

I DETTA NUMMER

- 1 Förslag till nytt prissättningsystem för läkemedel
- 4 Värdet av nya läkemedel
- 6 Aktuella publiceringar
Personalnytt

Förslag till nytt prissättningsystem för läkemedel

Det finns en inneboende konflikt i det nuvarande systemet för prissättning av läkemedel i Sverige. Konflikten bygger på att beslut om pris och subvention sker på nationell nivå utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv samtidigt som budgetansvaret för sjukvården ligger på regional nivå. Detta slås fast i en ny artikel av IHEs Ulf Persson och Johanna Svensson som utvärderar ersättningsystemet för läkemedel och samtidigt föreslår en alternativ lösning. Förslaget innebär att finansiering av läkemedel delas upp mellan regional och nationell nivå. Regionerna och landstingen betalar marginalkostnaden för produktionen av läkemedlet medan staten betalar för själva innovationen. På så sätt skulle nya läkemedel bli tillgängliga för fler patienter utan att kostnaderna ökar.

Avvägningar i prissättningen av nya läkemedel

Kostnaderna för forskning och utveckling av nya läkemedel är i genomsnitt mycket höga, särskilt i förhållande till produktionskostnaden. När ett läkemedel blir patentskyddat möter läkemedelsföretaget en marknadssituation som kan liknas vid monopol. Patentsystemet innebär en möjlighet att få tillbaka dessa kostnader och ger därmed företaget incitament att lägga ner resurser på att ta fram nya läkemedel. Utmaningen för pris- och subventionssystem är att priser måste vara tillräckligt höga för att läkemedelsfö-

retaget ska motiveras att satsa pengar på forskning och utveckling, och samtidigt tillräckligt låga för att sjukvårdens aktörer ska ha råd att köpa läkemedlen.

I Sverige tillämpas sedan 2002 värdebaserad prissättning av patentskyddade öppenvårdsläkemedel. Det innebär att läkemedel prissätts på nationell nivå, baserat på det förväntade värdet av läkemedlet snarare än den faktiska kostnaden. Det är myndigheten Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV) som beslutar om subvention för nya patentskyddade läkemedel.

IHE information ges ut av Institutet för Hälsa- och Sjukvårdsekonomi, Lund 2012

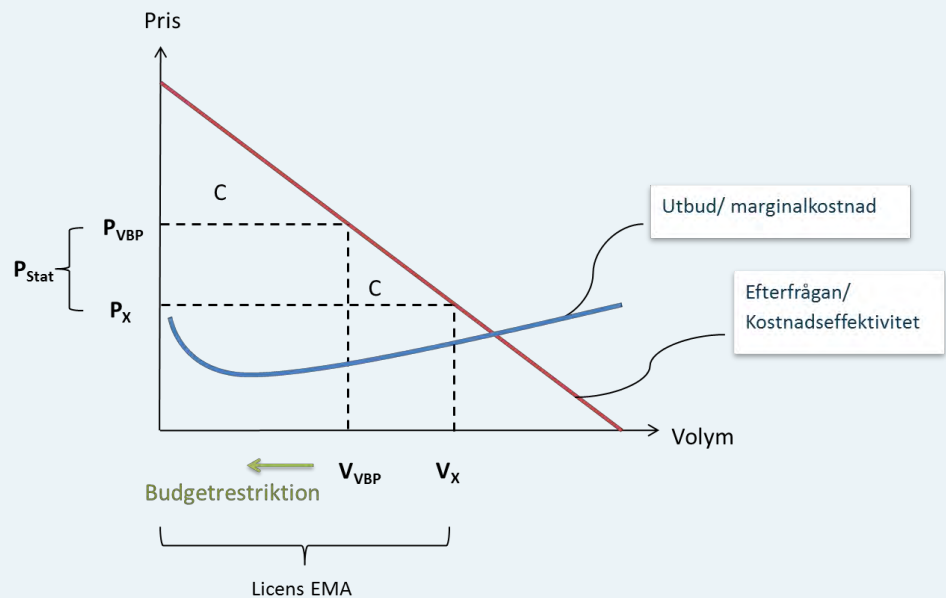
Redaktör: Marianne Svensson
Ansvarig utgivare: Ulf Persson

ISSN: 0349-5175

www.ihe.se
info@ihe.se

Layout: Annette Persson Dietmann

Förslaget i korthet



Schematisk figur över förhållandet mellan Värdebaserat pris (P_{VBP}) som staten betalar och det "Cost plus" pris (P_X) som betalas av landstingen och de korresponderande volymerna (V_{VBP}/V_X).

