

INSTITUTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEKONOMI

- 1 Vad är värdet av ytterligare information för bättre beslutfattande?
- 2 Hälsoekonomi och kvalitetsregister – en utnyttjad potential
- 4 Slutenvårdskostnader för strokepatienter med förmaksflimmer
- 5 Pågående EU-projekt: Ett kvalitetsjusterat levnadsår – vad är det värt?
- 6 På temat schizofreni
- 7 Aktuella publiceringar
- 8 IHE-FORUM 2009

Vad är värdet av ytterligare information för bättre beslutfattande?

Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV) har i ökande utsträckning utnyttjat så kallad villkorad subvention i sina beslut om subvention och pris på läkemedel. Villkorad subvention innebär att subvention för en terapi ges endast under speciella villkor. Villkoren kan t ex avse kompletterande information om terapins användning inom definierad indikation eller om terapins kliniska effekt. I dessa fall avser villkoren ett krav på att genomföra ytterligare kliniska studier och att utfallet av dessa studier ska vara gynnsamt för att subvention ska utgå. I takt med att villkorade beslut förekommer allt mer, förs en diskussion internationellt om hur villkorade beslut bör utvecklas för att minska osäkerheten i beslutfattandet.

Litteraturen förs en intressant diskussion om utvecklingen och möjligheterna med villkorad subvention under begreppet "Coverage with Evidence Development (CED)". Enligt bland andra professor John Hutton kan de så kallade Health Technology Assessment (HTA) organisationerna betraktas som en "bridge between scientific evidence and the needs of policymakers" (Hutton m fl 2007). CED har potential för att stärka denna bro och skulle kunna få en mycket viktig roll i utvärderingsorganisationernas arbete i framtiden.

Det är inte bara TLV som använder villkorade beslut. Även Scottish Medicines Consortium (TLVs motsvarighet i Skottland) och NICE i England är exempel på HTA organisationer som i ökande utsträckning använder sig av möjligheten att villkora beslut om subvention eller behandlingsriktlinjer. Samma utveckling ses i Ontario i Canada och USA (Levin m fl 2007; Tunis & Pearson 2006).

Fördelar med villkorad subvention

Det finns många potentiella fördelar med villkorad subvention.

För det första är nya behandlingar sällan färdigutvecklade när de god-

känns av Läkemedelsverket utan fortsatt utvecklingsarbete för att optimera användningen måste ske under kontrollerade former. Det gäller t ex nya läkemedel för cancer, sällläkemedel (orphan drugs) och sk "targeted drugs". Villkorad subvention kan snabba på utvecklingsarbetet, minska riskerna för biverkningar och leda till att man tidigare finner den patientpopulation som vinner mest på behandlingen.

För det andra är villkorad subvention i vissa fall nödvändig för att skaffa information om behandlingens effekter i klinisk verklighet – information som inte alltid kan åstadkommas i kontrol-

År	Subvention utan villkor		Villkorad subvention		Ej beviljad subvention		Totalt antal beslut
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
2002 okt	–	–	–	–	–	–	–
2003	16	55	4	14	9	31	29
2004	56	89	2	3	5	8	63
2005	51	88	3	5	4	7	58
2006	54	73	7	9	13	18	74
2007	41	62	11	17	14	21	66
2008-juli	14	23	34	55	14	23	62
Summa	236	66	61	17	59	17	352

Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverkets subventionsbeslut under perioden oktober 2002-juli 2008 fördelat på typ av beslut.

lerade randomiserade kliniska prövningar (RCT). I många fall kännetecknas RCT av inklusionskriterier som inte återfinns i klinisk verklighet samtidigt som exempelvis resursförbrukning och behandlingsriktlinjer bestäms av prövningsprotokollet. Denna kunskap och evidens fyller väl syftet för regleringsmyndigheterna, men är av mindre värde för myndigheter som ansvarar för subvention och pris.

För det tredje är kostnadseffektiviteten av behandlingar beroende av att behandlingen begränsas till den indikation och de patientgrupper som har störst fördelar av den. Villkorad subvention är ett instrument för att styra inriktningen av behandlingen till dessa grupper.

