

Kostnadseffektivitet som kriterium för subvention av läkemedel – en bra idé?

DOUGLAS LUNDIN

arbetar sedan två år tillbaka som hälsoekonom på Läkemedelsförmånsnämnden. Han disputerade 1999 vid nationalekonomiska institutionen, Uppsala universitet, och har däremellan forskat vid Centrum för hälsoekonomi, Handelshögskolan i Stockholm. douglas.lundin@lfn.se

Sedan två år tillbaka är det inskrivet i svensk lag att kostnadseffektivitet ska vara ett av de kriterier som avgör om ett läkemedel ska ingå i den s k läkemedelsförmånen, dvs att patienten får läkemedlet betalt av offentliga medel när gränsen för högkostnadsskyddet nåtts. Ekonomer som jobbar inom området är naturligtvis glada för att den princip de länge hävdat bör styra resursallokeringen inom sjukvården nu lagfästs. Men när man nu ska ta steget från teori till praktik visar det sig inte alldeles okomplicerat att tillämpa principen om kostnadseffektivitet. Det kan dessutom resas teoretiska invändningar mot användandet av kostnadseffektivitet för subventionsbeslut.

I samband med att den nya lagen om läkemedelsförmåner började gälla den 1 oktober 2002 inrättade regeringen en ny myndighet, Läkemedelsförmånsnämnden (LFN), som har fått till uppgift att fatta beslut om vilka läkemedel som ska inkluderas i förmånen.¹ Den huvudsakliga arbetsuppgiften för nämnden är att behandla ansökningar som gäller nya läkemedel, men man har också fått i uppgift att gå igenom hela det befintliga sortimentet läkemedel för att se vilka av dem som uppfyller de villkor den nya lagen ställer upp. Tidigare inkluderades mer eller mindre alla läkemedel. Numera skall emellertid en bedömning göras utifrån tre kriterier, nämligen människovärdesprincipen, behov-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitet. I denna artikel diskuteras huvudsakligen det sistnämnda.

Kostnadseffektivitet handlar om att väga kostnaderna för en medicinsk behandling mot nyttan av den samma. Får vi god valuta för pengarna om vi behandlar alla personer med höga blodfetter med lipidsänkade läkemedel? Är livskvalitetsförbättringen för en person som lider av multipel scleros tillräckligt stor av interferon-behandling för att motivera kostnaden? Ska schizofrena behandlas med den gamla, billiga typen av läkemedel (s k konventionella neuroleptika) eller den nya, dyra typen av läkemedel (s k atypiska neuroleptika).

Hur mäter man då kostnadseffektiviteten? Att ställa nyttan av en behandling mot kostnaden av den samma, för att därigenom se om behandlingen ger god valuta för pengarna är naturligtvis ingen enkel sak. Svårast är att mäta nyttan. Bland hälsoekonomer världen över råder konsensus om att det inte duger med att beräkna kostnaden per hjärtattack som undvikits, kostnad per dag utan smärta eller något annat sjukdomsspecifikt mått.

¹ I artikeln benämns inkludering i förmånen ibland för subvention.

Åsikterna som uttrycks i denna artikel är författarens egna och delas inte nödvändigtvis av Läkemedelsförmånsnämnden.

Ambitionen måste vara att kostnadseffektiviteten av behandlingar mot olika sjukdomar ska kunna jämföras, vilket innebär att man måste ha ett gemensamt nyttomått. Ett alternativ är naturligtvis att göra traditionella cost-benefit-analyser där både kostnader och nytta mäts i pengar. Men även om detta förekommer så är det inte standardförfarandet. Kanske beroende på en ovilja att sätta siffror på vad ett liv är värt (något som egentligen inte kan undvikas med de andra metoderna heller).

Den oftast rekommenderade metoden för att uppnå jämförbarhet mellan olika sjukdomar är istället att använda kvalitetsjusterade levnadsår, s k QALYs (Quality Adjusted Life Years), som effektmått. Detta är t ex vad LFN rekommenderar i de riktlinjer för ekonomiska utvärderingar man gett ut (Läkemedelsförmånsnämnden, 2003). Idén bakom detta nyttomått är att man väger ihop de två viktigaste egenskaperna av en medicinsk behandling, nämligen vilken effekt har behandlingen på patientens livslängd och livskvaliteten. Ett års levnad med perfekt hälsa motsvarar då en QALY. Har patienten inte en perfekt hälsa justeras den s k QALY-vikten (ett tal mellan 0 och 1) nedåt så att varje år av patientens levnad motsvarar mindre än en QALY. Detta innebär då att en behandling som förlänger livet på en person med hundraprocentig livskvalitet medför en större QALY-vinst än den behandling som räddar livet på individer med sämre livskvalitet. QALY-måttet kan därför uppfattas som att det diskriminerar sjukdomar som medför förlust av både livskvalitet och livslängd, eftersom att förlänga livet på en patient med låg livskvalitet blir mindre värt än att rädda livet på en patient med hög livskvalitet.

