

En genomgång av de läkemedel som sänker blodtrycket

– en sammanfattning

Författare: apotekare Niklas Hedberg och fil. lic. Johanna Jacob

TLV

TANDVÅRDS- OCH
LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

LFN HAR BYTT NAMN TILL TLV!

Den 1 september 2008 bytte vi namn till TLV,
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Vi beslutar om subvention av läkemedel, förbrukningsartiklar och tandvård.



Därför gör LFN en genomgång

När Sverige fick nya regler för subvention i oktober 2002 var det inte praktiskt möjligt att på en gång pröva alla läkemedel enligt de nya reglerna. LFN gör nu en genomgång av cirka 2 000 läkemedel för att se om de ska vara subventionerade även i framtiden. Vart och ett av läkemedlen kommer att prövas enligt de nya reglerna och kommer antingen att behålla eller förlora sin subvention.

Mer hälsa för pengarna

Syftet är att få ut så mycket hälsa som möjligt av varje skattekrona som går till läkemedel. Vi sorterar ut de läkemedel som inte ger tillräcklig nytta ställd i relation till vad de kostar. Men det innebär inte att vi bara ska ha billiga läkemedel i förmånssystemet. Har läkemedlet tillräckligt positiva effekter på människors hälsa och livskvalitet och på samhällsekonomin i stort, då får de också kosta.

Tre principer för beslut

Vi ska vid beslut om subvention av ett läkemedel bland annat bedöma om det är kostnadseffektivt, vilket alltså innebär att vi väger nyttan av läkemedlet mot kostnaden. I bedömningen ska kostnadseffektiviteten vägas samman med två andra principer: behovs- och solidaritetsprincipen som innebär att de som har de största medicinska behoven ska ha mer av vårdens resurser än andra patientgrupper, liksom människovärdesprincipen som innebär att vården ska respektera alla människors lika värde.

49 grupper ska granskas

I genomgången prövar vi läkemedlen sjukdomsområde för sjukdomsområde. Totalt omfattar genomgången 49 läkemedelsgrupper och turordningen bestäms av hur stort försäljningsvärdet var i respektive grupp under 2003. De läkemedel som sålde för mest kommer först.

Omfattande utredningsarbete

Innan beslut fattas genomför vi en omfattande utredning och analys av data om medicinsk effekt och kostnadseffektivitet som vi ber företagen skicka in om sina läkemedel. Vi går också igenom den vetenskapliga medicinska och hälsoekonomiska litteratur som finns för den grupp av läkemedel som granskas. Vidare behöver vi ibland konstruera egna hälsoekonomiska modeller. Varje genomgång avslutas med att vi publicerar en slutrapport. Rapporten innehåller bland annat en redovisning av kunskapsläget om den aktuella gruppen. Till rapporten gör vi en sammanfattning som trycks separat.

Granskas av utomstående

Den kunskapssammanställning av medicinsk effekt och hälsoekonomisk dokumentation som vi presenterar i slutrapporten har granskats av utomstående medicinska experter. Rapporten har också skickats för synpunkter till Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Berörda företag och patientorganisationer samt Landstingens läkemedelsförmånsgrupp har också fått lämna synpunkter.

Är du intresserad av hela rapporten finns den att ladda ned på www.lfn.se.

Du kan också beställa den från LFN.

Genomgången av läkemedel mot högt blodtryck

Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) har i denna genomgång granskat läkemedel som används för att behandla högt blodtryck. Totalt omfattar genomgången ett femtiotal läkemedelssubstanser och mängder av produkter om man inkluderar såväl originalläkemedel som generika och parallellimporterade läkemedel som sedan tidigare finns i läkemedelsförmånerna.

Den här granskningen är en del av vår genomgång av hela läkemedelssortimentet. I den prövar vi om läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna ska subventioneras även i framtiden. Varje läkemedel prövas var för sig och kommer antingen att behålla eller förlora sin subvention. Syftet med arbetet är att få ut så mycket hälsa som möjligt för varje skattekrona som går till läkemedel. Det här är den fjärde läkemedelsgruppen i genomgången som presenteras. Tidigare har vi presenterat resultaten från genomgången av läkemedel mot migrän, läkemedel mot sjukdomar orsakade av magsyra samt läkemedel mot astma, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hosta.