Kostnader för efterfrågad information

Villkorad subvention är också förknippad med svårigheter/utmaningar. En av dessa svårigheter är att beräkna kostnaderna för att producera den information som efterfrågas. Det är viktigt att myndigheten får kunskap om vilka ytterligare kostnader som genereras genom att efterfråga kompletterande information. Samtidigt är det viktigt att myndigheten har instrument för att väga dessa kostnader mot vinsterna av ytterligare information.

För att villkorad subvention ska kunna utvecklas krävs ett närmande till den hälsoekonomiska forskningen om "Value of information". Mycket förenklat innebär detta att man försöker utveckla teorier och metoder för att optimera produktionen av information om terapiers kliniska effekt och användning för att åstadkomma ett bättre beslutsfattande. Kunskap krävs då både om förväntat värde av ytterligare information och förväntade kostnader att ta fram sådan information. Hälsoekonomiska modeller kan vara ett hjälpmedel i denna process. Tidiga kontakter med producerande företag kan vara en annan metod. En tredje strategi kan vara att samordna datainsamlingen och sätta upp stora internationella kliniska studier.

En annan utmaning är att rätt analysera och tolka den ytterligare informa-

tion som kommer fram. För beslut om subvention och pris gäller helt andra förutsättningar än vid bedömning av efficacy och säkerhet. Vid beslut om subvention och pris gäller det också att väga in läkares och patienters beteenden samt förekomsten av comorbiditet. Det kan också handla om att utnyttja mer ändamålsenlig statistisk teori för analyserna.

En tredje utmaning gäller den begränsade generaliserbarheten av resultaten från uppföljningsstudier i klinisk verklighet. Studier som inkluderar effekter på resursförbrukningen är ofta kontextberoende, d v s utfallet beror på relativpriser som varierar mellan länder och på lokal behandlingspraxis som sammanhänger med hur sjukvården är organiserad.

Referenser

John Hutton, Paul Trueman & Christopher Henshall. Coverage with Evidence Development: An examination of conceptual and policy issues. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2007 October: 425-432

Leslie Levin, Ron Goeree, Nancy Sikich, Birthe Jorgensen, Melissa C. Brouwers, Tony Easty and Catherine Zahn. Establishing a comprehensive continuum from an evidentiary base to policy development for health technologies: The Ontario experience. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2007; 23(03): 299-309

Sean R. Tunis and Steven D. Pearson. Coverage Options For Promising Technologies: Medicare's 'Coverage With Evidence Development'. *Health Affairs*, 2006; 25(5): 1218-1230.

Hälsoekonomi kvalitetsregi

I slutet av år 2008 arrangerade IHE ett nätverksmöte för hälsoekonomer på temat hälsoekonomi och kvalitetsregister – ett tema som lockade många av nätverkets medlemmar. Under dagen presenterade både myndigheter, registerhållare och läkemedelsindustri sina erfarenheter av kvalitetsregister och möjligheten att använda dem i hälsoekonomiska studier. En slutsats av dagens innehållsrika diskussioner var att denna kunskapskälla skulle kunna utnyttjas i större utsträckning i forskningen, men samtidigt saknar många register det underlag som behövs för hälsoekonomiska studier. Det finns dock flera goda exempel på kvalitetsregister som har stor betydelse i svensk hälsoekonomisk forskning.

Enligt *Måns Rosén*, SBU, har Sverige en unik möjlighet att bedriva forskning baserat på register inom hälso- och sjukvården. Förekomsten av personnummer i våra register gör det möjligt att ta reda på vilken patient som har fått vilken behandling och med vilket resultat.

Trots det är det en mycket liten del av forskningen – och speciellt den hälsoekonomiska – som tar sin utgångspunkt i kvalitetsregisterdata. Enligt *Göran Garellick*, registerhållare för Svenska Höftprotesregistret, syftar nationella kvalitetsregister till kliniskt förbättringsarbete och optimal behandling för den enskilda patienten. Men trots en enorm forskningspotential syftar de flesta register inte till forsk-

mi och ster – en outnyttjad potential

ning. Enligt Garellick håller inställning till registerforskning på att ändras och "...under de senaste åren har en rad utredningar inom och utanför Vetenskapsrådet påpekat att dagens svenska register, som omfattar hela befolkningen, är en underutnyttjad guldgruva för klinisk forskning".

