

- 1 Kostnadseffektivitet och beslutsfattande
- 3 Behandling av eksem – resultat från en aktuell hälsoekonomisk studie
- 5 Pågående projekt
- 6 Hälsoekonomisk världskongress i Köpenhamn – iHEA
IHE arrangerar 5:e globala NHA symposiet
- 7 Aktuella publikationer
- 8 IHE-FORUM 2007

Kostnadseffektivitet och beslutsfattande

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen baseras på tre grundläggande etiska principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. En uppenbar svårighet är emellertid att mäta behov eller "angelägenhetsgrad" när prioritering mellan olika medicinska behandlingar ska göras. Det finns inte heller någon accepterad metod för hur de tre principerna samtidigt kan inkluderas i beslutsfattandet. I många länder pågår arbeten för att utveckla metoder som explicit tar hänsyn till olika behov vid prioriteringar. I slutet av januari arrangerade IHE årets första nätverksmöte för hälsoekonomer på detta tema. Vad som tydligt framkom av föredrag och diskussioner var svårigheten att mäta behov och att fler faktorer än "behovs- och solidaritetsprincipen" i praktiken väger tungt vid prioritering av behandlingar.

Joakim Ramberg vid Läkemedelsförmånsnämnden var en av talarna på mötet och konstaterade att det finns flera motiv för en reglering av offentliga interventioner inom hälso- och sjukvårdsmarknaden. Förekomsten av marknadsmisslyckanden inom hälso- och sjukvården motiverar också användning av hälsoekonomiska utvärderingar. En central fråga är hur utvärderingarna ska utformas för att inte bara kostnadseffektivitetsprincipen ska beaktas i prioriteringarna utan också människovärdes- respektive behovs- och solidaritetsprincipen. Ska kostnadseffektivitet komma före övriga principer?

Per-Erik Liss vid Prioriterings-Centrum gav deltagarna en översikt av Riksdagens fastställda etiska principer. Enligt dessa bör gemensamma resurser först och främst satsas på människor som har de största behoven, där behov rangordnas efter sjukdomens eller skadans svårighetsgrad. Problemet är att

värdering av "behov" ofta är implicit och svårdefinierat. I Sverige finns en allmän acceptans för att betalningsviljan per kvalitetsjusterat levnadsår

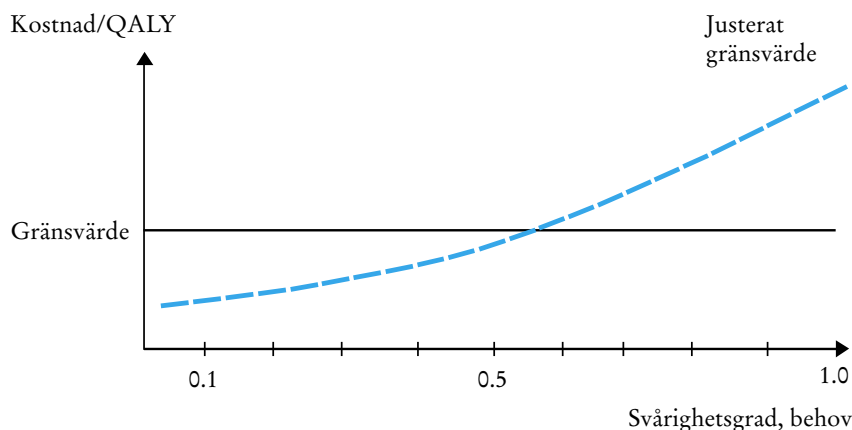
(QALY) ska variera med sjukdomens svårighetsgrad men däremot har inte något explicit värde för ett QALY angetts.

Ett explicit värde per QALY?

Det holländska folkhälsoinstitutet har nyligen släppt en rapport som behandlar problematiken om rättvisa vid fördelning av offentliga resurser. Under mötet presenterade Elly Stolk, forskare vid Erasmus University i Rotterdam, bakgrunden till rapporten samt holländska erfarenheter av ett förslag om att offentliggöra ett explicit gränsvärde för ett QALY.

Av rapporten framgår att inverkan från ekonomiska utvärderingar på subventionsbeslut i Nederländerna är marginell. I stället väger behov tungt i beslutsprocessen och endast en begränsad del baseras på kostnadseffektivitet. Folkhälsoinstitutet uppmanar den holländska staten att de organisationer som ge-

Prioritering efter "behovsjustering", i jämförelse med ett konstant gränsvärde för kostnadseffektivitet



nomför utvärderingar ska balansera behov och kostnadseffektivitet på ett så transparent sätt som möjligt, där "behov" är väl definierat och väl förankrat hos allmänheten.