Läkemedel delas in i sex grupper

För att behandla högt blodtryck används läkemedel som verkar på många olika sätt i kroppen. Samma läkemedel används ofta mot flera olika sjukdomar som till exempel högt blodtryck, hjärtsvikt, kärlkramp, oregelbunden hjärtrytm och förebyggande av migrän. Flera läkemedel finns också som kombinationspreparat. De läkemedel som används vid högt blodtryck delas ofta in i grupper, så kallade läkemedelsklasser. Dessa grupper är:

- antihypertensiva medel
- diuretika
- betablockerande läkemedel
- kalciumflödeshämmare
- ACE-hämmare (angiotensin converting enzyme)
- ARB (angiotensin-receptor-blockerare)

Många företag sänkte priser för att behålla subvention

Vår granskning visar bland annat att priserna på många läkemedel för behandling av högt blodtryck varierar kraftigt trots att de har likvärdig effekt. Många företag har i samband med vår granskning valt att sänka priserna på sina läkemedel för att få behålla sin subvention. Prissänkningarna motsvarar en besparing på 115 miljoner kronor per år för samhället och patienterna.

Tre läkemedelssubstanser förlorar subventionen

Totalt behåller 46 läkemedelssubstanser sin subvention. För 23 substanser begränsas dock subventionen. Endast tre substanser försvinner helt från läkemedelsförmånerna. Totalt beräknas samhället spara cirka 30 miljoner kronor per år på de tre läkemedel som försvinner ur förmånerna. Att vi väljer att införa begränsningar för en rad produkter beror antingen på att det finns billigare alternativ inom högkostnads-skyddet som patienterna ska prova först eller på att det finns patientgrupper med särskilda behov som inte kan använda de billigare alternativen. Våra beräkningar visar att ytterligare minst 250 miljoner kronor per år kan frigöras för samhället och patienterna om läkarna följer våra begränsningar för ARB-läkemedlen.

Om ett läkemedel har begränsad subvention måste den som skriver ut läkemedlet kontrollera begränsningen innan förmånsrutan på receptet kryssas i. Det är viktigt att landstingen utvecklar ett förskrivarstöd som underlättar för läkarna att följa begränsningarna för att våra beslut ska kunna bidra till en kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

Generell och begränsad subvention

Det finns två möjligheter till subvention inom läkemedelsförmånerna:

- Generell subvention innebär att ett läkemedel får subvention för hela sitt godkända användningsområde.
- Begränsad subvention innebär att läkemedlet bara är subventionerat för ett visst användningsområde eller en viss patientgrupp.

Total besparingspotential på cirka 400 miljoner kronor

Den totala besparingspotentialen i denna genomgång uppgår till nästan 400 miljoner kronor per år. Besluten börjar gälla från den 1 september 2008, även om de överklagats till domstol. Det är först om en förvaltningsdomstol går emot vårt beslut som ett läkemedel kan få återinträde. En lista över vilka beslut som överklagats kommer att finnas tillgänglig på vår hemsida, www.lfn.se.

Läkemedel och substanser som förlorar sin subvention eller som får begränsad subvention vid behandling av högt blodtryck från den 1 september 2008

Tabell 1: Tre läkemedelssubstanser förlorar sin subvention helt.

Läkemedelssubstans	Läkemedelsgrupp	Originalprodukt
Lerkanidipin	Kalciumflödeshämmare	Zanidip
Cilazapril	ACE-hämmare	Inhibace, Inhibace Comp
Trandolapril och verapamil	ACE-hämmare, kombination	Tarka

Tabell 2: Läkemedel som förlorar sin subvention men där annan produkt med substansen kommer att finnas inom läkemedelsförmånerna (se även tabell 5).

Läkemedelssubstans	Läkemedelsgrupp	Originalprodukt
Isradipin*	Kalciumflödeshämmare	Lomir
Nifedipin, långverkande*	Kalciumflödeshämmare	Adalat Oros
Kinapril**	ACE-hämmare	Accupro, Accupro Comp

* Substanserna kommer fortfarande att finnas i subventionerad variant, dock med begränsning (se tabell 5).

