



- 1 Värdebaserad prissättning – ett kriterium för läkemedelsförmånsbeslut
- 2 Mätning av hälsorelaterad livskvalitet – en rapport från årets EuroQol-konferens
- 4 IHE Forum 2009
- 6 Hälsoekonomiska aspekter av fysisk aktivitet på recept
- 7 Förutsättningar för ökad samordning av vetenskapligt underlag vid introduktion av läkemedel?
- 8 Aktuella publiceringar
Personalnytt

Värdebaserad prissättning

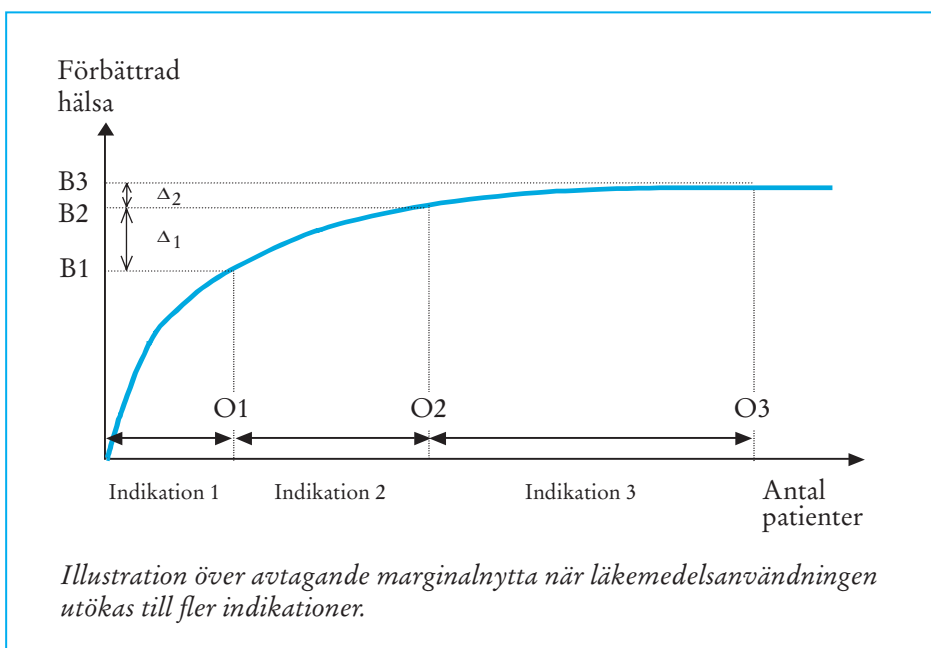
– ett kriterium för läkemedelsförmånsbeslut

Inom ramen för Läkemedelsförmånen beslutas om subvention av ett läkemedel, dvs om ett läkemedel ska omfattas av högkostnadsskyddet eller inte. För de läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet betalar patienten maximalt 1 800 kr under en tolv månadersperiod. Den överskjutande delen av kostnaden subventioneras/betalas av landstingen via statsbudgeten. Subventionsbesluten baseras idag till stora delar på principen värdebaserad prissättning – Value Based Pricing. Denna princip går ut på att läkemedlet prissätts utifrån förväntade framtida positiva effekter hos befolkningen. Det kan innebära att ett högre pris kan vara motiverat för ett läkemedel med samma effekt som ett annat men som t ex har en dokumenterad förbättrad följsamhet eller livskvalitet. I en aktuell studie publicerad i *European Journal of Health Economics*, redovisar *Ulf Persson, Michael Willis* och *Knut Ödegaard* tillämpningen av denna princip vid beslut om subvention av ett nytt läkemedel som introducerades på den svenska marknaden år 2005.

Värdebaserad prissättning (VBP) är en metod för prissättning av produkter som baseras på den förväntade nyttan för konsumenten. Andra alternativa metoder för prissättning är att utgå från kriterier såsom produktens produktionskostnader, konkurrerande produkters priser eller historiska priser. En viktig fördel med VBP-principen är att den kan bidra till större effektivitet i den övergripande läkemedelsanvändningen i sjukvården. En annan fördel är att metoden också bidrar till mer dynamiska positiva effekter, eftersom priser som baseras på VBP ger industrin långsiktiga ekonomiska incitament att utveckla produkter som ger god kostnadseffektivitet.