Kostnaderna av läkemedelsbehandlingen är lättare att beräkna även om det inte är okomplicerat det heller. Hade ambitionen endast varit att räkna in de direkta kostnaderna för läkemedlet hade det varit tämligen okomplicerat. Men i god cost-benefit-anda bör alla kostnader och besparingar tas med, oavsett vem de faller på. Minskade kostnader för sjukhusinläggningar och sjukskrivningar ska räknas med, och är ofta väl så avgörande som den direkta tablettkostnaden.

Vad får en behandling kosta per QALY för att anses vara kostnadseffektiv? Det finns en ganska stor litteratur som med olika metoder försöker skatta folks betalningsvilja, och de värden man kommer fram till varierar kraftigt. Persson och Hjelmgren (2003) kommer t ex fram till ca 650 000 kr, medan Gyr-Hansen (2003) anger ca 100 000 kr. Men den magiska siffra som ändå brukar nämnas är 500 000 kr per QALY (Johannesson 2001). Kostar behandlingen mindre än detta belopp ska den alltså betraktas som kostnadseffektiv, annars inte. En möjlig beslutsregel för LFN är alltså: Inkludera alla läkemedel där kostnad per QALY understiger 500 000 kr och exkludera de läkemedel som är dyrare.

Men kanske kan man ändå inte göra det så enkelt för sig. Det finns en mängd komplicerande faktorer, såväl av teoretisk som praktiskt natur, som talar emot att använda en sådan enkel beslutsregel. Och jag ska ägna resten av denna artikel åt att diskutera dessa.

1. Andra aspekter

Lagstiftaren har angett att förutom kostnadseffektivitet, så ska människovärdesprincipen och behov-solidaritetsprincipen styra vilka läkemedel som ska inkluderas i förmånen. Redan detta omöjliggör den enkla beslutregel som angavs. Om vi förbigår människovärdesprincipen i detta sammanhang,² men tolkar behov som sjukdomens svårighetsgrad, dvs hur stor förlust av levnadsår eller livskvalitet den medför, är en rimlig justering av den enkla beslutsregeln att behandlingar mot mer allvarliga sjukdomar får kosta mer per QALY än vad mindre allvarliga sjukdomar får kosta. Vi får då olika gränsvärden för kostnaden per QALY beroende på sjukdomens allvarlighetsgrad. Denna justerade beslutsregel avspeglar då en avvägning mellan effektivitet och fördelning (mer behandling till de som initialt har en sämre hälsa).

Kostnadseffektivitet och forskning

Det kan tyckas självklart att kostnadseffektivitet bör vara en av principerna för hur pengarna som spenderas på läkemedel ska allokteras. Många ekonomer tycker nog till och med att det bör vara den enda principen, eftersom ett läkemedels kostnadseffektivitet anger om man får valuta för pengarna om man köper läkemedlet. Vad annat ska man bry sig om när man köper något?

Men invändningar kan faktiskt göras. Kostnadseffektivitet, som det idag tillämpas, svarar på frågan om läkemedlet ger omedelbar valuta för pengarna. Men faktum är att priset på ett läkemedel (eller åtminstone den aktiva substansen) sjunker över produktens livscykel – framförallt sedan patentet löpt ut. Så även om inte läkemedlet är kostnadseffektivt under den tid som det är patentskyddat, kan det mycket väl vara det sett över hela dess produktcykel.

Nu kan naturligtvis LFN välja att inte inkludera läkemedlet i förmånen under dess patenttid om man tycker att det är för dyrt men inkludera det efter det att patentet löpt ut och priset sjunkit. Men detta vore att fullständigt förbise konsekvenserna detta skulle ha för företagets forskningsverksamhet. Om de länder som står för den större delen av världens läkemedelskonsumtion alla agerat på detta sätt skulle det innebära att många läkemedel som skulle ha varit till gagn för världens befolkning aldrig hade utvecklats.

Den fundamentala insikten här är att när väl ett läkemedel är utvecklat så finns denna kunskap – att en viss kemisk substans effektivt behandlar en viss sjukdom – tillgänglig för mänskligheten för all framtid. Varför ska vi då kräva att läkemedlet ger god valuta för pengarna från första dagen?