Förslaget för att förbättra nuvarande prissättningssystem för läkemedel innebär att betalningen av läkemedel delas mellan stat och landsting enligt följande:

- Landstingen betalar ett "cost plus" pris (lågt pris= P_X) för läkemedel givet en överenskommen volym
- Regionalt kostnadsansvar för läkemedel begränsas till ett pris motsvarande "cost plus" (P_X)
- Nationellt kostnadsansvar för läkemedel motsvarar läkemedlens "värde" (högre pris= P_{VBP}) enligt nuvarande värdebaserade prissättning

Exempel:

Landstinget betalar P_X kr per patient och dag inom en bred indikation för subvention (V_X)

Staten betalar P_{Stat} kr per patient och dag för att fylla ut ersättning till företag upp till TLV:s pris= P_{VBP} .



Ulf Persson, IHE-Forum 2012
Foto: IHE

Konflikt mellan nationell och regional nivå

TLV utgår ifrån ett brett samhällsperspektiv, men har budgetansvar för resurserna inom sjukvården. Ansvar för sjukvårdsbudget ligger istället på regional nivå, hos landstingen och regionerna. Eftersom priserna är givna kan de endast påverka kostnaderna genom att styra kvantiteten läkemedel som konsumeras, alltså hur många behandlingar som genomförs. Landstingen har därmed incitament att bekosta behandlingar som är kostnadseffektiva ur ett sjukvårdsperspektiv och begränsa behandlingar som inte är det.

En behandling kan dock vara ”för dyr” ur ett sjukvårdsperspektiv men kostnadseffektiv ur ett samhällsekonomiskt perspektiv då användande av läkemedel och sjukvårdsbehandlingar medför sociala och ekonomiska konsekvenser även utanför sjukvårdssektorn. Att begränsa effektiva, men kostsamma behandlingar, påverkar inte bara sjukvårdssektorn men också andra aspekter såsom välmående hos patienternas anhöriga, kommuners behov av hemhjälp till äldre, produktivitet och så vidare. Dessa externa effekter tas sällan i beaktande i samband med prioriteringar av olika sjukvårdsbehandlingar på regional nivå.

Ett exempel är behandling av ledgångsreumatism med TNF-hämmare vilket har visats innebära stora kostnadsbesparingar. De största besparingarna och vinsterna sker utanför

sjukvårdssektorn, som till exempel ökningarna i produktivitet. Västra Götalandsregionen rekommenderade nyligen en mer restriktiv användning av TNF-hämmare, vilket motiverades med argument om kostnadsbesparingar. Samtidigt rekommenderade Socialstyrelsen att användningen av TNF-hämmare bör ökas med 25 %. Regionerna och landstingen har kritiserats för att anta ett för smalt ekonomiskt perspektiv när nya läkemedelsbehandlingar bedöms.

Uppdelad finansiering av läkemedel

Författarna föreslår ett nytt system för värdebaserad ersättning av läkemedel där finansieringen är uppdelad mellan regionerna/landstingen och staten. Det bygger på att landstinget betalar ett pris under den värdebaserade prisnivån (se sida 2). Detta lägre pris ska endast täcka marginalkostnaden för att producera läkemedlet, och kan jämföras med generikapprissättning. På så sätt frångås problemet med att regioner och landsting på grund av kostnadskontroll motiveras begränsa användandet av läkemedel till en nivå under vad som är samhällsligt optimalt. För att det fortfarande ska finnas incitament för läkemedelsföretagen att bedriva forskning och utveckling av kostnadseffektiva läkemedel finansierar staten mellanskillnaden mellan landstingets ersättning och den värdebaserade prisnivån. Det nya systemet förväntas leda till att nya läkemedel blir tillgängliga för fler patienter och till ett ökat konsumentöverskott.

LÄS MER

Persson U, Svensson J & Pettersson B.

A New Reimbursement System for Innovative Pharmaceuticals Combining Value-Based and Free Market Pricing.

Applied Health Economics and Health Policy, 2012 Jun 8.

[Epub ahead of print]

Värdet av nya läkemedel

Läkemedelsanvändningen i Sverige ökar och nya mediciner blir tillgängliga i snabb takt. Nya effektiva läkemedel kan innebära stora hälsovinster för individen och samhället. Samtidigt är de ofta kostsamma, vilket gör att de totala vårdkostnaderna kan öka. Frågan är om nyttan är tillräckligt stor för att motivera kostnaderna? SNS genomför, med hjälp från bland annat IHE, ett stort forskningsprogram i syfte att belysa värdet av nya läkemedel. I förstudien efterlyses fler svenska studier på temat värdet av ny medicinsk forskning och teknologi. Ett exempel på en sådan studie är rapportserien om kostnader och värden för behandling av hjärt-kärlsjukdomar som IHE gjort på uppdrag av Hjärt-Lungfonden.

FAKTARUTA

Top-down-ansats innebär att man utgår från aggregerade uppgifter om förbättrad hälsa genom användning av nya läkemedel, till exempel mätt som ökad förväntad livslängd.