Sverige – en föregångare

Ett mindre antal länder, däribland Australien, Kanada och Sverige, använder idag VBP-principen (*ex ante*) för subventionsbeslut för läkemedel. Sverige var en tidig föregångare i detta sammanhang. Läkemedelsförmånsnämnden bildades år 2002 och med ansvar att bestämma vilka läkemedel som ska omfattas av högkostnadsskyddet och därmed subventioneras. År 2008 utökades myndighetens ansvarområde att även omfatta subventionsbeslut inom tandvården. Idag finns förutom läkemedelsförmånsnämnden även en tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV).



Beslut om pris och subvention av nya patenterade läkemedel fattas i regel av TLV vid ett och samma tillfälle. Det innebär att ett företag ansöker om subvention av ett läkemedel till ett givet pris. TLVs bedömning om ett läkemedel är kostnadseffektivt eller inte baseras på de underlag som företaget skickar med i sin ansökan.

Gränsvärdets betydelse

Att utgå från VBP-principen vid subventionsbeslut väcker en del frågor som enligt författarna till artikeln kräver lösningar. Exempelvis är det angeläget att fastställa vad som är ett rimligt gränsvärde för bedömning av läkemedlets kostnadseffektivitet. Om gränsvärdet sätts för högt, kommer läkemedel med höga priser att omfattas av subvention, vilket i sin tur kan innebära att konsumtion av andra insatsfaktorer i sjukvården, som ger mer hälsa i systemet, trängs undan. Om gränsvärdet sätts för lågt kan det å andra sidan innebära att samhället går miste om nyttan av ett läkemedel och som ökar samhällets hälsovinster i stort. Ju lägre gränsvärde, desto högre blir kravet på läkemedlets kostnadseffektivitet.

Oftast när beslut om subvention ska fattas, saknas tillgänglig data över läkemedlets verkliga effekt - inte minst på lång sikt. Av detta skäl har resultat från hälsoekonomiska simuleringsmodeller med data från randomiserade kliniska studier (RCT) blivit viktiga underlag för subventionsbeslut i Sverige. RCT-data motsvarar emellertid sällan eller aldrig klinisk verklighet och därför villkoras många beslut om subvention. I sådana fall måste företaget återkomma efter ett antal år till myndigheten med information om läkemedlets effekt i klinisk praxis för att eventuellt få fortsatt subvention av läkemedlet.

Subgruppsanalyser angeläget

En viktig egenskap vid läkemedelanvändning är att hälsoeffekten av ett läkemedel varierar mellan olika indikationer/sjukdomar och patientgrupper. En illustration av denna variation ges i figuren (se föregående sida). Kurvan i figuren återspeglar hur den marginella hälsoeffekten minskar när läkemedelsanvändning utökas till flera indikationer. Då priset för ett läkemedel är lika och är oberoende av indikation, betyder det att läkemedlets kostnadseffektivitet minskar när läkemedelsförskrivningen utökas till att omfatta fler indikationer och patientgrupper.

Denna variation i läkemedlets kostnadseffektivitet är orsaken till att TLV kräver att företagen presenterar en analys av kostnadseffektiviteten för olika grupper i sin ansökan om subvention. TLV kan då utifrån ett sådant underlag eventuellt begränsa subventionen av läkemedlet till den grupp eller grupper som de bedömer är kostnadseffektiva.

Att så har skett framgår av den studie som Persson m.fl. nyligen publicerat. I detta fall beslutade TLV att godkänna subvention för läkemedlet för två grupper, dels vid behandling av patienter med ett BMI över 35, dels överviktiga patienter med ett BMI över 28 och som samtidigt led av typ 2-diabetes eller höga blodfetter. Underlaget för besluten baserades på resultat från två olika simuleringsmodeller.

Var kan man läsa mer?

