedel för dessa behandlingar ska vara minst 80 procent. Antalet undvikta hjärtkärlhändelser som en följd av insatsen är beroende av två faktorer. Den första är antalet initierade behandlingar, den andra är behandlingsföljksamheten till läkemedelsbehandling som i insatsen definieras som att patienten efter 6 månader hämtat ut minst 80 procent av förskrivna läkemedel.

Om Region Uppsala initierar 9 000 behandlingar, och om 80% tar sina förskrivna läkemedel, beräknas drygt 650 allvarliga hjärtkärlhändelser och vårdkostnader om 160 miljoner kronor kunna undvikas under en tioårsperiod.

5. Vad skiljer insatsen från ordinarie verksamhet? Vad är innovationshöjden?

Enligt vetenskapliga studier är hypertoni den hälsorelaterade riskfaktor som skördar flest liv i världen. Dock är upp till hälften av de som har hypertoni inte medvetna om sitt hälsotillstånd, vilket gör att det finns en potential för att upptäcka hypertoni med screening. Insatsen omfattar tre större komponenter den första är screening, den andra är utredning och den tredje medicinering och uppföljning av denna. För Region Uppsalas del är insatsen ett sätt att pröva en innovativ screeningmetod med hög potential att undvika fall av allvarlig hjärtkärlsjuklighet och död.

Innovationshöjden i insatsen handlar om att kunna nå en grupp, som vanligen inte deltar i kliniska prövningar eller screening, genom att större delen av screeningen och provtagningen sker i hemmet. Detta är även något som skiljer insatsen från ordinarie verksamhet. Vidare används en ny typ av blodprov som patienten själv kan ta i hemmet. Detta ger läkarna mycket mer information om riskfaktorer än enbart blodtrycksmätning och skapar en snabbare och kostnadseffektivare utredning samt ger högre precision i det följande behandlingsprotokollet. Avslutningsvis kommer patienterna monitoreras på distans vilket även det är en innovation jämfört med ordinarie vård där uppföljning i huvudsak sker på vårdcentral. Om insatsen är framgångsrik kan det leda till ett helt nytt screening- och behandlingsprotokoll för högt blodtryck och relaterade kardiovaskulära riskfaktorer världen över.

6. Är det rimligt att kalla insatsen för preventiv med tanke på att alla som behandlas redan har högt blodtryck och/eller andra sjukdomar?

Insatsen syftar inte till att förebygga högt blodtryck eller andra kardiovaskulära riskfaktorer. Den syftar till att förebygga de allvarliga sjukdomar som följer av högt blodtryck om detta förblir obehandlat. En större del av individerna i insatsen är omedvetna om sitt hälsotillstånd, en mindre del av individerna kan vara medvetna om sitt hälsotillstånd men inte ha blodtrycket inom kontroll. Insatsen är preventiv i och med att ett stort antal kardiovaskulära händelser kan undvikas, till följd av att hälsotillståndet adresseras och behandlas med läkemedel.

7. I socioekonomiskt svaga områden är det (relativt) färre som deltar i kliniska prövningar, finns det en risk att individer boendes i socioekonomiskt starka områden blir överrepresenterade i insatsen?

Generellt är det så, att personer med socioekonomiskt svaga förutsättningar i lägre utsträckning deltar i screeningprogram och kliniska prövningar. Samtidigt finns det ofta en högre sjuklighet i just dessa grupper. En av förhoppningarna med denna insats är därför att vi genom en förenklad screeningprocess, där individen utför de flesta momenten i hemmet, ska kunna se en högre andel deltagare från socioekonomiskt svaga grupper i samhället. Därmed är insatsen även viktig ur ett jämlikhetsperspektiv.

8. Vad händer med de som tillhör kontrollgruppen och som har högt blodtryck?

De som tillhör kontrollgruppen kommer att följas i registerdata, dessa individer kommer inte vara medvetna om att de ingår i en kontrollgrupp och huruvida individerna i kontrollgruppen har högt blodtryck eller ej är okänt. Randomisering av individer och kontrollgruppen har en ytterst viktig funktion i att verifiera insatsens resultat. Kontrollgruppen möjliggör att vi kan säkerställa att resultatet i insatsen beror på insatsen, och inte enbart på yttre faktorer vi inte kan kontrollera för.

Skulle någon av individerna i kontrollgruppen diagnostiseras för högt blodtryck i den traditionella vården kommer de självklart erbjudas behandling enligt nu gällande protokoll. På så sätt representerar kontrollgruppen det som annars skulle skett i samhället, oavhängigt av vår insats.

9. Tar inte satsningen resurser från den offentliga vården?

Insatsen genomförs separat från den ordinarie vården och finansieras med externa medel.

Det sker heller inga undanträngningseffekter i den ordinarie vården eftersom en stor del av insatsen sker på distans med digitalt stöd samt att en särskild screeningmottagning etableras som inte tar resurser från övriga vårdflöden.

10. Hur belastar den här insatsen sjukvården i regionen?

Insatsen genomförs separat från den ordinarie vården och finansieras med externa medel. Således ska inte insatsen belasta ordinarie sjukvård i regionen.

11. Kommer insatsen att skalas upp om den blir lyckad?

Det krävs ett politiskt beslut innan det kan fattas beslut om breddinförande. Om beslut ska fattas kring ett breddinförande så kommer behoven från denna insats ställas gentemot andra behov. Ett sådant beslut kräver också att insatsen utvärderats vetenskapligt och befunnits kostnadseffektiv enligt principerna för evidensbaserad medicin.