** Substansen kommer fortfarande att finnas med subvention, även om originalprodukten Accupro tappat sin subvention.

Tabell 3: Samtliga ARB får begränsad subvention.

Läkemedelssubstans	Läkemedelsgrupp	Originalprodukt
Losartan*	ARB	Cozaar, Cozaar Comp, Cozaar Comp Forte
Eprosartan*	ARB	Teveten, Teveten Comp
Valsartan*	ARB	Diovan, Diovan Comp
Irbesartan*	ARB	Aprovel, CoAprovel
Kandesartan*	ARB	Atacand, Atacand Plus
Telmisartan*	ARB	Micardis, Micardis Plus
Valsartan och amlodipin	ARB, kombination	Exforge
Begränsning: ARB subventioneras endast för patienter som provat men inte kan använda ACE-hämmare eller som tillägg till ACE-hämmare		

* Även som fasta kombinationer med hydroklortiazid.

Tabell 4 Samtliga betablockerare får begränsad subvention.

Läkemedelssubstans	Läkemedelsgrupp	Originalprodukt
Pindolol	Betablockerare	Viskén
Propranolol	Betablockerare	Inderal, Inderal Retard
Metoprolol	Betablockerare	Seloken, Seloken Zoc
Atenolol	Betablockerare	Tenormin
Bisoprolol	Betablockerare	Emconcor
Karvedilol	Betablockerare	Kredex
Begränsning: För nyinsatt behandling av högt blodtryck subventioneras ovanstående betablockerare bara om patienten först provat andra läkemedelsklasser.		
Labetalol	Betablockerare	Trandate
Begränsning: Labetalol subventioneras bara för behandling av högt blodtryck hos gravida.		

Tabell 5: Fyra kalciumflödeshämmare får begränsad subvention.

Läkemedelssubstans	Läkemedelsgrupp	Originalprodukt
Isradipin, långverkande	Kalciumflödeshämmare	Lomir SRO
Begränsning: Långverkande isradipin (Lomir SRO) subventioneras bara för behandling av högt blodtryck hos gravida.		
Nifedipin	Kalciumflödeshämmare	Adalat
Begränsning: Snabbverkande nifedipin (Adalat) subventioneras bara för behandling av högt blodtryck hos gravida och vid behandling av Morbus Raynaud.		
Verapamil	Kalciumflödeshämmare	Isoptin, Isoptin Retard
Diltiazem	Kalciumflödeshämmare	Cardizem, Cardizem Retard, Coramil, Unotard
Begränsning: För behandling av högt blodtryck subventioneras diltiazem och verapamil bara om patienten inte kan använda kärlelektiva kalciumflödeshämmare.		

Tabell 6: En ACE-hämmare får begränsad subvention.

Läkemedelssubstans	Läkemedelsgrupp	Originalprodukt
Fosinopril	ACE-hämmare	Monopril
Begränsning: Fosinopril subventioneras bara för patienter med gravt nedsatt njurfunktion.		

Tabell 7: Ett diuretikum får begränsad subvention.

Läkemedelssubstans	Läkemedelsgrupp	Originalprodukt
Torasemid	Diuretika	Torem
Begränsning: Torasemid subventioneras endast för patienter som behöver loop-diuretika men inte kan använda furosemid.		

Tabell 8: Tre antihypertensiva medel får begränsad subvention.

Läkemedelssubstans	Läkemedelsgrupp	Originalprodukt
Metyldopa	Antihypertensiva medel	Aldomet
Begränsning: Metyldopa subventioneras bara för behandling av högt blodtryck hos gravida.		
Moxonidin	Antihypertensiva medel	Physiotens
Doxazozin	Antihypertensiva medel	Alfadiil
Begränsning: För behandling av högt blodtryck subventioneras doxazozin och moxonidin bara om patienten först provat andra läkemedelsklasser.		

Läkemedlen säljer för 2,4 miljarder

Försäljningen av blodtryckssänkande läkemedel inom läkemedelsförmånerna uppgick 2007 till 2,4 miljarder kronor och domineras av ARB-läkemedel som står för cirka 40 procent av försäljningsvärdet.