Persson U, Willis M, och Ödegaard K. A study of ex ante, value-based price and reimbursement decision-making: TLV and rimonabant in Sweden. *Euro J Health Econ*. 29 juli 2009
DOI: 10.1007/s10198-009-0166-1

Mätning av h

– en rapport från årets EuroQol

I början av september höll EuroQol-gruppen sin årliga konferens i Paris. Från IHE deltog *Catharina Hjortsberg* som tillsammans med *Stefan Björk* från Institute of Applied Economics i Malmö presenterade resultatet av ett pilotprojekt om en vidareutveckling av livskvalitetsinstrumentet EQ-5D. Instrumentet EQ-5D är ett resultat av ett europeiskt samarbetsprojekt som påbörjades i slutet av 1980-talet. Idag har EuroQol-gruppen medlemmar från mer än 20 länder. Tyngdpunkten på årets konferens låg på utvärdering och diskussion om metodologiska problem kring mätning av hälsorelaterad livskvalitet.

EuroQol-gruppen består av forskare från olika discipliner. Forskargruppens skilda bakgrund ger värdefullt bidrag till att ytterligare utveckla livskvalitetsinstrumentet EQ-5D och dess användning. EQ-5D är ett standardiserat icke sjukdomsspecifikt livskvalitetsinstrument som är utformat för att mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet hos patienter. Instrumentet kan användas oavsett patientens sjukdom eller behandling och är utformat så att patienten själv ska kunna ange sin hälsostatus. Den hälsorelaterade livskvaliteten mäts med EQ-5D beskriver den samlade hälsostatusen både som en hälsoprofil och som ett indexvärde, en livskvalitetsvikt mellan 0 (död) och 1 (full hälsa). I instrumentet ingår fem olika dimensioner:

- rörlighet
- egenvård
- vardagliga aktiviteter
- smärta
- sinnesstämning

Dessa dimensioner har under lång tid mätts med hjälp av en tregradig skala. Helt nyligen introducerade EuroQol-gruppen en femgradig skala.

Hälsorelaterad livskvalitet

EuroQol konferens

Generella instrument dominerar

Årets EuroQol möte inleddes av Paul Kind från Centre for Health Economics vid Yorks universitet. Han konstaterade att värdet på hälsa ligger till grund för en stor del av beslutsfattande i hälso- och sjukvården, samt att det är långt ifrån bara hälsoekonomer som arbetar med "value of health". Det finns många metoder för att mäta värdet på hälsa, men de generella instrumenten dominerar, dvs metoder som bygger på frågeformulär där individen, oavsett sjukdom, väljer bland olika svarsalternativ. Bland dessa är EuroQol-gruppens arbete med att mäta värdet av hälsa med EQ-5D framträdande.

Ständig utveckling

Paul Kind lyfte också fram möjligheten att lägga till ytterligare en dimension till de fem dimensioner som idag används för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Han menade att de ursprungliga dimensionerna som en gång skapades utifrån europeiska förhållanden, kanske inte räcker till för att beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten i exempelvis länder i Asien eller Latinamerika.

Vad som anses mäta hälsorelaterad livskvalitet kan skilja sig åt mellan olika kulturer och det är inte alltid som översättningarna från originalversionen stämmer överens med det som EQ-5D ursprungligen avsågs fånga.

