

Hälsoekonomiska utvärderingar av läkemedel

Gustaf Befrits
Läkemedelsenheten, Region Stockholm
Hälsoekonomisk rådgivare, NT-Rådet

Take-home-message

Inom hälso- och sjukvården vet vi ganska väl vad saker kostar. Men vi vet ganska lite om vad de är värda.

Hälsoekonomiska utvärderingar syftar till att försöka bedöma vad olika vårdåtgärder har för värde i förhållande till andra åtgärder som vi skulle kunna göra i stället.

Vad är "värde"?

- och hur bildas vår uppfattning av "värde"?

På en marknad är:

- Den som väljer
- Den som konsumerar
- Den som betalar

Oftast en och samma person, som väger nyttorna mot kostnaderna och därigenom signalerar vad värdet är.

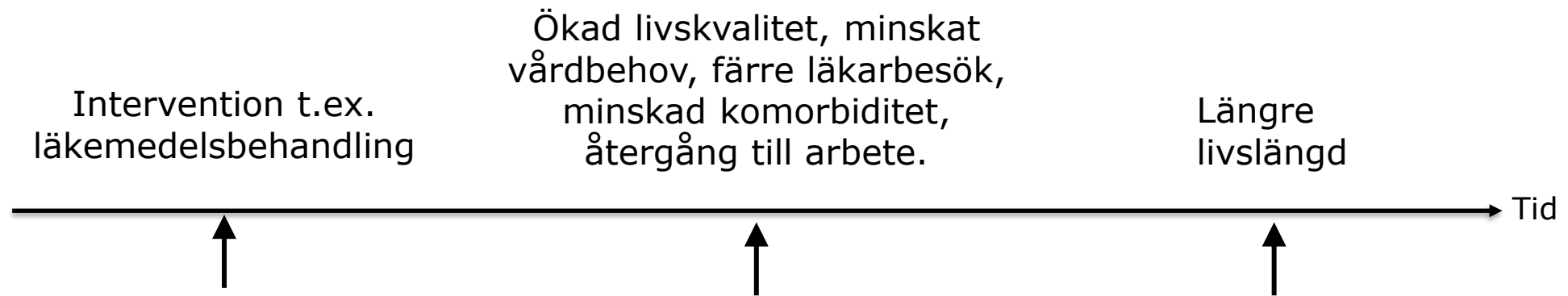
I sjukvården är det (förenklat):

- Doktorn som väljer
- Patienten som konsumerar
- Skattebetalaren som betalar

D.v.s. tre olika aktörer med bristfälligt informationsutbyte, och sannolikt olika uppfattning av värdet av en behandling eftersom alternativkostnaden inte är tydlig.

ALTERNATIVKOSTNAD!!!!!!

Hälsoekonomisk analys – hur fångas värdet av en intervention?