En central fråga i hälsoekonomiska studier är vad en behandling per QALY får kosta för att den ska vara kostnadseffektiv. Många länder har undvikit att sätta en explicit gräns för kostnad per QALY. I Nederländerna har det nyligen föreslagits ett explicit värde av ett QALY på max € 80 000. Allmänhetens reaktioner till att fastställa en maxgräns har varit blandade, med reaktioner både för och emot förslaget. Enligt Stolk har många svårt att inse att offentliga resurser är begränsade och många tycker instinktivt att det är fel att bortprioritera behandlingar till följd av för höga kostnader.

"Proportional shortfall"

Ytterligare en central del i den holländska rapporten är att inkludera rättvisaaspekten i ekonomiska utvärderingar. Då kostnadseffektiviteten mellan behandlingar jämförs, används i regel QALYs, vilket tar hänsyn till både antalet vunna levnadsår för en viss behandling samt patienternas hälsorelaterade livskvalitet. QALYs gör däremot ingen urskiljning mellan olika individer, utan varje QALY värderas lika högt, oavsett vem den tillfaller.

I sin rapport understryker holländarna att det inte finns ett värde på ett QALY utan att det varierar efter behov. Behov kan tolkas som en sjukdoms svårighetsgrad och förslag på mått för "behovsjustering" av QALYs har därför



Elly Stolk vid Institute for Medical Technology Assessment Erasmus University Rotterdam

utvecklats. Ett sätt att införa behovsaspekten i ekonomiska utvärderingar är genom proportional shortfall, en metod som Elly Stolk har behandlat i sin avhandling "Equity and Health Economic Evaluations". Proportional shortfall tar hänsyn till förväntad hälsoförlust till följd av sjukdom (i QALY) samt individens förväntade relativa livslängd. Med detta mått förväntas två rättvisaaspekter att fångas: åldersaspekt samt sjukdomens svårighetsgrad. Denna metod leder till att en högre kostnad per QALY accepteras vid en svårare grad av sjukdomstillstånd.

"Så prioriterar svenska hälsoekonomer"

Som underlag till diskussionen om "behov kontra kostnadseffektivitet" på nätverksmötet bad IHE deltagare att prio-

riter mellan tre scenarier, från mest till minst angelägen (se box). En ny läkemedelsbehandling förväntades introduceras för var och en av patientfallen.

Enligt Riksdagens fastställda etiska principer för prioritering, är behandling av patient B mest angelägen, då denne patient är sjukast och därtill lider av ett livshotande tillstånd. Likaså om rangordning av patienter skulle utföras efter "proportional shortfall" borde patient B:s behandling prioriteras högst, eftersom denne patient har störst förväntad hälsoförlust till följd av sin sjukdom samt mest förlorad relativ återstående livslängd. Men nätverkets deltagare prioriterar på ett annat sätt; både patient A och C prioriterades framför patient B. Patient A:s behandling prioriterades som mest angelägen. Argumenten var bland andra patientens ålder, livräddande behandling, lång överlevnad, patienten kan arbeta, cancer är värre än hudsjukdom samt behovs- och solidaritetsprincipen. De personer som prioriterade patient C som mest angelägen resonerade att behandlingen var mest kostnadseffektiv, patienten kan arbeta samt att patienten har flest vunna QALYs.

Fortsatt diskussion angelägen

Hur gör vi det teoretiskt (och praktiskt) möjligt att fånga "angelägenhetsgrad" eller behov då utvärderingar av prioritering av olika behandlingar verkställs? En konklusion från mötet blev att angelägenhetsgrad är mer komplext än vad som kan fångas i förlorade QALYs eller proportional shortfall. Prioriteringen mellan de tre patientfallen väcker frågor om individer i allmänhet ser till möjlighet till bot och chans till överlevnad i sig, som värden utöver sjukdomens svårighetsgrad. Mötet avslutades med en gruppdiskussion där frågorna "bör underlagen för prioriteringar vara mer explicit" och "hur kombinerar vi behov med kostnadseffektivitet" skulle besvaras. Det enhälliga svaret *ja* på första frågan, och det lika enhälliga svaret *vet ej* på den andra, visar tydligt att det i Sverige behövs en fortsatt forskning för dessa frågor.

Var kan man läsa mer?