Från tre till fem svarsalternativ

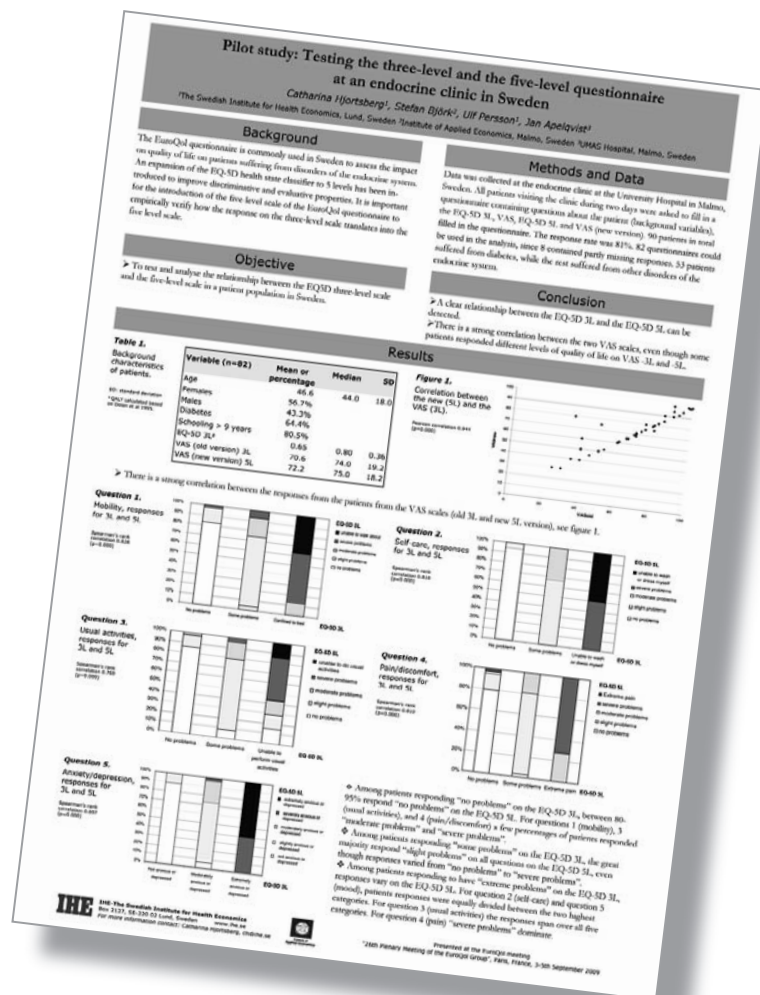
IHE's Catharina Hjortsberg hade tillsammans med Stefan Björk en posterpresentation på årets EuroQol-möte. De har, tillsammans med överläkaren och docenten Jan Apelqvist, gjort en pilotstudie på Universitetssjukhuset MAS i Malmö. I en patientpopulation på endokrin mottagningen testades EQ-5Ds gamla tregradiga skala mot den nya femgradiga. I pilotstudien deltog drygt 80 patienter.

Studiens preliminära resultat visar

att det finns ett tydligt positivt samband mellan de båda skalorna. Men samtidigt visade ett par av frågorna på en spridning mellan svarsalternativen som inte ligger i linje med vad man förväntar sig. Vissa patienter svarar först på den tregradiga skalan att de har "mycket svårt att göra sina vanliga aktiviteter", medan samma patienter på den femgradiga skalan ger svar som "inga svårigheter", "lite svårigheter" eller "måttliga svårigheter med att utföra sina vanliga aktiviteter". IHE kommer under hösten utöka studien av hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med endokrina sjukdomar och även då i samarbete med Institute of Applied Economics och UMAS.

Den nya femgradiga skalan blev officiell i juni i år och finns redan översatt till svenska. Emellertid finns ännu inga livskvalitetsvikter tillgängliga som direkt kan appliceras på svaren från den nya enkäten med utökad antal svarsalternativ. Vid användning av den tregradiga skalan har man under många år i Sverige använt sig av livskvalitetsvikter baserade på brittiska befolkningsstudier¹.

¹ Dolan, P., Gudex, C., Kind, P. and Williams, A. (1995) "A social tariff for EuroQol: Results from a UK general population study" Discussion paper 138. Centre for Health Economics, University of York, York.



IHE Forum 2009

Världens finansiering på kort och lång sikt var temat för IHEs årliga tvådagarskonferens i Lund. Professor Bengt Jönsson inledde IHE Forum genom att berätta att Sveriges sjukvårdskostnader som andel av bruttonationalprodukten (BNP) är i stort sett densamma idag som för 25 år sedan. Detta indikerar för det första att Sverige under perioden haft en stabilitet och kontroll av sjukvårdsutgifterna även om det skett betydande

förändringar i sjukvården under samma period. För det andra att ökningen av sjukvårdens resurser är knuten till den ekonomiska tillväxten på igenomsnitt 2-2,5 procent årligen.

