

Läkemedelsförmånsnämndens allmänna råd om ekonomiska utvärderingar

beslutade den 24 april 2003.

Läkemedelsförmånsnämnden beslutar om följande allmänna råd för ekonomiska utvärderingar som bifogas ansökan om att ett läkemedel skall ingå i läkemedelsförmånerna enligt 15 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

1. Allmänt

Dessa allmänna råd riktar sig till företag som avser att ansöka om att ett läkemedel skall ingå i läkemedelsförmånerna och till sin ansökan bifogar en hälsoekonomisk analys. Råden beskriver hur Läkemedelsförmånsnämnden anser att en hälsoekonomisk analys bör utföras. Flertalet av de punkter som presenteras är också värda att beakta redan vid planering och genomförande av hälsoekonomiska studier som ska användas vid kommande ansökningar. De allmänna råden ska inte uppfattas som en manual utan som ett stöd vid utformning av ansökningar och studier. Allmänt kan sägas att ju större försäljningsvärde ett läkemedel förväntas ha, desto viktigare är den hälsoekonomiska analysen.

Det kan med hänsyn till den aktuella problemställningen ibland finnas anledning att inte följa rekommendationerna i alla delar. Vid sin prövning av ansökningar kommer Läkemedelsförmånsnämnden att ta hänsyn till de förutsättningar som fanns att följa dessa allmänna råd.

2. Vilka kostnader och intäkter bör ingå?

Den hälsoekonomiska analysen bör göras utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv. Detta innebär bland annat att alla relevanta kostnader och intäkter för behandling och sjuklighet oavsett vem de faller på (landsting, kommun, stat, patient, anhörig) bör beaktas. Ingående uppgifter ska beskriva svenska förhållanden.

3. Val av jämförelsealternativ

Kostnader och hälsoeffekter vid användning av det aktuella läkemedlet bör jämföras med de i Sverige mest relevanta alternativa behandlingarna (t.ex. de mest använda). Det kan vara läkemedelsbehandling, annan behandling eller ingen behandling alls. Vid beräkningar bör man utgå från den praxis som gäller i svensk sjukvård. I de fall existerande randomiserade kliniska prövningar inte erbjuder relevanta behandlingsalternativ för svenska förhållanden bör analysen kompletteras med en modellberäkning. Utförda beräkningar bör redovisas så att antaganden och tillvägagångssätt framgår tydligt.

4. Val av patientgrupp

Analysen bör omfatta hela den patientpopulation som ansökan om subvention avser. Separata beräkningar bör göras för olika patientgrupper där behandlingen förväntas ha olika kostnadseffektivitet (t.ex. separat för män och kvinnor i olika åldrar och olika allvarlighetsgrad på sjukdom/symptom eller olika risknivåer). Syftet med en hälsoekonomisk kalkyl är att identifiera för vilka patientgrupper eller indikationer ett läkemedel är kostnadseffektivt - det är aldrig läkemedlet i sig som är kostnadseffektivt utan användningen av det. I de fall resultaten från randomiserade kliniska studier endast omfattar delmängder av den patientpopulation som ansökan avser, så bör modellering genomföras för att belysa kostnadseffektiviteten i övriga patientgrupper. Skattning av antalet personer i varje patientgrupp i Sverige bör bifogas.

5. Analytisk metod

Kostnads-effektanalys är rekommenderat, med kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) som effektmått. Vid behandlingar som påverkar överlevnaden bör både vunna QALYs och vunna levnadsår redovisas. Om s.k. surrogatmått (*surrogate end-points*) används så bör redovisningen också inkludera en modellering från dessa *end-points* till effektmått som belyser effekter på mortalitet och morbiditet, dvs. vunna QALYs. Det samma gäller vid andra typer av studerade händelser (*events*) som är vanliga vid kliniska studier (t.ex. förväntat antal hjärtinfarkter eller migränanfall). I de fall det är svårt att använda QALYs (t.ex. vid svår smärta under en kort tid i samband med behandling) kan också en *cost-benefit* analys med betalningsvilja som effektmått användas. Om det finns stöd för att det läkemedel som ansökan avser har samma hälsoeffekt som bästa jämförelsealternativet kan enbart en kostnadsjämförelse vara tillräckligt.