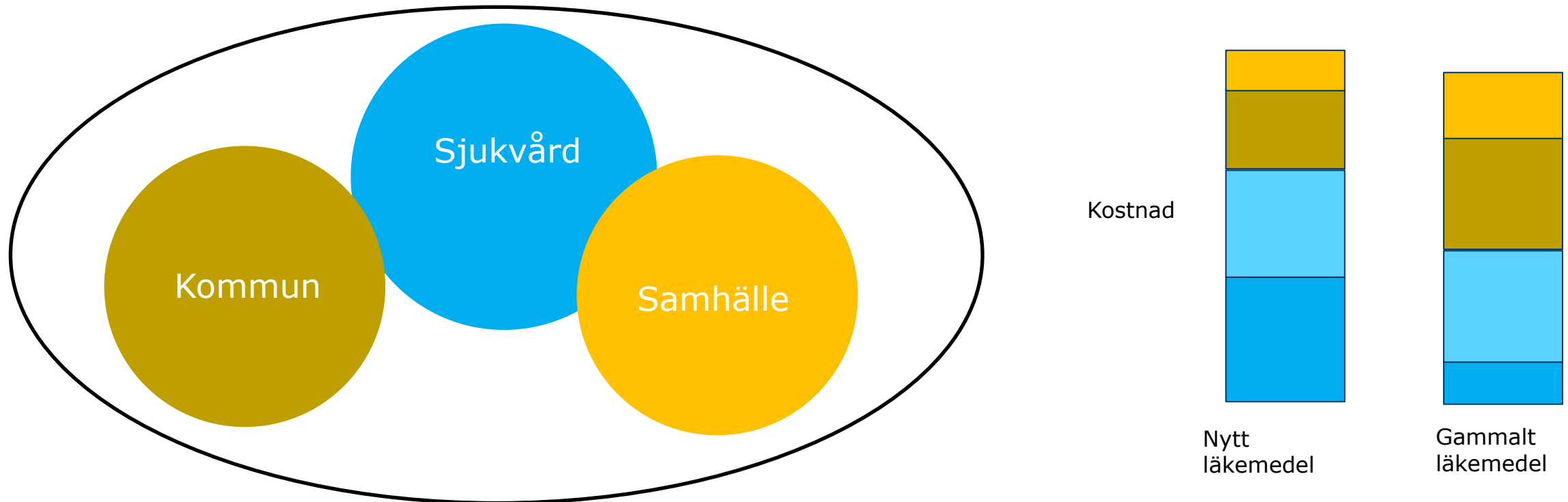


En hälsoekonomisk analys handlar om att identifiera, dokumentera och värdera alla kostnader och effekter som är konsekvenser av en ny intervention. Ansatsen är att fånga **värdet** av behandlingen.

Vad är en kostnad?

- Direkta kostnader – allt som rör patientens sjukvård
- Indirekta kostnader – allt annat (nästan)
- Kostnader innefattar också minskade kostnader
- Vad som ingår beror på perspektivet

Kostnader – analysens perspektiv avgör



I Sverige använder vi ett samhällsperspektiv. Vissa perspektiv utesluts dock ofta då det är svårt att mäta eller riskerar att missgynna vissa grupper

Hur mäts effekt?

- Sänkning av blodtryck (mm Hg)
- Kolesterol (halter i blodet)
- Benskörhet (täthetsmätningar med röntgen)
- Astma (andningsmätningar PEF/FEV)
- Minskad risk för hjärtinfarkt och stroke
- Minskad risk för benbrott
- Symtomfria dagar

**PROXY-
VARIABLES!**

Livskvalitet

Hur bedömer patienten sin livskvalitet?