Bottom-up-ansats utgår från disaggregerade uppgifter, alltså förbättring av hälsa genom läkemedelsanvändning inom specifika sjukdomsområden.

IHE fick i uppdrag av SNS att utföra förstudien till forskningsprojektet om värdet av nya läkemedel - en litteraturstudie som var ämnad att utgöra grunden för fortsatta studier på området. Målet var att finna metodtillämpningar med syftet att beräkna värdet av användningen av nya läkemedel. De studier eller delar av studier som innehöll sådana metoder och som var överförbara till svensk kontext inkluderades i litteraturgenomgången. Rapporten diskuterar även möjligheterna att tillämpa metoderna på svenska data.

Brist på svenska studier inom ämnet

Författarnas rekommendation blev att framtida svenska studier tillämpar en sk bottom-up-ansats som utgår från en sjukdomsspecifik nivå (se faktaruta). På så sätt ökas möjligheterna att reducera de felkällor som byggs in i analysen när man utgår ifrån aggregerade data och antaganden om fördelning.

Framtida studier kan därför med fördel bygga på observationsdata. Författarna anser att sådana svenska studier skulle kunna ge betydelsefulla bidrag

till den internationella vetenskapliga litteraturen inom ämnet värdet av nya läkemedel. Man skulle kunna använda sig av svenska sjukvårdens kvalitetsregister tillsammans befolkningsregister och administrativa sjukvårdsregister för att kombinera uppgifter om faktiska uttag av läkemedel och förekomst av sjukdom med utfall som livskvalitet och minskade dödsrisiker.

Värdet av nya läkemedel för hjärt-kärlsjukdomar

Ett exempel på en svensk studie som beräknat värdet av nya läkemedel är studien som IHE gjort på uppdrag av Hjärt-Lungfonden. Syftet var att beräkna kostnader för hjärt-kärlsjukdomar och belysa värdet av medicinsk forskning och användning av ny teknologi inom området.

Studien består av en serie om tre rapporter som är baserade på svenska förhållanden. I den första rapporten beräknas kostnader för hjärt-kärlsjukdomar år 2010 i sjukvården, i omsorgen och som produktivitetsförluster. I den andra rapporten beräknas de samhällsekonomiska kostnaderna för personer som insjuknar i stroke

år 2009. I den tredje delen av rapportserien beräknas värden för hälso- och produktivitetsvinster till följd av medicinsk forskning och implementering av ny teknologi för hjärt-kärlsjukdomar.

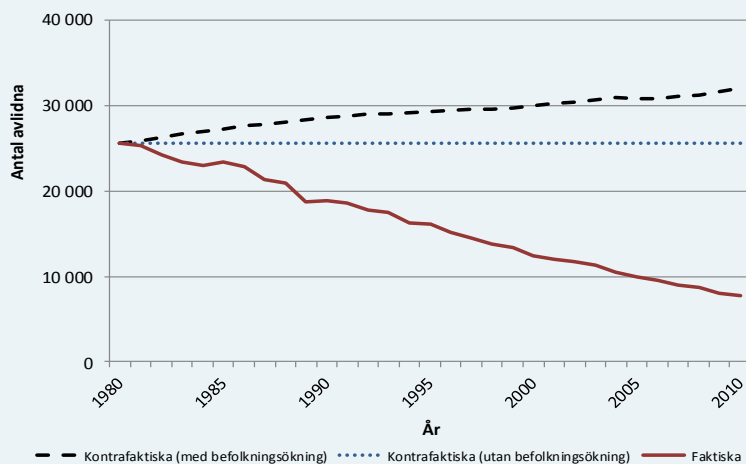
Betydande hälsovinster av medicinsk forskning

Resultaten visar att ca 400 000 dödsfall i åldrarna 45-84 år har förhindrats eller skjutits upp under åren 1980-2010 om vår livsstil och den medicinska teknologiutvecklingen för behandling av ischemisk hjärtsjukdom legat kvar på 1980 års nivå. Dessa förhindrade dödsfall motsvarar sammanlagt 2,3 miljoner kvalitetsjusterade levnadsår, så kallade QALYs.

Denna hälsovinster beror inte enbart på implementeringen av ny teknologi – även hur vi förändrat vår livsstil påverkar resultatet. För att skatta hur stor

del av hälsovinster som kunde tillskrivas forskning användes information från en svensk epidemiologisk studie om minskad dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt. Denna analys visade att mellan 29 och 38 procent av hälsovinster inom ischemisk hjärtsjukdom under perioden 1980-2010 kunde tillskrivas den medicinska forskningen. Det innebär att av totalt 2,3 miljoner vunna QALYs kan i storleksordningen 700 000 – 900 000 QALYs tillskrivas implementering av nya behandlingar för ischemisk hjärtsjukdom.