The Dutch Council for Public Health and Health Care. Sensible and sustainable care. Recommendations produced by the Council for Public Health and Health Care to the Minister of Health, Welfare and Sport (2006) www.rvz.net/cgi-bin/rvz_p.pl?id=54

Tre scenarier

- ▶ **Patient A:** 55-åring har drabbats av cancer med livskvaliteten 0,90. Risken att drabbas av återfall (leder till döden med förlust av 18 QALY) under de närmaste 10 åren är 10 %. Behandling förebyggande med Alfa-hämmare (utan biverkningar) minskar dödsrisken. Förväntad hälsoförlust utan behandling=1,8 QALY, med behandling=1,26, vilket ger en vinst på 0,54 QALY.
- ▶ **Patient B:** 80-åring med livskvaliteten 0,80 har drabbats av avancerad (obotlig) cancer. Beta-hämmare fördubblar överlevnaden men livskvaliteten blir lite lägre. Förväntad hälsoförlust utan behandling=4,2 QALY, med behandling=3,6 QALY, vilket ger en vinst på 0,60 QALY
- ▶ **Patient C:** 60-åring med livskvaliteten 0,90 drabbas av kronisk svår hudsjukdom som sänker patientens livskvalitet till 0,80. Gammahämmare förbättrar livskvaliteten till 0,85 för resten av livet. Förväntad hälsoförlust utan behandling=2,50, med behandling=1,25, vilket ger en vinst på 1,25 QALY.

Behandling av eksem

– resultat från en aktuell hälsoekonomisk studie

Behandling av personer med måttlig eller svår atopisk dermatit (eksem) med tacrolimus salva är ett kostnadseffektivt alternativ jämfört med standardbehandling med kortikosteroider. Detta illustreras i en aktuell IHE-studie som publiceras i *British Journal of Dermatology*.

Den aktuella studien har gjorts av Jonas Hjelmgren och Gunnel Ragnarson Tennvall från IHE i samarbete med tre dermatologer, Åke Svensson, Espen Jörgensen och Barbro Lindemalm-Lundstam. Studien baseras dels på information från en patientenkät med deltagare från Malmö, Kalmar och Västra Frölunda, dels på data från en internationell klinisk prövning samt svenska enhetskostnader för sjukvård och läkemedel.

Atopisk dermatit förknippas med försämrad livskvalitet för drabbade personer bland annat till följd av den klåda, rodnad och knottighet i huden som eksemet orsakar. Behandlingen medför också skillnader i kostnaden beroende på vilka behandlingsalternativ som väljs. Dessutom visar klinisk praxis att mängden salva under behandling kraftigt avviker jämfört med den resursåtgång som redovisades i samband med den kliniska prövningen. Av den anledningen kompletteras resultatet från den kliniska prövningen med data från klinisk praxis i den hälsoekonomiska analys som IHE genomfört.

Primär- och sekundärdata

Enkäten, som fylldes i av 248 patienter, inkluderade frågor om patientens hälsotillstånd med avseende på graden av symtom av klåda, rodnad samt knottighet under den vecka enkäten besvarades. I enkäten fick patienten också göra en bedömning av sin nuvarande livskvalitet på en VAS-skala och notera resursanvändning under den aktuella veckan. Motsvarande information efterfrågades även för de perioder när patienten upplevde de svåraste symtomen.

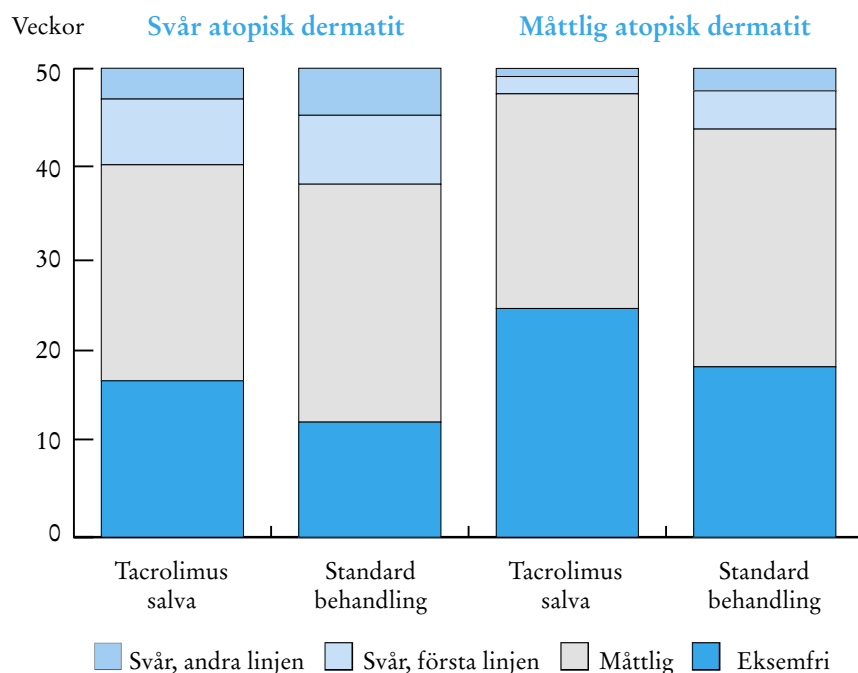
Symtomskalorna användes för att kunna klassificera patienterna i olika hälsotillstånd med relevans för eksembehandlingen, samt även för att till-