Läkemedelsindustrins intresse att använda registerdata har ökat i och med införandet av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Mynligheten har i flera fall utnyttjat möjligheten att villkora subvention under förutsättning att företaget tar fram data som visar att den effekt som påvisats i randomiserade kliniska prövningar också har effekt i klinisk praxis (se även föregående artikel).

Patrik Svarvar, Schering-Plough, konstaterade däremot att industrin generellt sett har svårt att få ta del av data från nationella kvalitetsregister. Industrin initierar därför samarbeten med oberoende konsultföretag och forskargrupper vid universitetssjukhusen för att kunna genomföra de studier som TLV ålägger läkemedelsföretagen.

Exempel på kvalitetsregister

Svenska Höftprotesregistret togs upp som ett bra exempel på hur man kan införliva hälsoekonomi i de nationella kvalitetsregistren. Registret har använts för att uppskatta de sjukdomsrelaterade kostnaderna för patienter som väntar på höftprotesoperation och för att visa att sjukhus som erbjuder den billigaste sjukvården inte alltid är de mest kostnadseffektiva.

Även inom Nationella Diabetes Registret (NDR) finns det erfarenhet av att koppla hälsoekonomiska data till kvalitetsregistret. *Pontus Roos*, Institute for Applied Economics, berättade

att NDR på senare tid har utvidgats med uppgifter om tillhandahållen service, egenvård, patientupplevd hälsa och livskvalitet. Uppgifterna har samlats in genom enkäter bland ett urval av registrets patienter och har hittills använts för att beräkna utvecklingspotentialen i diabetesbehandlingen.

KPP-databasen (Kostnad per patient) är Sveriges största databas med patientrelaterade data, medicinska uppgifter och kostnadsdata på vårdtillfäl-

bättra cancersjukvårdens planering och budgetering. Men å andra sidan finns det en farhåga att en sådan strategi lämnar utrymme för att stoppa ett vårdprogram av ekonomiska skäl redan under planeringsstadiet. Hälsoekonomi i vårdprogram innebär också att professionen exempelvis måste ta fram epidemiologiskt baserade riskbedömningar för olika sjukdomstillstånd, vilket inte ingår i det nuvarande vårdprogramarbetet.

"Kostnader är den mest diskuterade variabeln inom sjukvården. Med tanke på detta fokus är det en paradox att man inte skapat rikstäckande och standardiserade metoder för att mäta kostnader."
(*G. Garellick, 2008*).

lesnivå. Databasen administreras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och enligt *Åke Karlsson*, SKL, är databasen en viktig komponent i utvecklingen av NordDRG. Idag används KPP främst i ekonomiska syften och det finns fortfarande landsting som inte deltar i utvecklingsarbetet. Karlsson ser dock stora utvecklingsmöjligheter då KPP skulle kunna användas som uppföljningsverktyg av kostnader och klinisk praxis i kombination med kvalitetsregister.

Enligt *Thomas Högberg*, Region Skåne, finns det både för- och nackdelar med att införliva hälsoekonomi i vårdprogram inom cancerområdet. En av fördelarna är möjligheten att för-

De nationella kvalitetsregistren är inte designade för utvärdering av läkemedelseffekter i klinisk praxis. För att de ska kunna användas även i ett sådant syfte bör man enligt Svarvar gå mot en periodisk registrering av utfall istället för händelsedrivna registrering. Det kan gälla registrering av läkemedelsanvändning (dos, följsamhet, terapiavslut), orsak till val av ett specifikt förstahands- eller andrahandsläkemedel och mätning av kliniska utfall som fångar symptom-bilden för sjukdomen. Kompletteras registren med sådana uppgifter ökar förutsättningarna för att användningen av olika medicinska insatsfaktorer ska kunna utvärderas i klinisk praxis.