Samhällsekonomiska kostnader på flera miljarder

Behandling av en sjukdom orsakar inte bara kostnader för läkemedel. Sjukdomarna kan också orsaka andra kostnader för samhället. Högt blodtryck i sig leder inte till några större kostnader för samhället. Det gör däremot de sjukdomar som kan undvikas genom behandling av högt blodtryck. Sjukdomar som exempelvis stroke och hjärtsvikt kostar samhället flera miljarder kronor årligen.

Principer för beslut om subvention

Vid bedömning av om ett läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna ska vi beakta de tre principer som anges i lagen om läkemedelsförmåner. De tre principerna är:

- kostnadseffektivitetsprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- människovärdesprincipen

Det här betyder att vi ska bedöma om användningen av ett läkemedel är kostnadseffektiv, vilket innebär att vi väger nyttan av läkemedlet mot kostnaden. Vi ska också väga in de två andra principerna i vår bedömning. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att de som har de största medicinska behoven ska ha mer av vårdens resurser än andra patientgrupper. Människovärdesprincipen innebär att vården ska respektera alla människors lika värde.

Effekten är likvärdig – prisjämförelser räcker

Den hälsoekonomiska litteraturen visar att nyttan av att behandla högt blodtryck väl svarar mot den kostnad som behandlingen leder till. Vi fattar dock beslut om subvention av enskilda produkter. Därför är vi intresserade av hur effektiva läkemedlen som ingår i genomgången är jämfört med varandra.

Den medicinska litteraturen visar att effekt och biverkningar i huvudsak är likvärdiga för de olika läkemedlen vid behandling av högt blodtryck. För att bedöma kostnadseffektiviteten är det därmed tillräckligt att jämföra läkemedelskostnaden. Kostnadseffektivitetsanalysen reduceras i denna genomgång i stora stycken till en prisjämförelse.

Viktigt med sortimentsbredd

Det finns ett stort behov av sortimentsbredd för läkemedel som sänker blodtrycket. Ett skäl är att många patienter behöver mer än ett läkemedel för att kontrollera sitt blodtryck. Ofta behöver dessutom en och samma patient behandlas med läkemedel ur flera olika läkemedelsklasser. På individnivå kan olika patienter svara olika på behandling med samma läkemedel.

En snäv tolkning av kostnadseffektivitetsprincipen skulle innebära att vi i många läkemedelsgrupper bara fick ett läkemedel kvar. Detta skulle dock inte leda till en kostnadseffektiv användning av läkemedlen. Det finns en stor nytta i att i denna genomgång ha tillgång till flera läkemedel i samma grupp. Det är ett viktigt skäl till att vi låter priserna variera i viss utsträckning och inför en pristolerans.

Vi accepterar emellertid ett högre pris för ett blodtryckssänkande läkemedel om det marknadsförande företaget kan visa att läkemedlet har en kostnadseffektiv användning till sitt högre pris. Vi tillåter alltså att ett läkemedel som är väsentligt bättre än övriga har ett pris över toleransnivån.

Motiv för beslut

I de följande avsnitten redovisar vi kortfattat motiven bakom de beslut där vi ändrat subventionen för läkemedlen, det vill säga de läkemedel som förlorar sin subvention eller får begränsad subvention. Mer information om besluten finns i vår slutrapport eller i de enskilda besluten som finns att läsa på vår hemsida.

I de följande avsnitten redovisar vi kortfattat motiven bakom de beslut där vi ändrat subventionen för läkemedlen, det vill säga de läkemedel som förlorar sin subvention eller får begränsad subvention. Efter alla prissänkningar och med den prisvariation som vi tillåter med pristoleranserna får de flesta läkemedlen behålla sin subvention. Bara tre läkemedelssubstanser försvinner helt från läkemedelsförmånerna medan 23 får en begränsad subvention.

Av de 23 begränsningarna ligger huvuddelen på läkemedel inom läkemedelsklasserna ARB och beta-blockerare. Samtliga läkemedel inom dessa två grupper får begränsad subvention.