dela respektive svårighetsgrad en livskvalitetsvikt enligt VAS mätningarna (tabell 1).

På basis av det kliniska materialet

konstruerades en Markovmodell för att simulera resursanvändning och kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) för patienter med måttlig eller svår atopisk dermatit (AD) som behandlats med tacrolimus salva respektive standardbehandling med kortikosteroider under ett år. Modellen inkluderar fyra hälsotillstånd: svår AD – första linjens be-

Antal veckor per år som patienter med svår respektive måttlig atopisk dermatit tillbringar i olika hälsotillstånd med respektive behandling.



Tabell 1. QALY-vikter vid olika svårighetsgrad av sjukdomen

Hälsotillstånd	Index för svårighetsgrad enligt symtomskala	Mittpunktsvärde	QALY vikt (enligt VAS skala)
Eksemfri	0-6	3	0,796
Måttlig	7-13	10	0,584
Svår AD (1:a linjen)	14-18	16	0,421
Svår AD (2:a linjen)	19-20	19,5	0,319

Tabell 2. Årliga behandlingskostnader, livskvalitetsjusterade levnadsår och kostnad per vunnen QALY.

	Svår atopisk dermatit		Måttlig atopisk dermatit	
	Tacrolimus	Standardbehandling	Tacrolimus	Standardbehandling
<i>Mängd salva enligt klinisk studie</i>				
Total kostnad ¹ (kr)	8 357	2 892	7 089	2 381
QALY	0,6025	0,5695	0,6632	0,6209
Kostnad per vunnen QALY ² (kr)	165 606		111 300	
<i>Mängd salva enligt enkät</i>				
Total kostnad (kr)	4 190	2 469	3 357	2 028
QALY	0,6025	0,5695	0,6632	0,6209
Kostnad per QALY (kr)	52 151		31 418	

¹ I totalkostnaden ingår kostnad för tacrolimus, steroider och kostnader för läkarbesök under ett år.

² Kostnad per vunnen QALY = (Total kostnad tacrolimus - Total kostnad standardbehandling) / (QALYs tacrolimus - QALYs standardbehandling)

handling, svår AD – andra linjens behandling, måttlig AD och eksemfri. Patienten kan stanna kvar i eller förflytta sig mellan de olika hälsotillstånden med en viss sannolikhet och varje hälsotillstånd associeras med en kostnad och en livskvalitetsvikt. I modellen simuleras den tid i antal veckor under ett år som patienten befinner sig i respektive hälsotillstånd vid behandling med tacrolimus salva alternativt standardbehandling (se figur sidan 3).

Enligt modellen är patienter med initialt svår dermatit som behandlas med tacrolimus eksemfria under cirka 17 veckor per år medan patienter som får standardbehandling är eksemfria 13 veckor per år. Motsvarande eksemfria perioder för patienter med initialt måttlig dermatit är 25 respektive 19 veckor.

De totala behandlingskostnaderna är i hög grad beroende av hur lång tid patienten tillbringar i de olika hälsotillstånden under ett år, samt om man använder den mängd salva som använts i den kliniska studien eller den mängd som använts av patienterna som besvarat enkäten (tabell 2).

Kostnadseffektivt alternativ

Kostnadseffektkvoterna för behandling enligt svensk praxis med tacrolimus salva jämfört med standardbehandling är drygt 31 000 kronor per QALY för behandling av måttlig dermatit respektive 52 000 kronor per QALY för svår dermatit, vilket kan anses som kostnadseffektivt. När analysen istället baserades på de läkemedelsmängder som användes i den kliniska prövningen blev kostnadseffektkvoterna ungefär 111 000 kronor per QALY för måttlig dermatit och 166 000 kronor per QALY för svår dermatit. Även dessa kvoter bedöms som kostnadseffektiva enligt de gränser som diskuteras i Sverige idag.