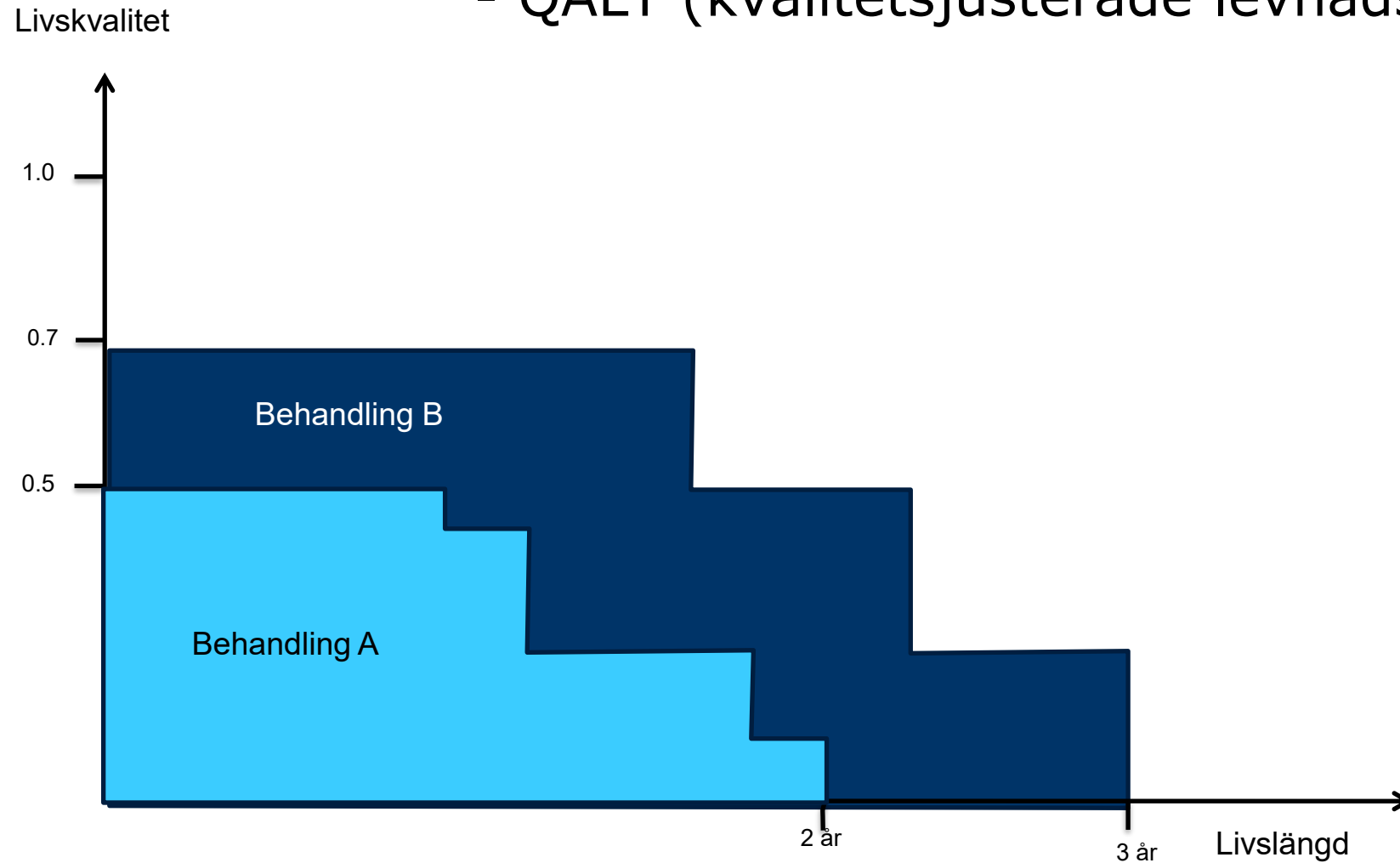
Frågeformulär, tester

- Sjukdomsspecifika (t ex PASI, AQLQ, MADRS)
- Generella (t ex SF-36, EQ-5D)
- Översätts till QALY genom tariffer

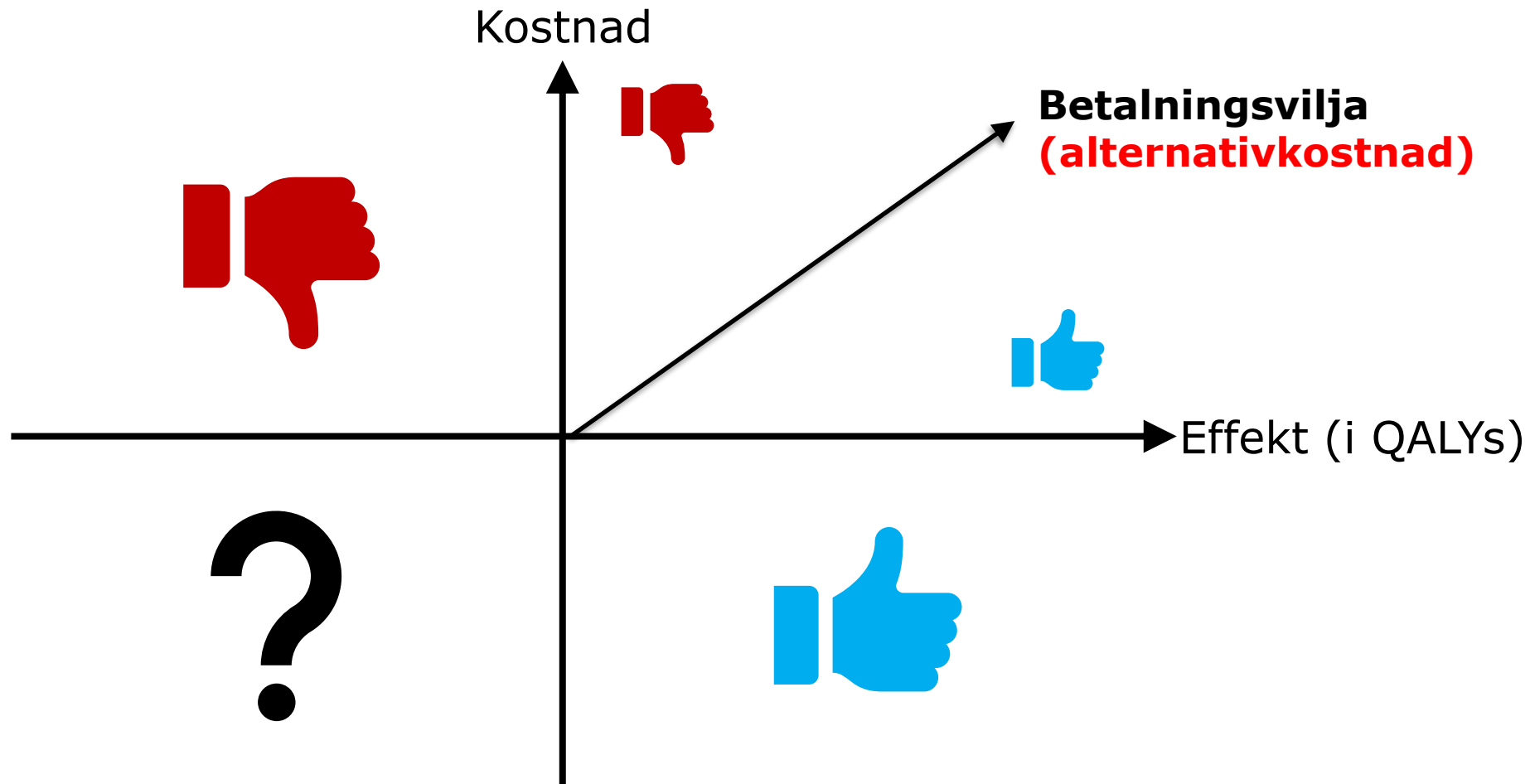
QALY – universellt mått för att mäta effekt