De tre läkemedelssubstanser som försvinner helt från förmånerna är en kalciumflödeshämmare, en ACE-hämmare och ett kombinationspreparat. Sedan försvinner också ett originalpreparat, men i detta fall kommer det att finnas en kopia kvar inom förmånerna. Det gäller ACE-hämmaren Accupro som kostar för mycket jämfört med den billiga kopian.

Läkemedel som försvinner helt från förmånerna

I detta avsnitt redovisar vi kortfattat motiven till besluten för de tre läkemedelssubstanser som helt försvinner ur läkemedelsförmånerna.

Lerkanidipin (Zanidip), cilazapril (Inhibace och Inhibace Comp) samt trandolapril och verapamil (Tarka)

Behandling med lerkanidipin, cilazapril samt den fasta kombinationen av trandolapril och verapamil är inte kostnadseffektiva i jämförelse med väldokumenterade och billiga läkemedel. Priset är alltför högt i förhållande till alternativen.

De berörda läkemedelsföretagen har inte skickat in någon dokumentation som visar att deras läkemedel har en bättre effekt jämfört med andra likvärdiga läkemedel som försvarar det höga pris som företagen vill ta ut.

Läkemedel som förlorar subventionen men där substansen finns kvar i förmånerna

I detta avsnitt redovisar vi kortfattat bakgrunden till besluten för de läkemedel som förlorar sin subvention men som i någon form kommer att finnas kvar i läkemedelsförmånerna.

Isradipin (Lomir) och långverkande nifedipin (Adalat Oros)

Priserna på isradipin respektive långverkande nifedipin är alltför höga. En generell behandling med dessa substanser är därför inte kostnadseffektiv i jämförelse med väldokumenterade och billigare läkemedel.

Lomir och Adalat Oros kommer därför att tas ur förmånerna. Däremot är det angeläget att subventionera dessa läkemedelssubstanser för en begränsad grupp patienter (se nedan).

Kinapril (Accupro)

Priset på originalläkemedlet Accupro är alltför högt för att behandling med läkemedlet ska vara kostnadseffektiv jämfört med andra mer väldokumenterade och billiga läkemedel. En generisk version av kinapril med lågt pris kommer att finnas kvar i förmånerna.

Läkemedel som får begränsad subvention

I detta avsnitt redovisar vi kortfattat besluten för de läkemedel där vi väljer att begränsa subventionen, antingen som ett andrahandspreparat eller för en patientgrupp med särskilda behov.

Samtliga ARB får begränsad subvention

Samtliga ARB-läkemedel får en begränsad subvention. ARB ska bara subventioneras för patienter som provat men inte kan använda ACE-hämmare eller som tillägg till ACE-hämmare.

Priserna på ARB-läkemedlen är alltför höga för att en generell behandling med dessa substanser ska vara kostnadseffektiv i jämförelse med väldokumenterade och billiga läkemedel. Det finns däremot mindre grupper av patienter där behandling med ARB-läkemedel kan vara kostnadseffektiv också i jämförelse med billigare alternativ.

Vid behandling av patienter med en okomplicerad form av högt blodtryck bör man av kostnadsskäl även pröva en kalciumflödeshämmare eller en lågdostiazid, en typ av diuretika, innan man behandlar patienten med ett ARB-läkemedel.

Begränsad subvention för samtliga betablockerare

Samtliga betablockerare kommer att få en begränsad subvention på gruppnivå. Vid nyinsättning (det vill säga när patienten får ett visst läkemedel för första gången) av behandling av högt blodtryck ska betablockerare bara subventioneras när patienten först provat andra läkemedelsklasser och inte nått behandlingsmålet.

Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) och Läkemedelsverkets slutsatser är att betablockerarna inte är lika bra som de övriga stora läkemedelsgrupperna för behandling av högt blodtryck. Dessa slutsatser stöds också i ett antal nyligen publicerade studier och metaanalyser.