Sammanfattningsvis visar studien att tacrolimusalternativet jämfört med standardbehandling i Sverige medför låga kostnadseffektkvoter trots högre läkemedelskostnader. Det positiva resultatet för patienter som behandlats med tacrolimus beror främst på vinster i livskvalitet. Studien visar också att kostnaden för studieläkemedlet är avsevärt högre i den kliniska studien jämfört med klinisk praxis enligt patientenkäten.

Troligtvis är även livskvalitetsvinsterna högre i den kliniska studien jämfört med vad man kan uppnå i klinisk praxis till följd av en användning av mer salva. Det är dock högst osannolikt att den uppnådda livskvalitetsförbättringen är proportionell mot mängden salva, varför resultaten från den hälsoekonomiska analysen kan fungera som ändpunkter inom vilka kostnaden per vunnen QALY sannolikt ligger.

Var kan man läsa mer?

Cost-effectiveness of tacrolimus ointment vs. standard treatment in patients with moderate and severe atopic dermatitis: a health-economic model simulation based on a patient survey and clinical trial data. J. Hjelmgren, Å. Svensson, E. T. Jörgensen, B. Lindemalm-Lundstam, G. Ragnarson Tennvall. *British Journal of Dermatology (BJD)* 2007.

En svensk kostnadseffektanalys av pneumokockvaccin

Pneumokocker (*Streptococcus pneumoniae*) är en vanlig orsak till akut otitis media (öroninflammation), pneumoni och invasiv pneumokocksjukdom (IPS). IPS manifesterar sig ofta som hjärnhinneinflammation eller blodförgiftning, med risk för svåra bestående komplikationer och död. Förekomsten av IPS är vanligast hos barn upp till ca två års ålder och personer över 65 år men förekommer även hos yngre vuxna. Sedan ett par år finns ett 7-valent konjugatvaccin (PCV-7) tillgängligt, vilket är ett vaccin mot pneumokocksjukdomar för spädbarn.

I Sverige förs en diskussion om ett eventuellt införande av PCV-7 i det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Det finns flera faktorer att ta hänsyn till inför avgörande om ett vaccin skall

ingå i ett allmänt vaccinationsprogram. Sjukdomsburda, vaccinets skyddseffekt, biverkningar, möjligt förändrat sjukdomspanorama, påverkan på övriga vaccinationer och konsekvenser för samhällsekonomin är exempel på viktiga faktorer att undersöka inför ett beslut. I flera länder, såsom i USA, Storbritannien, Norge och Nederländerna, har PCV-7 nyligen inkluderats i ländernas allmänna barnvaccinationsprogram. IHE har nu fått i uppdrag av Socialstyrelsen att utföra en kostnadseffektanalys av ett eventuellt införande av det nya pneumokockvaccinet i det nationella barnvaccinationsprogrammet i Sverige.

Generellt sett finns flera fördelar med att införa vaccin i det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Utöver

den självklara effekten att ett stort antal individer blir immuna mot sjukdomen medför vaccination av en stor mängd personer att "flockimmunitet" kan uppstå. Flockimmunitet är en positiv extern effekt av massvaccination och innebär ett indirekt skydd av individer. I USA, där PCV-7 har stor spridning, ser man att incidensen av IPS bland vuxna har minskat, vilket tyder på en positiv extern effekt. Tidigare studier av det sju-valenta pneumokockvaccinet i andra länder visar dock skilda resultat beträffande vaccinets kostnadseffektivitet, vilket kan bero på det relativt höga priset för vaccinet. Den pågående svenska kostnadseffektsstudien av PCV-7, beräknas vara klar till sommaren.

Kartläggning av hjälpmedelsmarknaden

Under våren kommer IHE att presentera en kartläggning av hjälpmedelsmarknaden. I studien skattas den totala kostnaden för hjälpmedel i Sverige och hur denna har utvecklats under senare år. Ett försök görs också att belysa den framtida förväntade kostnadsutvecklingen för hjälpmedel, dels till följd av den framtida befolkningsutvecklingen med en ökad andel äldre, dels mot bakgrund av en fortsatt produktutveckling som kan förväntas leda till krav på ökad tilldelning.