Slutenvårdskostnader för strokepatienter med förmaksflimmer

Stroke utgör den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige efter hjärtinfarkt och cancer, men mortaliteten har minskat under de senaste decennierna vilket framförallt förklaras av förbättrad akutvård. Stroke leder ofta till motoriska och mentala funktionsnedsättningar som innebär mer vård- och omsorgsinsatser i landsting och kommuner. IHE har tidigare beräknat kostnaden för dessa vård- och omsorgsinsatser till nästan 10 miljarder per år. Skattningen gjordes i samarbete med Riks-Stroke och är ett bra exempel på hur kvalitetsregister kan användas i hälsoekonomiska studier. I en nyligen publicerad studie om strokepatienter med förmaksflimmer, presenteras ännu en studie baserad på data från nationella register.

I dag finns flera kända riskfaktorer för stroke som t.ex. högt blodtryck, förmaksflimmer, diabetes och rökning. Genom preventiv behandling av dessa patienter kan både kostnader och lidande undvikas. För att förhindra en stroke används därför bl.a. blodfetsksänkare, koagulationshämmare samt blodtryck- och hjärtrytmkontrollerande behandling för riskpatienterna.

Samtidigt är nya preparat för behandling av förmaksflimmer under utveckling bland annat till följd av de allvarliga biverkningar vissa äldre läkemedel kan orsaka. IHE har därför tillsammans med Riks-Stroke, ett nationellt kvalitetsregister för strokevården i Sverige, studerat hur slutenvårdskostnaderna skiljer sig mellan patienter med och utan förmaksflimmer. Sådan information är viktig, bl.a. för beslutsfattare som ska ta ställning till om nya behandlingar för förmaksflimmer är kostnadseffektiva. Om det skulle visa sig att kostnaderna mellan patienter med och utan förmaksflimmer skiljer sig, är det fel att i en hälsoekonomisk skattning använda en genomsnittlig strokekostnad oavsett riskfaktor för förmaksflimmer.

Från Riks-Stroke identifierades sammanlagt 6 611 patienter som drabbats

av sin första stroke mellan den 1 januari och den 30 juni 2003. Dessa patienter samkördes med Socialstyrelsens Patientregister som bland annat inkluderar sjukvårdsinsatser i slutenvården och dödsdatum. Slutenvårdskostnader beräknades under en uppföljningstid till och med 31 december 2003. Av patienterna hade 24 procent förmaksflimmer, 43 procent högt blodtryck, 20 procent diabetes och 17 procent var rökare. Bland dem med förmaksflimmer var medelåldern högre, andel män var lägre och fler hade sänkt medvetande (enligt RLS) vid akuttillfället jämfört med strokepatienter utan förmaksflimmer. Studien visade en signifikant skillnad i dödlighet under de första 28 dagarna; 13 respektive 7 procent för patienter med och utan förmaksflimmer. Vid studietidens slut hade 43 respektive 25 procent av patienterna avlidit.

Slutenvårdskostnaderna under 3 år för den genomsnittliga strokepatienten var 83 000 kronor. För patienter med förmaksflimmer var kostnaden 86 000, eller 3 500 kronor högre än de utan förmaksflimmer. En linjär regression visade dock att dödlighet under de första 28 dagarna reducerade kostnaderna avsevärt eftersom inga fler sjukhusvistelser kan komma i fråga. Kontrollerat för överlevnad och en mängd andra variab-

Riks-Stroke – ett nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård

Registret samlar in uppgifter om patientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten efter tre månader. Varje år analyseras de data som samlats in från deltagande sjukhus. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar. Syftet med Riks-Stroke är att bidra till att strokevården håller en hög och jämn kvalitet i alla delar av landet, stöd för det kontinuerliga kvalitetsförbättringsarbetet och som ett instrument för uppföljning av Socialstyrelsens riktlinjer för strokevård. www.riks-stroke.org

ler (patientkaraktäristika, sjukvårdsområde och antalet re-stroke) framkom att patienter med förmaksflimmer hade 11 procent högre sjukvårdskostnad än övriga patienter (allt annat lika). Hade patienterna därtill diabetes var slutenvårdskostnaden under tre år 14 procent högre.