Detta resonemang leder fram till slutsatsen att i forskningsbefrämjande syfte borde köparen av läkemedel vara beredd att betala ett pris som överstiger det pris som innebär att läkemedlet är kostnadseffektivt precis på marginalen. Annars kommer läkemedel där kostnaderna för utvecklingen

² Människovärdesprincipen är en övergripande princip som anger att ingen individ ska diskrimineras eller särbehandlas på basis av kön, hudfärg, ålder etc.

tvingar fram ett högt och på kort sikt icke-kostnadseffektivt pris, aldrig att utvecklas trots att läkemedlet sett över dess hela livscykel kan ge en nytta som mer än väl motiverar kostnaderna. Under patenttiden gör samhället en välfärdsförlust som kompenseras av en välfärdsvinst sedan patentet löpt ut.

Detta är ingen liten sak. Under vissa antaganden kan man komma fram till att samhället borde betala ett pris som är drygt två gånger högre än det pris som skulle medföra att läkemedlet var kostnadseffektivt på kort sikt (Lundin och Ramsberg, 2004).³

Resonemanget gäller även om patenttiden är ”optimal”. Den optimala patenttiden är nämligen en avvägning mellan statisk och dynamisk effektivitet (Nordhaus 1969). Om målsättningen enbart var att stimulera forskning då borde patent vara för evigt och om målsättningen enbart var att undvika sk dödviktsoförluster borde patent inte existera alls. En optimal patenttid innebär att den bästa möjliga avvägningen mellan dessa två ytterligheter görs vilket resulterar i en begränsad patenttid. Men även om patenttiden är optimal befinner vi oss i en sk *second-best*-situation: vi har bara ett instrument, patenttiden, men två målsättningar – statisk och dynamisk effektivitet. Men om priset kan användas som ett andra instrument skulle vi kunna uppnå båda målen.

En invändning som kan resas är att läkemedel ofta ersatts av andra, bättre läkemedel vid tiden för patentutgång. Läkemedlet skulle alltså inte ha något värde efter patenttiden. Men även om detta förekommer, så finns det idag många mycket gamla läkemedel som fortfarande används. Det tydligaste exemplet är kanske acetylsalicylsyra som upptäcktes tidigt 1900-tal och fortfarande är ett av våra mest använda läkemedel.

Resonemanget ovan visar på ett mer generellt problem med att använda kostnadseffektivitet vid subvention av läkemedel. En samhällsekonomisk kalkyl (som en hälsoekonomisk kostnadseffektivitetsstudie är en form av) ska väga nyttan av att något tillhandahålls, mot kostnaden för detta i form av åtgången av reala resurser. Gäller beslutet att bygga en bro, är detta förhållandevis enkelt eftersom marknadspriset för material och arbete förmodas återspegla den reala resursåtgången. Men priset på en tablett är ett väldigt dåligt mått på den reala resursåtgången för att tillhandahålla läkemedlet eftersom en stor del av kostnaden för att läkemedlet ska kunna tillhandahållas är sk sunk costs, samtidigt marginalkostnaderna för tabletttillverkningen är små.

Ambitionen när ett land utformar sitt förmånssystem borde kanske vara att tillhandahålla rätt incitament för forskningen och acceptera en prisnivå för ett läkemedel som innebär att företagen gör rätt avvägning – ur samhällets perspektiv – för både omfattning och inriktning på forskningen, dvs

³ Det visar sig att de viktiga faktorerna för hur stort prispåslaget ska vara är storleken på prisnedgången sedan patentet löpt ut, den effektiva patenttiden samt räntenivån. Antagandena som gjordes för att komma fram till att priset som tillåts sättas kan vara dubbelt så högt, är att priset faller 80 procent efter patenttiden löpt ut, den effektiva patenttiden är 10 år och räntan är 3 procent.

att de forskar fram en för samhället både lagom mängd kunskap och rätt kunskap. Även om kostnadseffektivitet ger korrekta incitament i så motto att ett bättre läkemedel tillåts kosta mer än ett sämre, så är priset som läkemedlet tillåts kosta för lågt, enligt resonemanget ovan.