Studiens begränsas till den del av hjälpmedelsmarknaden som förskrivs inom landsting och kommuner. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar landsting och kommuner för hjälpme-

del för den dagliga livsföringen och för vård och behandling. En stor del av dessa hjälpmedel förskrivs i primärvården och kommunerna. Vilka produkter som ska betraktas som hjälpmedel och vilka egenavgifter som ska gälla för dessa regleras av landstingen och kommunerna själva och kan därför variera mellan sjukvårdshuvudmännen.

En annan form av hjälpmedel är de förbrukningsartiklar som används för att tillföra kroppen ett läkemedel, för egenkontroll av medicinering eller som används för stomi. Dessa så kallade läkemedelsnära produkter omfattas av läkemedelsförmånen och vilka produkter som ska ingå i förmånen beslutas av Läkemedelsförmånsnämnden. Även

dessa hjälpmedel kommer att belysas i studien.

Knappt tio procent av landets befolkning använder någon form av hjälpmedel och många av dem är 65 år eller äldre. Hur många personer som har funktionshinder är svårt att säga, men uppskattningsvis har drygt 1,3 miljoner av landets vuxna befolkning någon form av funktionsnedsättning.

Studien, som gjorts på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting och Swedish Medtech, kommer att ges ut av IHE under våren. Författarna är Marianne Svensson, Ulf Persson och Knut Ödegaard.

Hälsoekonomisk världskongress i

I sommar äger den sjätte internationella hälsoekonomiska konferensen rum i Köpenhamn. Förutom att IHE arrangerar en av förkonferenserna (se artikel nedan) kommer flera av IHEs medarbetare bidra med postrar och presentationer under detta "världsmästerskap". *Ulf Persson* kommer tillsammans med *Michael Willis* dessutom att arrangera en av konferensens många sessioner.



Temat för sessionen är hälsoekonomisk modellering vid kronisk sjukdom och tar sin utgångspunkt i de erfarenheter som mångårigt modellarbete inom diabetes har gett. Vad kan vi lära av tidigare studier och vilka är de metodologiska utmaningarna framöver? Syftet med sessionen är diskutera hur informationen kan göras mer tillgänglig, och värdefull, för beslutsfattare vid exempelvis subvention av läkemedel, men också för läkemedelsföretagen i deras interna beslutsprocesser.

En annan intressant fråga på den hälsoekonomiska agendan är hur ett kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) ska mätas och värderas.

Kostnaden per QALY används som ett mått för behandlingens kostnadseffektivitet, men en av frågorna är vilket som är det explicita värdet för att behandlingen ska anses vara kostnadseffektiv. Ulf Persson kommer att presentera resultaten av en pilotstudie som mätt befolkningens betalningsvilja för ett QALY. Studiens syfte var att testa olika mätmetoder för att värdera betalningsviljan och hur värdet varierar med förväntade hälsoförluster. *Jonas Hjelmgren* har jämfört olika metoder för att mäta QALYs och vilken betydelse metoden har för QALY-värdet. Studien jämför trafikskadades livskvalitet bedömd enligt en VAS-skala respektive EQ-5D.

IHE kommer att presentera ytterligare två arbeten. *Frida Hjalte* och *Anna H Glenngård* kommer att presentera en aktuell studie om de faktorer som kan förklara varför en del länder efterfrågar data om landets hälso- och sjukvårdsutgifter som underlag för policybeslut,

IHE arrangerar 5:e globala NHA

Det femte globala symposiet om nationella hälsoräkenskaper äger rum den 6-7 juli i Lund. Symposiet är en av flera förkonferenser till sommarens hälsoekonomiska världskongressen i Köpenhamn. IHE står för arrangemanget av symposiet som, liksom tidigare år, är gemensamt finansierat av Sida och USAID. Temat för symposiet detta år är "Building accountability for investments of health resources", vilket ska spegla att NHA kan användas för att mäta insatser ämnade att stärka och förbättra hälsosystem i olika länder.

Uppskattningsvis kommer 200 personer delta på symposiet. Bland de redan anmälda återfinns beslutsfattare och forskare inom hälsosektorn från ett flertal utvecklingsländer samt Världsbanken, Världshälsorganisationen (WHO), Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och olika forskningsinstitut samt bilaterala biståndsorganisationer.

En preliminär agenda finns tillgänglig på IHEs hemsida. Bland annat kom-

mer Dr Cheikh Biadillah, hälsominister i Marocko, att under symposiets andra dag ge en presentation på temat användande av NHA i policyprocesser inom hälsosektorn. Dr Joseph Kutzin, regional rådgivare för hälsofinansiering och expert på hälsosystem vid WHO, kommer under dag två att tala om vikten av att använda trovärdig och aktuell data vid arbete med att stärka hälsosystem.