Var kan man läsa mer?

Ghatnekar O, Persson U, Glader E-L, Terént A. The Cost of Stroke in Sweden – An Incidence Estimate. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2004;20(3):375-380

Ghatnekar O, Glader E-L. The Effect of Atrial Fibrillation on Stroke-Related Inpatient Costs in Sweden: A 3-Year Analysis of Registry Incidence Data from 2001. *Value in Health*. 2008;(11)5:862-868

Ett kvalitetsjusterat levnadsår – vad är det värt?

Med ökat fokus på så kallade HTA-organisationer vid prioriteringar i vården har hälsoekonomiska studier fått allt större betydelse som underlag i de beslut som dessa utvärderingsorganisationer fattar. Till exempel är kostnadseffektiviteten ett av tre beslutsriterier som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) tar hänsyn till i bedömningen av subvention för läkemedel. Principen innebär att TLV ska eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekter om ett läkemedel ska subventioneras eller inte. Som effektmått använder TLV kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY). Frågan är vid vilket gränsvärde som en behandling i sjukvården kan betraktas som kostnadseffektiv? I en stor del av ansökningsunderlagen till TLV ligger kostnadseffektivitetskvoten mellan 300 000 – 400 000 kr per vunnet QALY. Hur väl överensstämmer denna nivå med befolkningens betalningsvilja för ett QALY?

Sedan drygt ett år tillbaka deltar IHE i ett europeiskt projekt där forskare i tio länder arbetar med att utveckla och tillämpa metoder för att just värdera befolkningens betalningsvilja för ett QALY. Att nå mer kunskap om värdet av ett QALY är angeläget – inte minst mot bakgrund av att kostnadseffektiviteten fått en allt centralare roll i hälso- och sjukvårdens beslutsfattande inte bara i Sverige utan också i många andra länder. Att kostnadseffektivitetskvoten ligger runt 300 000-400 000 kr per vunnet QALY i de ansökningar som lämnas till TLV (Persson och Ramberg, 2007) kan möjligen härledas till att NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) i Storbritannien använder £30 000 som gränsvärde och att många av studierna även används vid ansökan om subvention i Sverige.

Tre delstudier

Projektet som går under namnet EuroVaQ (European Value of a Quality Adjusted Life Year) består i stora drag av tre delar. För det första kommer projektgruppen skatta betalningsviljan för ett QALY genom att utgå från redan genomförda studier där man skat-

tat betalningsviljan för ett inbesparat statistiskt dödsfall. Betalningsviljan, eller willingness-to-pay (WTP) som det också kallas, innebär att individer uppger vad de är villiga att betala för en vara eller en tjänst, till exempel bättre hälsa eller att undvika ett dödsfall. I den modellring som projektgruppen arbetar med kommer man bland annat ta hänsyn till hur många återstående levnadsår som hade kunnat sparas om dödsolyckan inte skett. Dessa återstående levnadsår justeras därefter med åldersrelaterade livskvalitetsvikter – specifika för det land som studierna ursprungligen genomfördes i.

Befolkningens betalningsvilja

Förutom att modellera ett QALY-värde, kommer projektgruppen även att fråga totalt 3 000 personer om deras betalningsvilja. Detta kommer att göras via en webb-baserad enkät under våren 2009 i de tio länder som ingår i projektet. I enkäten ställs respondenten inför en hypotetisk situation där han eller hon ska uppge sin betalningsvilja för att undvika ett visst hälsotillstånd. Metoden för att mäta befolkningens betalningsvilja kallas för contingent valuation-metoden och har under många år

använts inom miljö- och trafikområdet. Det främsta syftet med studien är inte att leverera ett faktiskt värde för ett QALY, utan snarare att öka förståelsen för vad som bestämmer enskilda individers värdering av ett QALY.