- QALY (quality-adjusted life year eller kvalitetsjusterade levnadsår)
 - **Patientnytta!**
 - 1 helt frisk 0 död
- Generiskt mått för att mäta hälsa
 - Utgår från att hälsa har två dimensioner; kvantitet och kvalitet
 - Gör det möjligt jämföra olika behandlingar, även om sjukdomarna är olika.
- Vi måste mäta livskvalitet och livslängd
 - Konceptuellt mindre komplicerat med livslängd men i praktiken inte trivialt

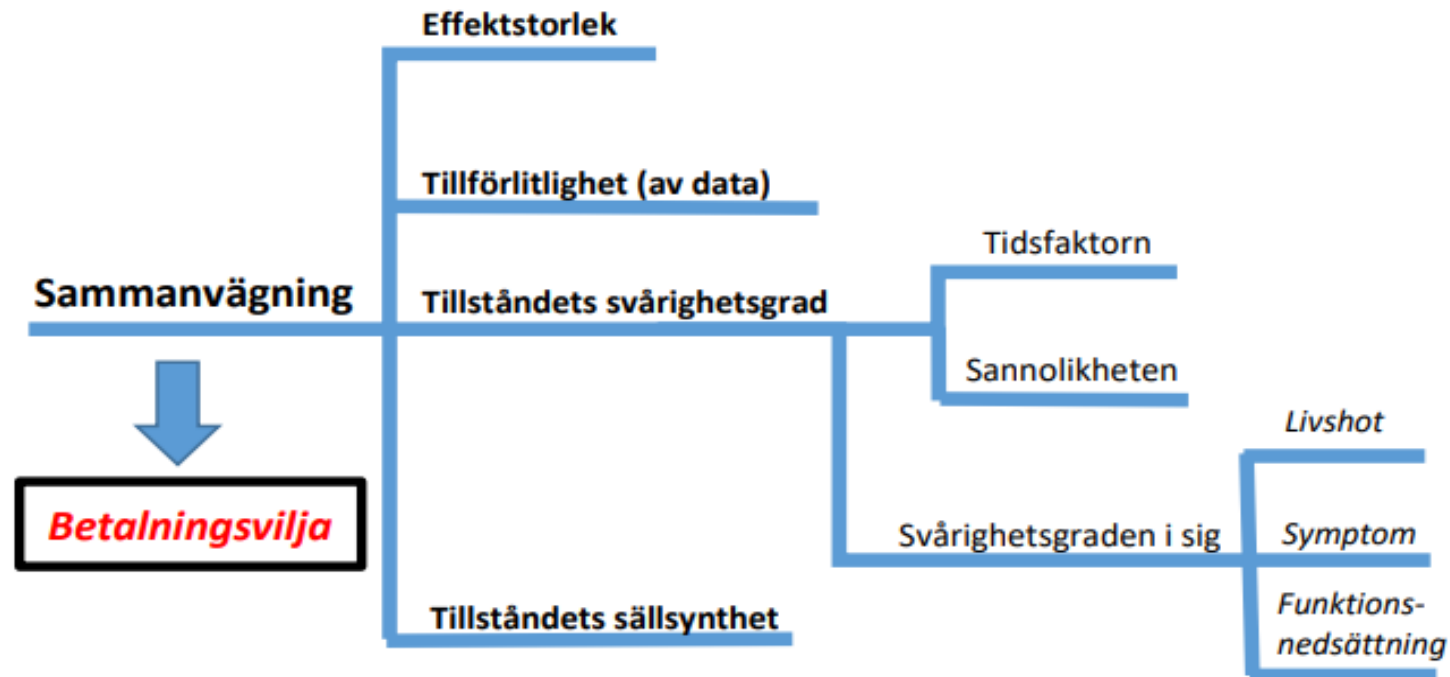
Effekter – enhetligt mått möjliggör jämförelser: - QALY (kvalitetsjusterade levnadsår)



Vad är kostnadseffektivt?



NT-rådets uppskattning av betalningsvilja



Relationen mellan de faktorer som vägs samman för att bedöma betalningsviljan. Betalningsviljan ställs sedan i relation till den kostnad per QALY som den hälsoekonomiska analysen visat. Om betalningsviljan är högre än kostnaden per QALY kan en positiv rekommendation för användning ges.

Aktuella exempel

- Obesitas
- Alzheimer
- ALS



TANDVÅRDS- OCH

LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Nytt och dyrt: Principerna och praktiken

Mellansvenskt läkemedelsforum 2026

Douglas Lundin, chefsekonom

- Använder vi för mycket av nya och dyra läkemedel? För lite?
- Använder vi fel nya läkemedel?
- Hjälper eller stjälper hälsoekonomiska utvärderingar?