Om dessa hälsovinster omvandlas i monetära värden enligt de principer som används i trafiksektorn vid väginvestering uppskattas värdet av implementeringen av ny teknologi till mellan 585 och 762 miljarder kronor.



Antal avlidna med ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna 45-84 år. Faktisk utveckling och antagen kontrafaktisk utveckling om 1980 års förhållande avseende dödsrisk gäller. Källa: IHE Rapport 2012:3

LÄS MER

Steen Carlsson K & Persson U. Kostnader för hjärt-kärlsjukdom år 2010. Lund: IHE, 2012 (IHE Rapport 2012:1)

Ghatnekar O. & Steen Carlsson K. Kostnader för insjuknande i stroke år 2009. En incidensbaserad studie. Lund: IHE, 2012 (IHE Rapport 2012:2)

Lundqvist A, Levin L-Å, Persson U & Steen Carlsson K. Värdet av forskning och ny medicinsk teknologi för hjärt-kärlsjukdom – en studie utifrån exemplet ischemisk hjärtsjukdom. Lund: IHE, 2012 (IHE Rapport 2012:3)

Gerdtham Ulf-G, Persson U & Steen Carlsson K. Värdet av nya läkemedel - en förstudie. Stockholm: SNS Förlag, 2011.

Aktuella publiceringar

Svensson J, Lundberg J, Olsson P, Stjärne P & Tennvall GR. Cost-effectiveness of mometasone furoate nasal spray in the treatment of acute rhinosinusitis. *Prim Care Respir J*. 2012 Sep 21. Epub ahead of print. pii:pcrj-2012-05-0082, doi:10.4104/pcrj.2012.00085

Borg S, Näslund I, Persson U & Ödegaard K. Budget impact analysis of surgical treatment for obesity in Sweden. *Scandinavian Journal of Surgery* 2012; 101(3): 190–197

Löck J, Persson U & Wainwright M. Social and Economic Benefits of Early Optimised Treatment for Parkinson's Disease Patients - Improved Quality of Life and Greater Productivity. *European Neurological Review* 2012; 7(2): 113-117

Hjalte F, Brännström J & Gerdtham U G. Societal costs of hearing disorders: A systematic and critical review of literature. *International Journal of Audiology*, 2012; publicerad online den 26 juni

Lindvall K, Astermark J, Björkman S, Ljung R, Steen Carlsson K, Persson S and Berntorp E. Daily dosing prophylaxis for haemophilia: a randomized crossover pilot study evaluating feasibility and efficacy. *Haemophilia*, 2012, publicerad online den 11 juni

Svensson J, Ghatnekar O, Lindgren A, Lindvall O, Norrving B, Persson U & Kokaia Z. Societal Value of Stem Cell Therapy in Stroke - A Modeling Study. *Cerebrovascular Diseases*, 2012 33(6):532-539. [Epub ahead of print]

Thorsén F, Rosberg H-E, Steen Carlsson K & Dahlin L B. Digital nerve injuries: Epidemiology, results, costs, and impact on daily life. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 2012; Early Online: 1–7

Glenngård H Anna & Anell A. Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?. Stockholm : Myndigheten för vårdanalys, 2012 (Rapport 2012:1).

Lundqvist A, Levin L-Å, Persson U & Steen Carlsson K. Värdet av forskning och ny medicinsk teknologi för hjärt-kärlsjukdom – en studie utifrån exemplet ischemisk hjärt-sjukdom. Lund: IHE, 2012 (IHE Rapport 2012:3).

Ghatnekar O, Ljungberg A, Wirestrand LE, Svensson A. Costs and quality of life for psoriatic patients at different degrees of severity in southern Sweden - a cross-sectional study. *European Journal of Dermatology*. 2012 Mar-Apr;22(2):238-45.

Personaltytt



Gunhild Anderson började i maj 2012 som ekonomiansvarig och vd assistent på IHE. Gunhild har en bred erfarenhet av ekonomi och administration från flera olika branscher såsom processteknik, grossistimport, livsmedel, medicin-teknik och IT.

Ursprungligen kommer Gunhild från Fagersta i Västmanland men har bott i Skåne sedan 2007.

Gunhild har läst hortonomlinjen med ekonomisk inriktning vid Sveriges Lantbruksuniversitet vid Alnarp – studier som senare kompletterades med kurser i systemutveckling och affärssystem.

Gustav Lanne har en pol. kand i nationalekonomi från Lunds Universitet och läser för närvarande magisterprogrammet i nationalekonomi med huvudområde hälsoekonomi.

Vid sidan av studierna arbetar Gustav på IHE med bland annat ekonomisk utvärdering av läkemedel sedan juni 2012.