Attitydundersökning

Den tredje studien är också en enkätstudie, men vänder sig till både beslutsfattare och allmänhet. Denna studie kan betraktas som en attitydundersökning där beslutsfattare och allmänhet får ange om de tycker det är mer värt att prioritera en behandling till en yngre patient jämfört med en äldre förutsatt att antalet vunna kvalitetsjusterade levnadsår är desamma. Andra frågor kan gälla om det är rimligt att tänka sig ett högre värde för ett kvalitetsjusterat levnadsår då patientens behov är stora – kanske till och med livshotande.

Det övergripande syftet med projektet är att samla det forskningsarbete som redan pågått under många år i de länder som ingår i projektet. På så sätt skapas förutsättningar för att jämföra olika länders värdering, inte enbart det monetära värdet utan också på vilket sätt det definierats och skattats. Resultatet av EuroVaQ-projektet förväntas presenteras i februari 2010.

Var kan man läsa mer?

För mer information om projektet, besök projektets hemsida <http://research.ncl.ac.uk/eurovaq> eller kontakta *Annika Bergman* på IHE.

På temat schizofreni

och andra generationens långtidsverkande depå-läkemedel

Under det senaste året har IHE vid olika internationella konferenser presenterat fyra projekt på temat schizofreni och effekter av så kallade andra generationens långverkande depå-läkemedel. Projekten, som alla finansierats av Jansen-Cilag, bygger på material från Sverige, Finland och Tyskland.

Två studier är retrospektiva observationsstudier genomförda i Sverige respektive Finland. Arbetena har bland annat analyserat om antalet sjukhusvistelser kan förväntas minska för patienter med schizofreni efter påbörjad behandling med det långtidsverkande depå-läkemedlet Risperdal Consta®. Uppgifter om antalet vårdepisoder och vård dagar samt läkemedelskonsumtion i slutenvård har kartlagts för drygt 160 patienter i Sverige och knappt 180 patienter i Finland. De patienter som ingick i studien påbörjade sin behandling med Risperdal Consta någon gång under perioden jan 2003 - juli 2005. Både den svenska och den finska studien visar bland annat på en minskning av antalet slutenvårdsepisoder efter en övergång till Risperdal Consta.

En litteraturöversikt av läkemedelsbehandlingens effekter visar att andra generationens långtidsverkande depå-läkemedel reducerar slutenvårdskostnaden för patienter med schizofreni. I samma arbete skattades också direkta och indirekta kostnader för schizofreni i Tyskland. Med hjälp av officiell statis-

tik från Tyskland skattades den totala kostnaden till drygt 7 miljarder Euro år 2004. Skattningarna inkluderar kostnader för sluten- och öppenvård, akut-sjukvård, läkemedel och produktionsbortfall till följd av sjukskrivning och förtidspension.

Det fjärde arbetet har gjorts i samarbete med NU-sjukvården i Trollhättan och Karlstads universitet som under många år byggt upp en patientdatabas över vårdkonsumtionen bland patienter med schizofreni. Materialet inkluderar inte enbart patienternas sluten- och öppenvårdskonsumtion utan också formella och informella hjälpinsatser i hemmet eller i särskilt boende. Även patientens sjukfrånvaro har registrerats. IHE har skattat de direkta och indirekta sjukdomskostnaderna till följd av schizofreni till i genomsnitt drygt 60 000 Euro per patient och år. Studien visar också hur kostnaden varierar med sjukdomens svårighetsgrad. Exempelvis är kostnader förknippade med vård och omsorg i särskilt boende, slutenvård och hjälp av anhöriga signifikant högre vid en GAF-score motsvarande 40 eller lägre.

Får vi presentera...



Christian Asseburg, fil dr, är statistiker med huvudinriktning i Bayesiansk modellering. Christian kom till IHE i februari 2007. Efter en examen i matematik, doktorerade Christian inom statistisk ekologi.

Åren 2004-2006 arbetade Christian vid Centre for Health Economics i York, England, där han tillämpade sina metodkunskaper inom Bayesianska modeller av evidens-syntes. Christians huvudintressen är utvärdering av nya läkemedel och i synnerhet den statistiska osäkerhet som uppstår när man genomför meta-analyser av kliniska studier eller hierarkisk modellering med olika informationskällor.