En ekonomisk kris med en minskning av BNP kommer enligt Jönsson att innebära att världens resurser minskar. Vilka krav ställer detta på tuffare prioriteringar i vården på kort sikt? Är det angeläget att fundera på alter-

nativa finansieringslösningar och vilka är de i så fall? En slutsats från Jönssons inledande exposé över tidigare kriser är att effektiviseringar i sjukvården bör göras i tider då det är minst lönsamt att genomföra dem. Strukturomvandling, och den personalminskning som den kan innebära, bör anpassas till perioder med positivt arbetskraftsutveckling och inte till en period med stigande arbetslöshet.

Journalisten *Ulf Wickbom*, konferensen moderator, fick även i år många uppskattade kommentarer. Här bjuds auditoriet in i den inledande paneldiskussionen om världens finansiering på kort och lång sikt. *Toivo Heinsoo*, Stockholms läns landsting kommenterade tillsammans med *Ellen Hyttsten*, Sjukvårdsrådgivningen, *Göran Stiernstedt*, avdelningschef för vård och omsorg vid Sveriges Kommuner och Landsting, *Bengt Jönssons* inledande föredrag. Foto: IHE



Torsdagen bjöd på tillfällen till fördjupad diskussion i parallella sessioner. *Carina Nordqvist Falk*, chef för hälsoval Skåne, var en av föredragshållarna i sessionen om vårdval och allmänläkemedel. Foto: IHE



Biträdande chefsekonomen *Stefan Ackerby* vid Sveriges Kommuner och Landsting inledde konferensens slutdebatt med en internationell översikt av alternativa finansieringsmodeller. Foto: IHE



I år är det 30 år sedan IHE bildades och professor *Bengt Jönsson* var institutets första verkställande direktör. Här i samtal med IHEs nuvarande VD *Ulf Persson*. Foto: IHE

Ett stort tack riktas till konferensens 240 besökare. Nästa års IHE Forum går av stapeln den 2-3 september 2010. Foto: IHE



För andra året i rad var det en grupp på 25 konferensdeltagare som i samband med IHE Forum passade på att delta i IHEs grundläggande kurs i hälsoekonomi. IHEs *Ulf Persson* var en av flera föredragshållare på kursen. Foto: IHE

Hälsoekonomiska aspekter av fysisk aktivitet på recept

Livsstilsrelaterade sjukdomar till följd av fysisk inaktivitet har blivit ett stort problem för folkhälsan. Fysisk inaktivitet medför inte bara en ökad risk för kroniska sjukdomar såsom diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar utan på sikt även en ökad dödlighet. I ett samhällsekonomiskt perspektiv innebär denna ohälsa stora ekonomiska konsekvenser. I Sverige beräknas 40 procent av befolkningen vara otillräckligt fysiskt aktiva och samhällets kostnader för inaktivitet i Sverige uppskattades år 2002 till ca sex miljarder kronor. För att främja fysisk aktivitet har sjukvården möjlighet att förskriva Fysisk Aktivitet på Recept (FaR®). I en aktuell licentiatavhandling vid medicinska fakulteten i Lund har sjukgymnasten Åsa Romé bland annat analyserat FaR-programmets kostnader och vilken effekt i ökad aktivitet som programmet gav under försökets första fyra månader. Avhandlingen är ett första steg i en större studie där FaR-programmets kostnadseffektivitet ska skattas. I denna artikel beskriver Åsa Romé kort de resultat som studien hittills visat.

För att hantera stigande kostnader till följd av inaktivitet behöver samhället väl utvärderade program som kan ge adekvat information för att beslutsfattare ska kunna välja det bästa alternativet i en hälso- och sjukvård med begränsade resurser. Fysisk aktivitet är ett av regeringens elva folkhälsomål. För att främja in-

satser i syfte att öka den fysiska aktiviteten bland inaktiva, behövs koordinerade insatser och preventiva program som bör vara anpassade efter lokala förutsättningar. FaR-programmet i den aktuella studien genomfördes i samarbete med lokala idrottsföreningar och Skåneidrotten.