Detta gäller emellertid inte alla läkemedel. S k ”me-too”-läkemedel, dvs läkemedel som har en mycket snarlik medicinsk effekt och kemisk struktur som ett redan existerande läkemedel, skulle i ett förmånssystem som ger korrekta incitament för forskning förmodligen belönas med ett lägre pris än idag.⁴ Det vanliga mönstret när ett företag gjort ett genombrott och lanserat ett nytt banbrytande läkemedel, är att några år senare lanserar andra företag ”me-too”-läkemedel. Med en snarlik effekt som ett redan existerande läkemedel tillför inte dessa läkemedel så mycket i form av patientnytta, så varför skulle samhället vilja ge incitament till att dem forskas fram?⁵ Här går kostnadseffektivitet på tvärs med det system som skulle ge korrekta incitament för forskning, eftersom med kostnadseffektivitet som kriterium tillåts ”me-too”-läkemedel ta ut samma pris som det läkemedel som innebär ett verkligt medicinskt genombrott. Detta är alltså både goda och dåliga nyheter för läkemedelsföretagen. Goda för att högre priser för verkligt innovativa läkemedel som medför stora medicinska framsteg accepteras men dåliga för att ”me-too”-läkemedlen betalas mindre generöst.

Kostnadseffektivitet ändå bra

Den kritiskt lagde kan alltså invända mot kostnadseffektivitet som kriterium för subventionering av läkemedel. För det första är kostnaden per QALY så svår att beräkna att siffrorna som presenteras bara är grova approximationer. För det andra, även om kostnaden per QALY är känd, så finns det inga säkra uppgifter om vad befolkningens betalningsvilja för en QALY är. Detta omöjliggör för LFN att med någon demokratisk legitimitet fatta beslut om vilka läkemedel som kostar för mycket och inte ska inkluderas i förmånen. Och, för det tredje, så ger alltså kostnadseffektivitet inte de rätta incitamenten för forskning.

Men låt oss inte kasta ut barnet med badvattnet. Även om inte kostnadseffektiviteten kan mätas perfekt och principen inte ger helt rätt incitament för forskning, så är det kanske ändå bättre än alternativet att inte överhuvudtaget på något systematiskt sätt väga kostnaderna av en behandling mot nyttan av den samma. Det är vad som länge har varit förhärskande i svensk sjukvård. Att bygga upp subventionssystemet så att det ger korrekta forskningsincitament gör emellertid heller inte så mycket nytta om inte andra länder agerar likadant. Sveriges påverkan på företagens forskningsportfölj med 0,8 procent av världsmarknaden för läkemedel är nog tämligen begränsad (Läkemedelsindustriföreningen 2004).

⁴ Men tillräckligt olikt det redan existerande läkemedlet för att kunna erhålla ett eget patent.

⁵ ”Me-too”-läkemedel minskar dessutom avkastningen på verkligt innovativa läkemedel, vilket innebär att incitamenten för forskningen på dessa minskar (Gallini 1992).

2. Praktiska problem

LFN:s normala verksamhet består i att ta ställning till om de nya läkemedel som företagen lanserar ska ingå i läkemedelsförmånen. Utöver detta har LFN av riksdagen fått i uppdrag att gå igenom hela det befintliga sortimentet läkemedel, eftersom de läkemedel som sedan tidigare ingår i förmånen inte prövats enligt den nya lagstiftningen. Det är en diger arbetsuppgift med tanke på att det finns ca 2000 läkemedel registrerade i Sverige.

När LFN nu påbörjat detta arbete har det dykt upp ett antal komplicerande omständigheter. Den tillsynes enkla principen att bara kostnadseffektiva läkemedel ska inkluderas i förmånen visar sig inte vara så enkel.

I den enklaste av världar används ett läkemedel bara mot en sjukdom. Priserna på läkemedel ändras aldrig. Alla patienter som lider av sjukdomen får samma behandlingseffekt av läkemedlet. Sjukdomen förekommer bara i en svårighetsgrad, så det finns ingen variation mellan patienter vad gäller hur effektiv behandling som behövs.

LFN:s uppgift skulle då vara förhållandevis enkel. Efter att ha identifierat vilket läkemedel som är kostnadseffektivt mot en viss sjukdom kan man helt enkelt utesluta alla andra läkemedel som är avsett att behandla denna sjukdom. Men det torde vara ganska uppenbart att verkligheten avviker från den "ideala" situationen på flera sätt.