Trots detta har betablockerarna en väl dokumenterad effekt och därmed en given plats i terapin. För vissa patienter som har provat flera andra läkemedelsgrupper för att sänka blodtrycket men inte nått behandlingsmålet på annat sätt, kan det vara såväl angeläget som kostnadseffektivt att behandla med en betablockerare. Många patienter använder dessutom betablockerarna för att behandla ett flertal andra tillstånd. Betablockerarna har visat god effekt vid behandling av till exempel kärlkramp, hjärtsvikt och oregelbunden hjärtrytm och kommer vara fortsatt subventionerade vid dessa tillstånd.

Det finns ett undantag där en betablockerare fått en egen begränsning. Det är substansen labetalol (Trandate) där vi bedömer att det bara är angeläget att subventionera läkemedlet för gravida. Läkemedelsverket lyfter fram labetalol i sin behandlingsrekommendation

”Behandling av hypertoni under graviditet” från 1996 som ett alternativ vid behandling av högt blodtryck i samband med graviditet.

Fyra kalciumflödeshämmare som får begränsad subvention

Totalt kommer subventionen för fyra olika läkemedelsstanser i denna klass att begränsas. Långverkande isradipin (Lomir SRO) kommer bara att subventioneras för behandling av högt blodtryck hos gravida. Även nifedipin (Adalat) får en begränsning, men där gäller subventionen för gravida kvinnor och patienter med Morbus Raynauds sjukdom.

I sin behandlingsrekommendation ”Behandling av hypertoni under graviditet” från 1996 lyfter Läkemedelsverket fram isradipin och nifedipin som alternativ vid behandling av högt blodtryck i samband med graviditet.

Adalat är ett av mycket få läkemedel som är godkänt för behandling av indikationen Morbus Raynauds sjukdom. Det är ett angeläget tillstånd att behandla. Sjukdomen innebär att patientens fingrar och eventuellt tår blir blåaktiga, tappar känslan och kan drabbas av permanent skada.

Generell behandling med isradipin och nifedipin är emellertid inte kostnadseffektiv i jämförelse med väldokumenterade och billiga läkemedel då priset på dessa substanser är alltför högt.

Vid behandling av högt blodtryck kommer verapamil (Isoptin och Isoptin Retard) och diltiazem (Cardizem, Cardizem Retard, Cardizem Unotard och Coramil) bara att subventioneras för patienter som inte kan använda kalciumflödeshämmarna amlodipin eller felodipin. Priserna på dessa läkemedel är alltför höga och därför är generell behandling med dessa substanser inte kostnadseffektiv i jämförelse med väldokumenterade och billiga läkemedel.

Vid behandling av kärlkramp ska läkemedlen vara fortsatt subventionerade.

Ett diuretikum får begränsad subvention

Substansen tosasamid ska bara subventioneras för patienter som behöver loop-diuretika men inte kan använda furosemid. Priset på tosasamid kan inte motiveras i jämförelse med billiga diuretika. En generell användning av denna substans är därför inte kostnadseffektiv i jämförelse med väldokumenterade och billiga läkemedel.

Det är dock angeläget att kunna erbjuda loop-diuretika som behandlingsalternativ för vissa patienter. I de fall dessa patienter inte tål furosemid återstår bara tosasamid som godkänt behandlingsalternativ. Inom denna begränsade grupp är det rimligt att tosasamid får fortsatt subvention.

En ACE-hämmare får begränsad subvention

Läkemedlet Monopril subventioneras bara för patienter med gravt nedsatt njurfunktion. Läkemedlet är det enda alternativet för patienter med nedsatt njurfunktion om man vill behandla med en ACE-hämmare. Generell behandling med Monopril är emellertid inte kostnadseffektiv i jämförelse med väldokumenterade och billiga läkemedel.

Tre antihypertensiva läkemedel får begränsad subvention

Substanserna metyldopa (Aldomet), moxonidin (Physiotens) och doxazosin (Alfadil) får alla begränsade subventioner. Läkemedlen är inte kostnadseffektiva jämfört med andra väldokumenterade och billiga blodtryckssänkande läkemedel.

Läkemedlet Aldomet ska bara subventioneras för högt blodtryck hos gravida medan läkemedlen Physiotens och Alfadil, då de används för att sänka blodtrycket, bara ska subventioneras för patienter som först provat andra läkemedelsklasser men inte nått behandlingsmålen.