Ständiga diskussioner om tillgänglighet till nya läkemedel

Livsviktig med nobben – "fö

TT

Publicerad 2022-01-30

Mejla



Medicinen mot cystisk fibros är för dyr enligt den ansökan som lämnats in till TLV för subvention. Arkivbild.
Foto: Martina Holmberg / TT

Ett nytt och mycket effektivt läkemedel har kommit till marknaden.

Enligt ansvarig myndighet är priset för läkemedlet som är rimligt.

– Väldigt många patienter är förtvivlade, besvikna och uppgivna i dag, säger överläkaren Ulrika Lindberg.



Inför TLV:s beslut om subvention av läkemedel mot cystisk fibros demonstrerade patienter och anhöriga utanför myndighetens lokaler. Demonstrationen anordnades av Fonden citranfamiljen. Foto: Helene Wallskar.

Tredje gången gillt för Kaftrio mot cystisk fibros

TLV beslutar att det omdebatterade läkemedlet Kaftrio mot cystisk fibros ska ingå i läkemedelsförmånerna.

Östergötland

Sara får inte behandling med nytt

Publicerad 2 januari 2018, kl 11:00



Förtvinnar Sara
inte chansen att



"Det är mycket glädjande att läkemedlet nu blir subventionerat och att fler patienter med SMA kan få tillgång till behandling", säger Martin Moberg, enhetschef på TLV, i en kommentar om beslutet att subventionera Evrysdi. Foto: Istock och TLV

Sara Alm
Den är fö
SMA kan

TLV subventionerar Evrysdi mot spinal muskelatrofi

Efter att Roche sänkt priset meddelar TLV att Evrysdi ingår i högkostnadsskyddet för både barn och vuxna.

Läkemedelsföretagen säger att Sverige halkar efter, regionerna håller inte med

Debatt

”Reformer i läkemedelssystemet måste utgå från fakta”

Det är vår bestämda uppfattning att det fortsatta reformarbetet behöver vara sakligt och utgå från fakta, med fokus på systemets verkliga brister, skriver debattörer från sex regioner.