Vid IHE har Christian konstruerat modeller för behandling av diabetes och fetma. Christian har också analyserat patientdata från registerstudier (schizofreni) och kliniska prövningar (kolorektal cancer), både deskriptivt och som input till kostnads-effektivitetsmodellering. I år kommer Christian även delta i större enkätstudier som syftar till att skatta patienters betalningsvilja för positiva bieffekter av behandlingar.

Poster presentationer

Impact of Switch to Long-Acting Risperdal Consta on Inpatient Resource Use for Treating Schizophrenia in Sweden. A. Berntsson, M. Willis, M. Svensson, U. Persson, B. Eriksson, M. Löthgren. Poster presentation at 14th Biennial Winter Workshop on Schizophrenia and Bipolar Disorders February 2-7, 2008 Montreux, Switzerland.

Impact on Schizophrenia Inpatient Resource Use Following Switch to Long-Acting Risperidone in Finland. Löthgren, M, Asserburg, C, Willis, M, Seppälä, N, Hakala, M, Svensson, M, Persson, U. Poster presentation at ISPOR 11th Annual European Congress 9-11 November, 2008, Athens, Greece.

The Economics of Schizophrenia in Germany and the Potential of Long-Acting Second Generation Depot Treatment. F.

Hjalte, A. Bergman, U. Persson. Poster presentation at ISPOR 11th Annual European Congress 9-11 November, 2008, Athens, Greece.

Costs for Schizophrenic patients in Sweden. L. Helldin, F. Hjärthag, M. Löthgren, C. Hjortsberg. Poster presentation at EPA European Psychiatric Association "17th European Congress of Psychiatric" Lisbon, 24-28 January, 2009.



IHE startar internationellt nätverk – MINERVA

Hösten 2008 bildades MINERVA – ett hälsoekonomiskt nätverk bestående av internationellt etablerade hälsoekonomer i Nederländerna, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA. Medlemmarna har alla en stark förankring inom akademien och bland hälso- och sjukvårdens beslutsfattare genom dess policyinriktade forskning för att bland annat utveckla system för subventionsbeslut inom läkemedelsområdet.

Genom nätverket skapas möjligheter att vid internationella hälsoekonomiska projekt kunna tillföra den lokala kompetens som krävs för att analysera frågeställningar utifrån olika länders sjukvårdssystem och förutsättningar. MINERVAs uppdragsgivare är såväl läkemedelsföretag som sjukvårdens beslutsfattare i Europa och USA.

Mer information om MINERVA och dess medlemmar finns på nätverkets hemsida www.minerva-network.com eller genom att kontakta IHEs *Ulf Persson*.

Nytt programråd för IHEs nätverk för hälsoekonomer

Vid 2008 års sista nätverksmöte avtackades det avgående programrådet efter tre års strålande insats. IHE vill hälsa *Bo Claesson*, Sveriges Kommuner och Lands-ting, *Alexander Dozet*, Region Skåne, *Andreas Engström*, Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket, *Billie Pettersson*, Merck Sharp & Dome, *Patrik Svarvar*, Schering Plough, och *Klas Öberg*, Socialstyrelsen, varmt välkomna som nya programrådsmedlemmar under den kommande treårsperioden!

Är du intresserad av IHEs nätverk för hälsoekonomer? Kontakta *Sandra Erntoft* på IHE.



Aktuella publiceringar

Bergman A, Hjelmgren J, Ortqvist A, Wisloff T, Sonbo Kristiansen I, Diaz Hogberg L, M-S Persson K & Persson U. Cost-effectiveness analysis of a universal vaccination programme with the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV-7) in Sweden. *Scand J Infect Dis.* 2008;40(9):721-9.

Bergman A & Persson U. Samhällsekonomiska konsekvenser av vacciner. *Läkartidningen.* 2008; 105(22):1680-4.