En fördel med NHA är att de ger en fullständig bild över ett lands hälso- och sjukvårdsutgifter. NHA fokuserar

flödet av finansiella medel från finansierare till olika vårdgivare och inkluderar alla utgifter, oberoende av vem som betalar. Under symposiets första dag ägnas två sessioner åt att jämföra olika typer av informationskällor som kan användas för beslutsfattande inom hälso- och sjukvårdssektorn. I en session ledd av Världsbanken fokuseras särskilt värdet av den fullständiga bild som NHA erbjuder.

I syfte att underlätta kunskapsöverföring mellan olika länder har sex regionala nätverk bildats i olika världsdelar – Eastern Central and Southern Africa, Frankophone Africa, Latin America and the Caribbean, Middle East and Northern Africa and Commonwealth of Independent States. Denna utveckling har drivits med stöd från biståndsorganisationer och multilaterala organisationer. Vidare driver OECD, WHO



medan andra inte gör det. Studien som baseras på intervjuer och enkäter med respondenter från institutioner i afrikanska länder ger kunskap om hur efterfrågan av denna typ av data kan stimuleras och utvecklas ytterligare.

Ola Ghatnekar och *Knut Ödegaard* har, tillsammans med medarbetare från Zambia, genomfört en kostnadseffektivitetsstudie av malariabehandling i Afrika. Deras analys tar sin utgångspunkt i den resistens mot läkemedelsbehandlingen som malariamyggan utvecklar över tiden. Detta får effekter på preparatets kostnadseffektivitet, eftersom läkemedlet blir mindre effektivt.

Konferensen äger rum den 8-11 juli 2007 i Köpenhamn. Konferensen arrangeras av Hälsoekonomigruppen vid Syd-danskt Universitet, Lunds universitets centrum för hälsoekonomi (LUCHE) och International Health Economics Association (iHEA). För mer information om konferensen besök www.healtheconomics.org/congress/2007/

symposiet

och Eurostat ett samarbete om nationella hälsoräkenskaper. Representanter från respektive region kommer att presentera den senaste utvecklingen vad gäller NHA i de olika världsdelarna under symposiets första dag.

Val av tema vid tidigare symposier reflekterar den utveckling som har skett vad gäller fokus och intresse för NHA under en tioårsperiod. De två första symposierna fokuserade metodfrågor och institutionalisering medan de två senare i högre grad fokuserade användande av NHA. Framförallt temat på det fjärde symposiet "Involving Leaders, Impacting Policy: Tracking Investment in Priority Health Care" ger uttryck för att NHA kan vara ett betydelsefullt instrument i reformprocesser, något som alltså följs upp på det kommande femte symposiet.

Förhoppningen är att symposiet ska

Presentationer

Swedish experiences on willingness to pay for a QALY. (Ulf Persson)

Using longitudinal data to estimate lost QALYs for different subgroups: A comparison of three quality of life measurement methods. (Jonas Hjelmgren)

What factors determine the demand for health expenditure data in Sub-Saharan Africa? (Frida Hjalte & Anna H Glenngård)

Cost-effectiveness of Artemether-Lumefantrine as first line malaria treatment in Zambia: A modelling approach accounting for parasite resistance growth (Ola Ghatnekar & Knut Ödegaard)

kunna bidra till att fler får kunskap om NHA samt ge förnyad kraft till arbetet med nationella hälsoräkenskaper på såväl global som nationell nivå. Även om intresset för NHA har vuxit kraftigt över en tioårsperiod är det långt kvar innan potentialen utnyttjats fullt ut. Långt ifrån alla länder som tagit fram nationella hälsoräkenskaper har institutionaliserat processen och det är först när informationen produceras regelbundet som den blir riktigt värdefull för beslutsfattare.

Den preliminära agendan finns på IHEs hemsida, www.ihe.se.

Anmälan till symposiet och världskon-gressen görs via iHEAs hemsida www.healtheconomics.org/congress/2007

Borg S, Persson U, Allikmets K & Ericsson K. Comparative Cost-Effectiveness of Anticoagulation with Bivalirudin or Heparin With or Without Glycoprotein IIb/IIIa-Receptor Inhibitor in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention in Sweden: A Decision-Analytic Model. *Clinical Therapeutics* 2006; 28(11):1947-1959.