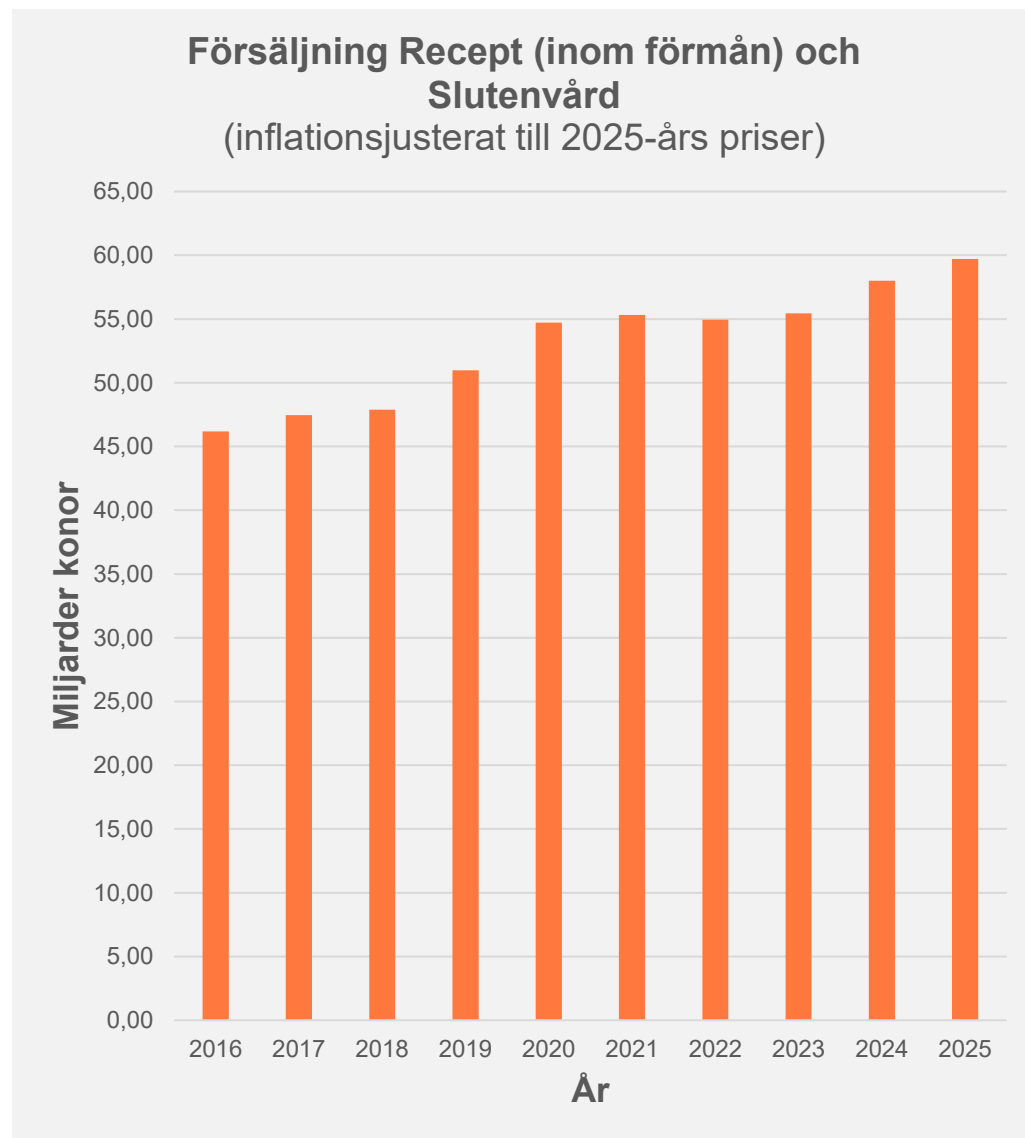


Elisabeth Karlsson, Johan Bratt, Jonas Claesson, Martin Engström, Kaarina Sundelin, Åsa Derolf och Pia Näsval.

”WAIT-rapportens resultat står dessutom i kontrast till andra internationella jämförelser, där Sverige ofta lyfts fram som ett land med tidig introduktion och användning av nya läkemedel.

Exempel på sådana källor är **OECD**, analysinstitutet **IQVIA** – som även ansvarar för genomförandet av WAIT-rapporten – samt den så kallade **Draghi-rapporten** om Europas konkurrenskraft. ”

I vilken utsträckning använder vi nya läkemedel?



Total (real) ökning 2016-2025: **36 %**

Vilket motsvarar en genomsnittlig
årlig (real) ökningstakt på **2,9 %**

Ökningen kan förklaras av
användning av läkemedel
som introducerats efter 2016!

Exemplet Leqembi (lekanemab)



Indikation

- Behandling av vuxna patienter med en klinisk diagnos av lindrig kognitiv störning och lindrig demens på grund av tidig Alzheimers sjukdom som är icke-bärare eller heterozygota bärare av apolipoprotein E ϵ 4 (ApoE ϵ 4) med bekräftad amyloidpatologi.



Beredningsform

- Intravenös infusion



Effekt

- Statistiskt signifikant effekt på i amyloid PET
- Statistiskt signifikant effekt på kognitiv funktion: en patient som behandlas med lekanemab har nått samma försämring vid 18 månader som en placebobehandlad patient vid 12 månader



Kostnad

- 50 -100 kg: 379 000 kr/år



Vilka faktorer ska få spela roll i beslutet om lecanemab ska betalas med skattepengar?

1. Hälsovinsten jämfört med nuvarande behandling:

- Hur mycket bättre livskvalitet hur länge?
- Hur mycket längre liv?