Individens egen värdering av hälsoeffekten

I det aktuella licentiatarbetet ingick två studier. Den första ("Physical activity on prescription. Costs and consequences of a randomised, controlled trial in primary health care") hade syftet att analysera kostnader och konsekvenser av ett förändrat fysiskt aktivitetsbeteende genom att patienten deltog under 4 månader i ett FaR-program.

Den andra studien ("Willingness to pay for health improvements of physical activity on prescription") analyserade betalningsviljan för olika hälsoförbättringar genererade av fysisk aktivitet efter deltagande i FaR-programmet. En individs betalningsvilja speglar vilka preferenser man har. Studien identifierar vilka faktorer som kan förutsäga en större betalningsvilja, om t ex inkomst eller utbildningsnivå hos en person påverkar preferenserna för att må bättre av träning.

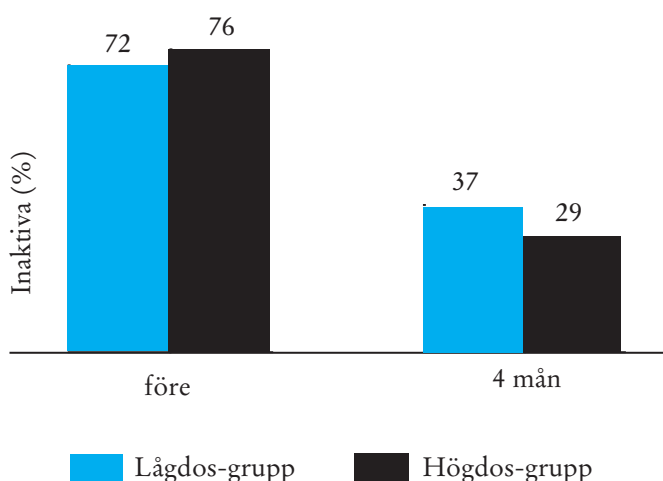
Totalt 525 patienter med livsstilsrelaterade sjukdomar ingick i en randomiserad kontrollerad studie, där deltagarna randomiserades till en interventionsgrupp (högdosgrupp) och en kontrollgrupp (lågdosgrupp). Högdosgruppen tränade tre gånger per vecka, genomgick ett motiverande samtal med sin sjukgymnast samt undervisning om varför det är viktigt att motionera. Lågdosgruppen tränade en gång per vecka.

Bland de patienter som fullföljde programmet under fyra månader minskade andelen självrapporterade inaktiva betydligt under perioden i båda grupperna (figur). I högdosgruppen minskade andelen inaktiva från 76 till 29 procent och i lågdosgruppen från 72 till 37 procent.

Kostnader för sjuklighet förväntas minska

De aktuella studierna visar intressanta resultat när det gäller besparingar som

Fysisk inaktivitet i låg- respektive högdosgrupp före och efter det att patienterna deltagit i ett FaR-program under fyra månader (%).



samhället kan göra när den fysiska aktivitetsnivån ökar hos inaktiva personer. Under förutsättning att den ökade aktiviteten kvarstår under ett år förväntas samhällets kostnader för sjuklighet minska med ca 980 kr per person och år till följd av FaR-programmet.

Resultaten av kostnadsanalyserna visar också hur stor del av kostnaderna som individen själv måste bidra med och hur stor del som subventioneras. Individens egen kostnad för till exempel resor och fritid kommer att påverka deltagandet i den här typen av program. Om till exempel patientens egen kostnadsandel av träning är stor, krävs det att individens värdering av hälsoeffekterna är relativt höga, annars kommer personen i fråga inte att lägga tid på träning.

Studierna belyser också hur mycket deltagarna är villiga att betala för att öka sitt välbefinnande genom att börja träna. Information om vad den inaktive själv har för preferenser och intresse av fysisk aktivitet kan vara värdefull när man ska utforma program inom primärvården som har syftet att öka den fysiska aktivitetsnivån. Har individen preferenser för olika hälsoeffekter av fysisk aktivitet, kommer i förlängningen samhällets nytta att öka eftersom en förbättrad hälsa är starkt kopplad till samhälls-ekonomi.