Ghatnekar O & Glader, E-L. The effect of atrial fibrillation on stroke-related inpatient costs in Sweden: a 3-year analysis of registry incidence data from 2001. *Value in Health,* 2008; 11(5):862-868

Glenngård AH, Persson U & Schön S. Cost-effectiveness analysis of treatment with epoietin-alpha for patients with anaemia due to renal failure: The case of Sweden. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology.* 2008; 42(1):66-73.

Odegaard K, Borg S, Persson U, Svensson M. The Swedish cost burden of overweight and obesity - evaluated with the PAR approach and a statistical modelling approach. *International Journal of Pediatric Obesity.* 2008;3 Suppl 1:51-7.

Prompers L, Huijberts M, Schaper N, Apelqvist J, Bakker K, Edmonds M, Holstein P, Jude E, Jirkovska A, Mauricio D, Piaggese A, Reike H, Spraul M, Van Acker K, Van Baal S, Van Merode F, Uccioli L, Urbancic V & Ragnarson Tennvall G. Resource utilisation and costs associated with the treatment of diabetic foot ulcers. Prospective data from the Eurodiale Study. *Diabetologia* 2008; 51:1826-1834

Svensson M, Odegaard K & Persson U. Samhällsekonomisk kostnad och nytta av läkemedelsnära produkter – några illustrativa exempel. Stockholm : Sveriges Kommuner och Landsting, 2008.

Svensson M & Persson U. Kostnader för säkerhetsarbete - en förstudie. Lund: IHE e-rapport 2008:2

B



IHE Forum

Hur klara vårdens finansiering?

3-4 september 2009 i Lund

IHE-FORUM 2009 tar upp frågor om möjligheterna att finansiera vården idag och i framtiden. Vad kan vi lära av 90-talets kris i sjukvården? Hur prioriteras vården idag? Hur kommer åldrande befolkning och framtida forskning påverka kostnaderna för vården? Vad betyder innovationer för kostnadsutvecklingen? Alternativa finansieringsformer – finns de?

Dessa högaktuella frågor kommer att diskuteras av ledande hälsoekonomer, verksamhetsföreträdare och beslutsfattare. Medverkar gör bland andra:

Stefan Ackerby, Sveriges Kommuner och Landsting
Åke Andén-Sandberg, Karolinska Universitetssjukhuset
Richard Bergström, Läkemedelsindustriföreningen
Mona Boström, Stockholms läns landsting
Mats Brommels, Karolinska Institutet
Dan Ericsson, Finansdepartementet
Toivo Heinsoo, utredare Patientens rätt
Ellen Hyttsten, Sjukvårdsrådgivningen SVR
Claes Jublin, Landstinget i Östergötland

Bengt Jönsson, Handelshögskolan, Stockholm
Magnus Kåregård, Region Skåne
Lars-Åke Levin, CMT
Björn Lindgren, Lunds Universitet
Karin Prellner, Lunds Universitetssjukhus
Per Rosén, Region Skåne
Maarten Sengers, Socialstyrelsen
Göran Stiernstedt, Sveriges Kommuner och Landsting
Lena Unemo, Finansdepartementet

Moderator journalisten *Ulf Wickbom*

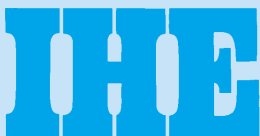
Tid: 3-4 september

Plats: Scandic Star, Lund

Sista anmälningdag: 3 juli

Deltagaravgift: 4 200 kr (exkl. moms), inkluderar luncher och middag torsdag kväll

Information: www.ihe.se / ihe-forum@ihe.se / 046-32 91 00



IHE information 1/2009

Redaktör: Marianne Svensson
Ansvarig utgivare: Ulf Persson
Adress: Box 2127, 220 02 Lund
Telefon: 046-32 91 00, Telefax: 046-12 16 04
E-post: info@ihe.se Hemsida: www.ihe.se
ISSN 0349-51 75

IHE information utkommer med tre nummer per år och ges ut av IHE, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, helägt dotterbolag till Apoteket AB.

Vid adressändring, uppge såväl gammal som ny adress!

Layout and original: Britta Jepsso Grafisk form • Tryck: Wallin & Dalholm Boktr. AB, Lund 2009