2. **Kostnaden**, när eventuella besparingar av annan vård har räknats med

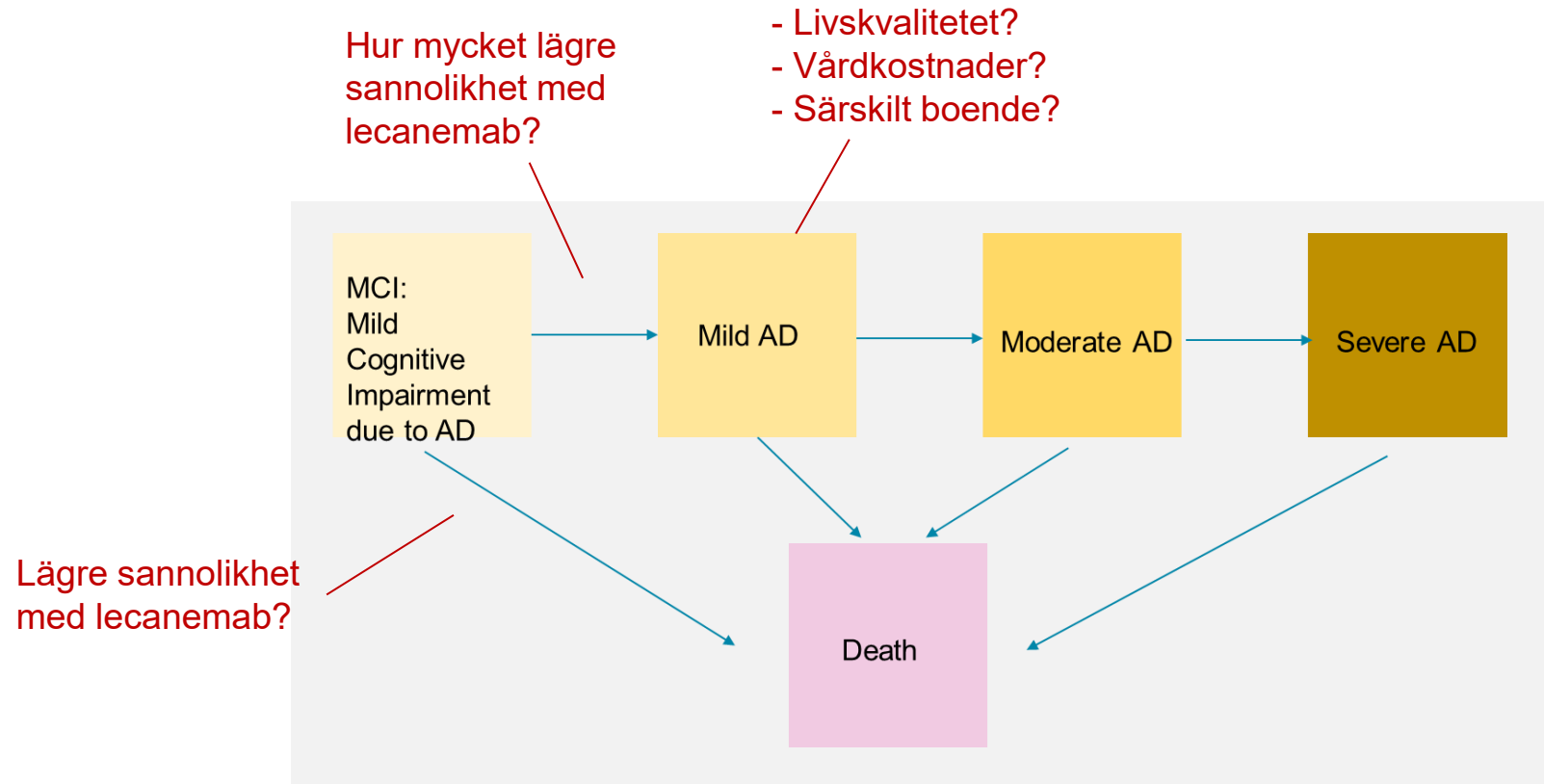
3. Hur mycket hälsa kan vi köpa med pengarna om vi lägger dem på annat?

4. Svårighetsgraden av tillståndet?

Fångas av
hälsoekonomisk
utvärdering



Förenklad beskrivning av studien Xia et al* (2025)



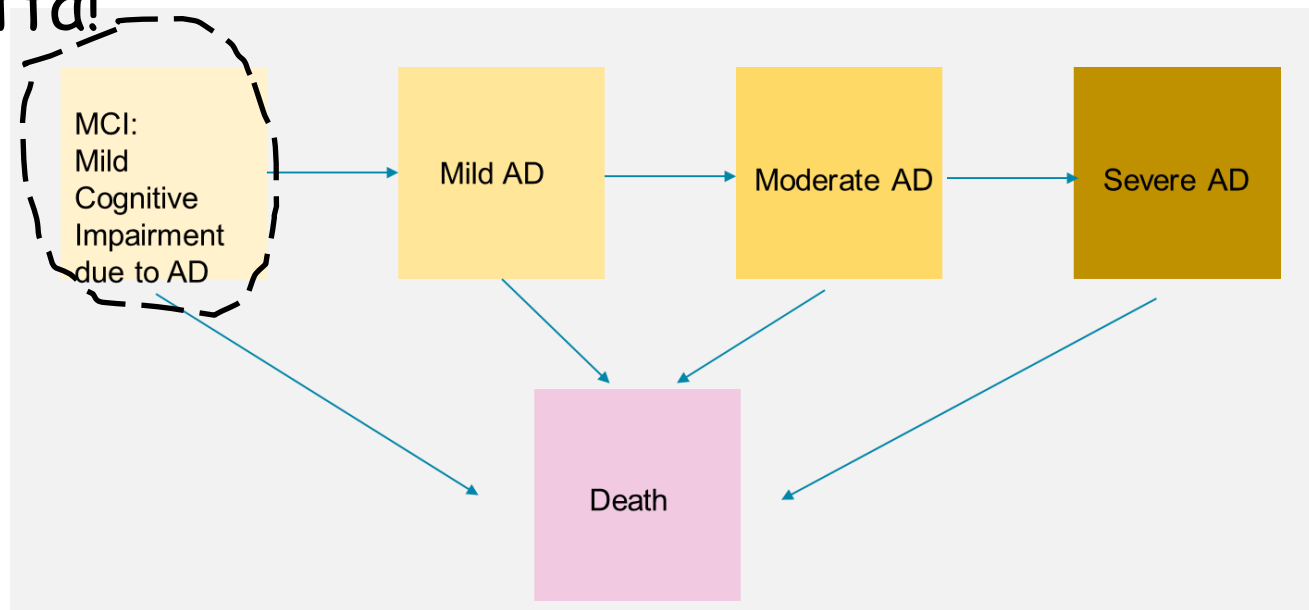
AD: Alzheimers sjukdom



* (PDF) [The Cost-Effective Price of Lecanemab for Patients with Early Alzheimer's Disease in Sweden](#)

Vilket tillstånd förlängs?