Hittills har en fullständig kostnads-effektivitetsanalys inte genomförts eftersom det kräver en uppföljning på mer än fyra månader. Därför planeras en 1-års respektive 4-årsuppföljning av resultaten för att studera om FaR-programmet är kostnadseffektivt. En annan kommande studie kommer att analysera bakomliggande motiverande faktorer för fysisk aktivitet, för att komma fram till hur FaR som behandlingskoncept kan optimeras genom att kartlägga vilken målgrupp som har störst vinster med metoden.

Var kan man läsa mer?

Romé Å. Health economic aspects of physical activity on prescription. Thesis for the degree of Licentiate of Medical Research. Lund: Lund University, 2009.

Förutsättningar för ökad samordning av vetenskapligt underlag vid introduktion av läkemedel?

– tema vid internationell workshop

Kostnaden för att utveckla och ta fram ett nytt läkemedel överstiger idag en miljard dollar. En stor del av denna kostnad kan hänföras till det arbete som företagen dels lägger ner för att kunna tillgodose krav på säkerhet och effekt för att ett läkemedel ska bli godkänt för försäljning, dels att inför olika så kallade HTA-organisationer visa på läkemedlets kostnadseffektivitet. I Sverige är det Läkemedelsverket som bedömer om läkemedel är säkra och effektiva, medan Tandvårds- och Läkemedelsverket (TLV) vid beslut om läkemedlets pris och subvention utgår från värdet av läkemedlets användning (se även inledande artikel).

Olika underlag

Det hade varit idealiskt om företagen kunnat tillmötesgå de olika myndigheternas krav med hjälp av samma vetenskapliga material, men erfarenheterna visar att myndigheternas olika syften kräver många gånger olika data från läkemedelsbolaget i samband med ansökan. Myndigheter som godkänner om ett läkemedel ska få säljas eller inte kräver underlag som baserar sig på randomiserade (vanligtvis placebo) kontrollerade kliniska prövningar för att försäkra sig om att läkemedlet är säkert och effektivt. Även om det kan finnas genetiska och miljömässiga skillnader mellan olika länder, anses dessa studier vara generaliserbara och ska genomföras inför ansökan om godkännande.

HTA-organisationer (eller utvärderingsorganisationer) är istället intresserade av att uppskatta förväntad kostnad och nytta vid faktiskt användning. Man föredrar studier som utgår från faktiska förhållanden i vården och som då inkluderar ett relevant (aktuellt) jämförelsealternativ. Detta förutsätter att företagen måste åstadkomma hälsoekonomiska underlag för varje land som de vill lansera sin produkt i.

Ökad samordning möjlig?

I slutet av september 2009 arrangerade CMR - International Institute for Regulatory Science -en workshop på temat "Review and Reimbursement: A special Case for Better Cooperation". Inbjudna var representanter från de myndigheter som godkänner läkemedlen och de myndigheter som beslutar om priser och subvention. Syftet var att diskutera möjligheter att anpassa de krav som ställs vid godkännandet och i HTA-organisationernas beslutsprocess. Till exempel diskuterades hur tekniska krav från HTA-organisationer och godkännandemyndigheter kan bättre harmoniseras när det gäller de vetenskapliga råd som ges till företagen när läkemedlet är under utveckling. Om företagen redan vid den initiala datainsamlingen kan tillmötesgå samtligas krav finns bättre förutsättningar att påskynda introduktionen av nya läkemedel.

På mötet samlades ett sextiotal representanter med mångårig erfarenhet av dessa frågor. Bland dem deltog professor Sir Michael Rawlins (ordförande NICE), professor Sir Alasdair Breckenridge (ordförande MHRA) och professor Clair Le Jeune (vice ordförande vid The French Transparency Commission).