6. Kostnader

Samtliga relevanta kostnader förknippade med behandling och sjukdom bör identifieras, kvantifieras och värderas. Även produktionsbortfall för behandling och sjuklighet bör ingå (skattat med humankapital-metoden). Styckkostnader och kvantiteter bör presenteras separat så långt som möjligt, så att distinktion mellan pris och kvantitet kan göras. Det bör framgå vilket år priserna representerar. Apotekets utförsäljningspris (AUP) ska användas för

läkemedel. Om behandlingen påverkar överlevnaden bör kostnader för den ökade överlevnaden - total konsumtion minus total produktion under de vunna levnadsåren - ingå.¹

7. Beräkning av vikter för justering av livskvalitet

QALY-vikter bör i första hand baseras på *Standard Gamble* (SG) eller *Time-Trade-Off* (TTO) metoden. I andra hand bör QALY-vikter baseras på *Rating Scale* metoden. QALY-vikterna kan baseras antingen på direkta mätningar med ovanstående metoder eller indirekta mätningar (där ett hälsoklassificeringssystem såsom EQ-5D länkats till QALY-vikter). QALY-vikter baserade på värderingar av personer i det aktuella hälsotillståndet föredras framför vikter som beräknats utifrån ett genomsnitt av en population som värderat ett tillstånd som beskrivits för dem (t.ex. den ”sociala tariffen” från EQ-5D). Att använda vikter för aktuella hälsotillstånd hämtade från tidigare studier kan vara en lösning.

8. Tidshorisont

Tidshorisonten för analysen ska täcka den period då de huvudsakliga hälsoeffekterna och kostnaderna uppstår. För behandlingar som påverkar överlevnaden måste ett livslångt perspektiv för analysen användas, för att beräkning av vunna levnadsår ska kunna göras på ett adekvat sätt. Detta innebär att extrapolering utanför den tidsperiod då data från kliniska prövningar finns tillgängliga, måste göras. Detta görs då via modellering (se vidare punkt 11).

Att tidshorisonten är livslång innebär inte att analysen ska göras med livslång behandling. För kroniska sjukdomar där kostnadseffektiviteten varierar med ålder är det ofta rimligt att anta en behandlingstid på ett till fem år i analysen, så att den beräknade kostnadseffektvoten speglar kostnadseffektiviteten vid varje ålder.

9. Diskontering

Såväl kostnader som hälsoeffekter bör diskonteras med 3 procent. I känslighetsanalysen (se punkt 10) bör beräkning också göras med 0 och 5 procent, samt en beräkning där kostnader diskonteras med 3 procent och hälsoeffekter med 0 procent.

10. Hantering av osäkerhet i resultatet

Känslighetsanalys av centrala antaganden och parametrar är ett viktigt moment vid hälsoekonomiska analyser.

11. Att använda modellanalys

Analysen som baseras på god empiri har en styrka. Det är dock ofta nödvändigt att använda modellering för att den hälsoekonomiska analysen ska täcka den relevanta tidshorisonten. Modellering är ibland användbart för att uppnå högre extern validitet vid kliniska prövningar (justera för skillnader mellan klinisk prövning och klinisk

¹ Läkemedelsförmånsnämndens kansli kan bistå med data från Sverige på konsumtion minus produktion i olika åldrar för att underlätta denna beräkning.

praxis), eller för att justera kliniska prövningar gjorda i ett annat land till svenska förhållanden. T.ex. kan det vara lämpligt att använda en hälsoekonomisk modell för att kombinera information om terapins effekt från internationella randomiserade kliniska prövningar med specifikt svensk information om behandlingspraxis, kostnader och patientpopulationens karakteristik. Modeller bör så långt som möjligt valideras internt och externt.

12. Presentation av metod och resultat

Metoder, gjorda antaganden och ingående data ska redovisas så tydligt att de olika stegen i analysen lätt går att följa. Kostnads-effektkvoter ska beräknas utifrån de skillnader i kostnader respektive effekter (QALYs) som finns mellan behandlingsalternativen (inkrementell analys).

13. Kvalitetsgranskning

En hälsoekonomisk studie som är refereebedomd och publicerad i en internationell tidskrift har genomgått en form av kvalitetskontroll. Om studien är opublicerad ställs större krav på möjlighet till kvalitetskontroll och transparens. Exempelvis bör simuleringsmodeller noggrant beskrivas och bifogas på diskett eller CD-rom. Ingående data såsom sannolikheter, kostnader, transitionssannolikheter m.m. skall bifogas i tabellverk. Dessutom skall författarnas namn och arbetsplats framgå, och eventuell koppling till det ansökande företaget.

14. Referenslitteratur

Ovanstående allmänna råd och rekommendationer ger inte svar på alla frågor. För ytterligare stöd vid utformning av hälsoekonomiska analyser hänvisas till internationella riktlinjer och läroböcker i ämnet. I första hand rekommenderas:

Drummond M et al. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford: University Press, 1997.

Drummond M, McGuire A. *Economic Evaluation in Health Care: Merging Theory and Practice*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

Johannesson M. *Theory and Methods of Economic Evaluation of Health Care*.

Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1996.

Gold M R, et al. (eds.) *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press, 1996.

Dessa allmänna råd gäller från och med den 1 maj 2003.

LÄKEMEDELSFÖRMÅNSNÄMNDEN

AXEL EDLING

Anna Märta Stenberg