12. Vem bär kostnaden för medicinen?

Kostnaden för läkemedel ingår inte i insatsens budget. Delar av läkemedelskostnaderna bärs i stället av individerna själva inom ramen för högkostnadsskyddet, medan delar av kostnaden bärs av staten och delar av regionen.

13. Hur har ni metodologiskt hanterat risken att en slumpmässig faktor kan påverka insatsens utfall, det vill säga att resultatet för de initierade behandlingarna kan påverkas av en yttre faktor och inte av själva insatsen?

Randomisering av personer till en screeninggrupp och en kontrollgrupp, och att studien är tillräckligt stor, är viktiga verktyg för att minimera inverkan av slumpen och andra felkällor. Hade dessa funktioner inte funnits med i insatsen så hade det varit svårt att påvisa att insatsens resultat är en följd av behandlingen i sig. Detta är de möjliga åtgärderna som kan vidtas för att kontrollera för slumpmässiga faktorer som kan påverka utfallet.

14. Vad händer, efter insatsens slut, med de patienter som behandlats i insatsen?

De patienter som behandlats i insatsen kommer fortsätta följas upp genom att de remitteras över till sina respektive vårdcentraler.

15. Hur påverkas insatsen om det blir maktskifte i Regionen efter nästa val?

Region Uppsala har ingått ett bindande juridiskt avtal med finansären, insatsen ska fortlöpa som planerat oavsett eventuellt maktskifte vid nästa val.

16. Kommer insatsen att avslutas i förtid om det visar sig väldigt osannolikt att projektet kommer lyckas?

Om det visar sig att svarsfrekvensen är bristfällig kommer obligationen inlösas i förtid. Bristande svarsfrekvens, avser att svarsfrekvensen understiger eller är lika med 20 procent av samtliga mottagare av inbjudan till screening. Kontrollen gällande svarsfrekvensen kommer att göras 18 månader efter utskicket av den första inbjudan till screening.

Kostnadsposter som omfattas i insatsen är fasta kostnader som framför allt omfattar personalkostnader, rörliga kostnader per patient samt en mindre kostnadspost för uppföljning av insatsen. Kostnaderna för screening och initiering av behandling infaller i jämn takt under de första 3 åren, kostnader för justering av behandling och påminnelser om behandling infaller under de första 3.5 åren, kostnader för uppföljning infaller i jämn takt under alla 5 åren.

17. Vad händer om inte pengarna räcker – eller om det visar sig räcka med mindre än 80 miljoner?

Upplånade medel för insatsen är 80 miljoner kronor, och dessa upplånade medel kan ej överskridas. Skulle det visa sig att 9 000 behandlingar kan initieras med mindre pengar, kan fler behandlingar komma att initieras om det finns resurser och tid kvar i insatsen.

18. Hur skulle projektet ha finansierats utan en hälsoobligation? Skulle projektet ha blivit av?

Precis som i många andra regioner, är Regions Uppsalas, ekonomiska läge ansträngt. Att finansiera en större preventiv insats som denna, med osäkerhet och risk kopplat till insatsens utfall, hade sannolikt inte kunnat finansieras utan externa medel.

19. Varför beräknas kostnadsbesparingen på 10 år? Vad händer efter 10 år?

Insatsen pågår under 5 års tid, däremot utvärderas besparingspotentialen på 10 år. Det senare ligger till grund för det belopp som ska betalas tillbaka till långivaren. Effekten, i form av samtliga undvikta hjärtkärlhändelser, kommer inte uteslutande inträffa inom insatsens löptid på 5 år, inte heller under utvärderingsperioden på 10 år. Effekterna kommer nämligen att fortgå under lång tid framöver och under många år skapa positiva effekter för såväl individerna som för regionen. Utifrån den data som har insamlats över de behandlingar som initieras, så kommer utfallet år 10 att modelleras.

20. Varför löper hälsoobligationen på just 5 år?

Kostnadsbesparingarna beräknas över en 10-årsperiod medan kostnaderna uppstår under de första 5 åren. Den svenska obligationsmarknaden för låntagare som regioner och kommuner har fokus på löptider upp till 5 år, och undantagsvis 6 eller 7 år. Insatsen är uppbyggd på ett sätt som innebär att kostnadsbesparingspotentialen kommer kunna fastställas inom 5 år. Parterna har därför enats om att använda en löptid som ligger inom det normala spannet för den svenska marknaden.

21. Hur kommer det sig att Skandia är den enda investeraren i en hälsoobligation (igen)?

Utfallsbaserade hälsoobligationer är en relativt ny produkt på finansmarknaden. Mot bakgrund av den korta tidshorisont som gällt för projektet var det av vikt att potentiella investerare har en kort startsträcka för att förstå den preventiva vårdinsatsen och kunna bidra aktivt i utformandet av avkastningsmodellen.

Har du ytterligare frågor? Vänligen kontakta:

Region Uppsala:

Angelica Sorio Wiklund, angelica.wiklund@region uppsala.se

Evelina Nilsson, evelina.nilsson@region uppsala.se

Skandia:

Carl Otto Engberg, carl.otto.engberg@skandia.se

SEB:

Mats Olausson, mats.olausson@seb.se

Isabelle Tibbelin, isabelle.tibbelin@seb.se

Utgivet datum: 2023-12-14