Från Sverige deltog Ulf Persson (IHE) och Niklas Hedberg (TLV). De berättade om ett unikt projekt som nyligen inletts i Sverige. Från och med i höst har TLV och Läkemedelsverket startat vetenskapliga rådgivningsmöten för läkemedelsföretag där företagen har möjlighet att vid ett och samma tillfälle få svar på vilken information båda myndigheterna efterfrågar. De gemensamma mötena äger rum hos Läkemedelsverket och pågår i form av ett pilotprojekt under perioden 1 september – 31 december 2009.



Aktuella publiceringar

Borg S, Persson U, Jess T, Thompson O, Ljung T, Riis L & Munkholm P. A. Maximum likelihood estimator of a Markov model for disease activity in Crohn's disease and ulcerative colitis for annually aggregated partial observations. *Medical Decision Making*, 2009
DOI: 10.1177/0272989X09336141

Gerdtham UG, Andersson LF, Ericsson A, Borg S, Jansson SA, Rönmark E & Lundbäck B. Factors affecting chronic obstructive pulmonary disease (COPD)-related costs: a multivariate analysis of a Swedish COPD cohort. *Eur J Health Econ*. 2009 May;10(2): 217-26

Glenngård A H & Persson U. Costs associated with sharps injuries in the Swedish health care setting and potential cost savings from needle-stick prevention devices with needle and syringe. *Scand J Infect Dis*. 2009;41(4):296-302

Hjalte F, Persson U & Lithman T. Produktionsbortfall till följd av sjukskrivningar i Region Skåne 2005 – fokus på 9 diagnoser. Lund: IHE e-rapport 2009:1

Kanavos P, Persson U & Drummond M. The future of health technology assessment in Europe. The initiative for sustainable healthcare financing in Europe. Prague, February 18th, 2009
www.sustainhealthcare.org

Nordling S, Carlsten A & Ragnarson Tennvall G. Vilken nytta har ApoDos jämfört med läkemedelshantering baserad på traditionell receptförskrivning?. Lund: IHE e-rapport 2009:2

Olofsson S. Samhällets kostnader för vägtrafikolyckor – Beräkningar. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2009

Persson U, Nordling S & Pettersson B. Kostnadseffektivitetsanalyser – ett instrument för en långsiktigt hållbar läkemedelsmarknad? *Ekonomisk Debatt*, 2009; 37 (3):1-12

Persson U, Willis M & Ödegaard K. A case study of ex ante, value-based price and reimbursement decision-making; TLV and rimonabant in Sweden. *European Journal for Health Economics* 2009
DOI: 10.1007/s10198-009-0166-1

Wailoo AJ, Goodacre S, Sampson F, Hernandez M, Asseburg C, Palmer S J, Sculpher M, Abrams K, de Belder M A & Gray H. Primary angioplasty versus thrombolysis for acute ST-elevation myocardial infarction: an economic analysis of the National Infarct Angioplasty Project. *Heart*, 2009
DOI: 10.1136/hrt.2009.167130

Personalnytt



Katarina Steen Carlsson började i september 2009 som projektledare vid IHE. Katarina disputerade i nationalekonomi vid Lunds universitet på avhandlingen "Equality of Access in Health Care" år 1999. Både i avhandlingen och i senare studier har Katarina arbetat med empiriska hälsoekonomiska analyser och utvärderingar. Studiernas frågeställningar har ofta utvecklats tillsammans med företrädare för sjukvården och andra myndigheter, samt innehållit statistiska analyser av kliniska eller registerbaserade datamaterial.

Katarina har också författat lärobokskapitel om hälsoekonomi som riktar sig till personer med medicinsk och vårdvetenskaplig bakgrund. Bland samarbetena kan nämnas Koagulationscentrum och Handkirurgiska kliniken, båda vid Universitetssjukhuset MAS, Malmö, och Diabetes Incidens Studien i Sverige.

Katarina har efter disputationen varit anställd vid Medicinska fakulteten vid Lunds universitet och haft post-doc utrymme inom Vårdalinstitutet. Sedan 2006 har Katarina också varit ansvarig hälsoekonom i projektledningen för Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för diabetesvård.