I sin behandlingsrekommendation ”Behandling av hypertoni under graviditet” från 1996 lyfter Läkemedelsverket fram metyldopa som en substans utan kända missbildningsframkallande effekter.

Substansen moxonidin tillför ytterligare en verkningsmekanism för behandling av högt blodtryck och går att kombinera med alla de fem stora läkemedelsgrupperna. Därmed innebär moxonidin ytterligare en kombinationsmöjlighet.

Läkemedelsverket rekommenderar i sin behandlingsrekommendation från 2006 doxazosin som alternativ tilläggsterapi när patienten provat behandling med de stora läkemedelsgrupperna. Det kan därför finnas vissa patienter som behöver doxazosin som en behandlingsmöjlighet i komplicerade fall.

Vad är ett kostnadseffektivt läkemedel?

När vi beslutar om ett läkemedel ska subventioneras ska vi bland annat bedöma om läkemedlet är kostnadseffektivt. Eller enklare uttryckt om läkemedlet är prisvärt – det vill säga om behandling med läkemedlet kostar en för samhället rimlig summa pengar i förhållande till de hälsovinster som läkemedlet ger. Hur stor läkemedelsnotan blir, är alltså inget bra mått på om vi använder tillräckligt mycket och rätt läkemedel. Det viktiga är istället att användningen av ett läkemedel är kostnadseffektiv, inte bara för sjukvården, utan för samhället i stort. Att ta reda på hur kostnadseffektivt ett läkemedel är ger oss ett underlag för att kunna prioritera och därmed använda resurserna på bästa sätt.

Nytan vägs mot kostnaden

Vad betyder det då att användningen av ett läkemedel är kostnadseffektiv? För det första betyder det inte att alla billiga läkemedel är kostnadseffektiva, medan dyra inte är det. När vi räknar ut om ett läkemedel är kostnadseffektivt, lägger vi först ihop alla kostnader som är förknippade med att använda läkemedlet. Det är först och främst priset på produkten. Men kostnader kan också uppstå om patienten måste besöka läkare för att få läkemedlet, eventuella ytterligare sjukvårdsinsatser som krävs, de biverkningar som läkemedlet eventuellt medför med mera.

Sen väger vi den totala kostnaden mot den nytta läkemedlet för med sig, främst i form av bot, lindring och ökad livskvalitet för patienten. Men

vi räknar också in att användningen av läkemedlet kanske innebär besparingar på andra ställen inom sjukvården genom att patienten inte behöver besöka läkare så ofta, slipper läggas in på sjukhus, opereras med mera. Det räcker dock inte för att få ett samhällsperspektiv. Vi väger också in om läkemedlet gör att patienten kan arbeta och försörja sig och bidra till vårt gemensamma välbefinnande istället för att vara sjukskriven och kanske förtidspensioneras. Här hamnar vinsterna både hos den enskilde, i produktionen och hos staten som slipper utgifter för sjukskrivning och förtidspensioneringar. Om patienten är äldre kanske användningen leder till att hon eller han klarar sig bättre själv utan så mycket hjälp från kommunens äldreomsorg eller av anhöriga. Det är också en samhällsekonomisk vinst som sätts på plussidan i en kostnadseffektivitetsanalys.

Behöver inte leda till besparingar

Ibland händer det att de goda effekterna av ett läkemedel är så stora att de helt väger upp alla kostnader. Då säger man att behandlingen är kostnadsbesparande. Men så höga krav ställer vi inte för att anse att användningen av ett läkemedel är kostnadseffektiv, det vill säga har en rimlig kostnad ställd i relation till effekten och därför bör subventioneras. Att människor blir friska, slipper ha ont och kan leva ett mer normalt liv genom att ta ett läkemedel har ett stort värde som samhället är berett att betala för.



Läkemedelsförmånsnämnden

TLV

TANDVÅRDS- OCH
LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

LFN HAR BYTT NAMN TILL TLV!

Box 55 [Sundbybergsvägen 1], 171 11 Solna
Telefon: 08 568 420 50, Telefax: 08 568 420 99
registrator@tlv.se, www.tlv.se