Detta!



Sammanfattning:

- Längre tid (5 månader) i *MCL* (*mild cognitive impairment*)
- Kortare tid i alla andra hälsotillstånd
- Kortare tid på särskilt boende
- Viss livstidsförlängning, 1-2 månader

AD: Alzheimers sjukdom



Slutsatsen är att *lecanemab* är kostnadseffektiv
vid ett pris på cirka 35 000 – 80 000 kr per patient/år



Analysen väcker vissa frågor – både tekniska och mer principiella

1

Vilket antagande om kvarstående effekt när behandling avslutats är rimligt?

Hur räknar vi på kostnaden för intravenös infusion av läkemedlet?

Förbättras anhörigas livskvalitet?

Att det är en stor patientgrupp, innebär det att ett inte lika högt pris (kostnad per QALY) ska accepteras?

De principiella frågorna är:

- Hur riskaversiva ska vi vara?
- Hur ska osäkerhet återspeglas i beräknad kostnad per QALY?

Analysen väcker vissa frågor – både tekniska och mer principiella

Vilket antagande om kvarstående effekt när behandling avslutats är rimligt?

2

Hur räknar vi på kostnaden för intravenös infusion av läkemedlet?

Den principiella frågan är:

- Ska vi räkna på genomsnittskostnad eller marginalkostnad?

Förbättras anhörigas livskvalitet?

Att det är en stor patientgrupp, innebär det att ett inte lika högt pris (kostnad per QALY) ska accepteras?

Analysen väcker vissa frågor – både tekniska och mer principiella

Vilket antagande om kvarstående effekt när behandling avslutats är rimligt?

Hur räknar vi på kostnaden för intravenös infusion av läkemedlet?

3

Förbättras anhörigas livskvalitet?

Att det är en stor patientgrupp, innebär det att ett inte lika högt pris (kostnad per QALY) ska accepteras?

Den principiella frågan är:

- Ska vi betala för förbättring av anhörigas livskvalitet?

Analysen väcker vissa frågor – både tekniska och mer principiella

Vilket antagande om kvarstående effekt när behandling avslutats är rimligt?

Hur räknar vi på kostnaden för intravenös infusion av läkemedlet?

Förbättras anhörigas livskvalitet?

4

Att det är en stor patientgrupp, innebär det att ett inte lika högt pris (kostnad per QALY) ska accepteras?

Den principiella frågan är:

- Ska vi betala mer när det är en sällsynt sjukdom och mindre när det är en vanlig?

Alltså, det avgörande är hur vi tillämpar hälsoekonomi

- Hur "försiktiga" är vi i våra antaganden om, framförallt, klinisk effekt?
- Vilka kostnader/besparingar och nyttoaspekter räknar vi med?
- Vilken tyngd har kostnadseffektivitet i förhållande till andra kriterier, framförallt sjukdomens svårighetsgrad?



Återkoppling till de inledande frågorna

- Använder vi för mycket av nya och dyra läkemedel? För lite?
- Använder vi fel nya läkemedel?
- Hjälper eller stjälper hälsoekonomiska utvärderingar?

Behövs en avhandling för att svara på dessa frågor!

Debatt

”Reformer i läkemedelssystemet måste utgå från fakta”

Det är vår bestämda uppfattning att det fortsatta reformarbetet behöver vara sakligt och utgå från fakta, med fokus på systemets verkliga brister, skriver debattörer från sex regioner.



Elisabeth Karlsson, Johan Bratt, Jonas Claesson, Martin Engström, Kaarina Sundelin, Åsa Derolf och Pia Näsval. 

” **Det betyder** självklart inte att alla nya läkemedel tillgängliggörs för alla, med omedelbar verkan, och till vilket pris som helst. Det är varken eftersträvansvärt eller hållbart.

Det går inte heller att säga hur stor andel nya läkemedel som bör eller inte bör tillgängliggöras.

Vilka läkemedel som tillgängliggörs måste fortfarande få bero på vad det är för läkemedel som godkänns, vilka ouppfyllda behov de kan möta, vilken nytta de visat sig kunna ge för vilka typer av patienter och till vilken kostnad..”