Carlsson P, Anell A & Eliasson M. Hälsoekonomi får allt större roll för sjukvårdens prioriteringar. *Läkartidningen* 2006; 103(46): 3617-3623.

Hjelmgren J, Anell A & Nordling S. Hur vill befolkningen att primärvården ska organiseras? En studie baserad på 'Discrete Choise' metodik (DCE). Lund: IHE e-rapport 2006:1.

Hjelmgren J, Svensson Å, Jörgensen E.T, Lindemalm-Lundstam B & Ragnarson Tennvall G. Cost-effectiveness of tacrolimus ointment vs. standard treatment in patients with moderate and severe atopic dermatitis: a health-economic model simulation based on a patient survey and clinical trial data. *British Journal of Dermatology (BJD)* 2007.

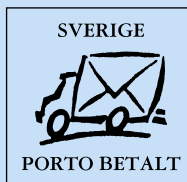
Lundin D, Carlsson P, Levin L-Å & Persson U. Analys av kostnadseffektivitet i samhällsekonomiskt perspektiv. Läkemedelsförmånsnämndens riktlinjer för hälsoekonomiska utvärderingar. *Läkartidningen* 2006;103(47):3716-18.

Nordling S & Anell A. Kostnadsansvar och incitamentsavtal för förskrivning av läkemedel – Kartläggning av landstingens utvecklingsarbete år 2006. Lund: IHE e-rapport 2006:2.

Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, Jude E, Piagessi A, Bakker K, Edmonds M, Holstein P, Jirlovská A, Mauricio D, Ragnarson Tennvall G, Reike H, Spraul M, Uccioli L, Urbancic V, van Acker K, van Baal S, van Merode F & Schaper N. High prevalence of ischemia, infection and serious co-morbidity in patients with diabetic foot disease in Europe. Baseline results from the EURODIALE study. *Diabetologia* 2007; 50 (1): 18-25.

Ragnarson Tennvall G, Hjelmgren J & Öien R. The cost of treating hard-to-heal venous leg ulcers: results from a Swedish survey. *World Wide Wounds*, 2006, November. <http://www.worldwidewounds.com/2006/november/Tennvall/>

B



IHE-FORUM 2007

6-7
september

Cancer och fetma

- ▶ Vad är nytt inom cancer- respektive fetmaområdet?
- ▶ Hur ska sjukvården hantera nya "dyra" läkemedel?
- ▶ Hur ska screening för cancer prioriteras?
- ▶ Vad är värdet av koncentration av kirurgisk behandling?
- ▶ Vad är nyttan av nationella riktlinjer?
- ▶ Vem ska ansvara för åtgärder mot fetma?
- ▶ Hur mycket ska staten bestämma över sjukvården?

Medverkar gör bland andra:

Per Boström, Roche AB

Bo Brismar, Stockholms läns landsting

Per Carlsson, PrioriteringsCentrum

Bodil Ericsson, Sveriges Kommuner och Landsting

Johannes Järhult, kirurgkliniken, Länssjukhuset Ryhov

Lars-Åke Levin, Center för utvärdering av medicinsk
teknologi (CMT)

Björn Lindgren, LUCHE vid Lunds Universitet

Claude Marcus, Barnens sjukhus, Huddinge

Mef Nilbert, onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset
i Lund

Lars Påhlman, kirurgiska kliniken, Akademiska Sjukhuset
i Uppsala

Carsten Rose, onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset
i Lund

Liselotte Schäfer Elinder, Centrum för folkhälsa, Stockholms
läns landsting

Anna Sohlberg, Socialstyrelsen

Håkan Sörman, Sveriges Kommuner och Landsting

Susanne Waldau, Västerbottens läns landsting

Björn Wettermark, Apoteket AB, Stockholms läns landsting

Carl-Axel Wildt, Överviktigas Riksförbund Syd

Moderator journalisten *Ulf Wickbom*

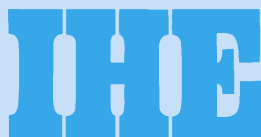
Tid: 6-7 september

Plats: Scandic Star, Lund

Sista anmälningsdag: 29 juni

Deltagaravgift: 3 700 kr (exkl. moms), inkluderar luncher och middag torsdag kväll

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



IHE information 1/2007

Redaktör: Marianne Svensson
Ansvarig utgivare: Anders Anell
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 och original: Britta Jeppsson Grafisk form • Tryck: Wallin & Dalholm Boktr. AB, Lund 2007