Ett läkemedel används ofta för mer än en sjukdom

Enligt lagen ska läkemedelsförmånen i huvudsak vara produktinriktad. Det innebär att antingen är ett läkemedel subventionerat för all användning, oavsett sjukdom, eller så är det inte subventionerat alls.⁶ Här uppstår en konflikt med kostnadseffektivitetsprincipen, eftersom ett läkemedels kostnadseffektivitet kan variera kraftigt beroende på vilken sjukdom det förskrivs mot. Det är aldrig läkemedlet i sig som är kostnadseffektivt, utan användningen av det. Som exempel kan nämnas en grupp av läkemedel kallad beta-blockerare, som behandlar så olika sjukdomar som högt blodtryck, hjärtsvikt och migrän (profylaktisk behandling). Det är ju mycket möjligt att beta-blockerare är kostnadseffektiv behandling mot högt blodtryck och hjärtsvikt men inte mot migrän. Vilket beslut fattar LFN då, ska det inkluderas i förmånen eller inte?

Lagen ger nu emellertid LFN möjligheten att frånga principen om ett produktbaserat system, genom att lägga begränsningar för vilken användning av ett läkemedel som är subventionerat. Ett exempel på läkemedel där begränsning använts är Crestor, AstraZenecas nya blodfettssänkare. Crestor tillhör en grupp av läkemedel som kallas statiner. Det finns flera statiner registrerade sedan tidigare, varav en av dem, Zocord, förlorade sitt patent strax före Crestors lansering och då föll mycket kraftigt i pris. Crestor är därför dyrare, men ansågs ändå kunna vara kostnadseffektivt för

⁶ Ett krav är emellertid att läkemedlet förskrivs på en indikation (mot en sjukdom) där det fått godkännande från Läkemedelsverket.

de patienter som inte uppnår behandlingsmålen med Zocord pga en bättre blodfettssänkande effekt. LFN:s beslut blev att Crestor är subventionerat som ett andrahandsmedel, efter att Zocord har provats.

Problemet är bara att möjligheterna att följa upp sådana begränsningar är små och man kommer alltså inte veta om de efterlevs. Alltför många begränsningar skulle också göra det svårt för förskrivande läkare att hålla sig informerad om i vilka situationer som ett visst läkemedel får förskrivas med subvention. Av dessa anledningar vill LFN vara restriktiva med begränsningar.

Alla patienter behöver inte lika effektiva läkemedel

Låt oss säga att vi har två olika läkemedel som behandlar samma sjukdom, där det ena läkemedlet, kallat BILLIGTOCHDÄLIGT, är billigt men inte så effektivt, och det andra, DYRTOCHBRA, är dyrare och mer effektivt. Majoriteten av patienterna får tillräcklig behandlingseffekt med BILLIGTOCHDÄLIGT och då är givetvis detta kostnadseffektivt. Men en del patienter får inte tillräcklig effekt av detta. Då kan DYRTOCHBRA vara kostnadseffektivt för denna grupp, om det är så att den extra effekten detta läkemedel erbjuder är värt den extra kostnaden.

Det påkallar igen en önskan om att begränsa subventionen, så att DYRTOCHBRA bara är subventionerat till de patienter som inte uppnår behandlingsmålen med BILLIGTOCHDÄLIGT. Om man inte begränsar kommer användningen inte att vara kostnadseffektiv.

Priserna ändras

Eftersom kostnadseffektiviteten är en funktion av priset så kommer prisändringar att förändra vilket läkemedel som är kostnadseffektiv behandling. En kostnadseffektivitetsstudie av ett läkemedel är alltså minst sagt färskvara. Och egentligen borde LFN se över ett terapiområde så fort priset på något av läkemedlen inom området ändras. Det är naturligtvis helt ögörligt. Besluten måste vara så robusta att mindre prisförändringar inte vänder upp och ner på LFN:s bedömning över vilka läkemedel som ska ingå i förmånen.

Tydligast blir problemet med prisförändringar när patentet på ett läkemedel löper ut. Priset sjunker då ofta mycket kraftigt. Ett exempel är läkemedlet Zocord, som nämndes ovan, som fram till dess att patentet löpte ut våren 2003 var det mest såljade läkemedlet i Sverige. Detta läkemedel, eller rättare sagt generika innehållande den aktiva substansen simvastatin, kan nu köpas till ett pris ca 95 procent lägre än priset under patenttiden.

När priset på ett läkemedel i en grupp sjunker så drastiskt förändras naturligtvis vad som kan bedömas vara kostnadseffektiv läkemedelsbehandling inom området. Om konkurrerande läkemedel inte sänker sina priser i motsvarande mån, trots att de har sina patent kvar, kan de knappast längre vara kostnadseffektiva – såvitt de inte har en mycket bättre medicinsk effekt.

Men är det orättvist mot producenterna av konkurrerande läkemedel om LFN skulle jämföra kostnadseffektiviteten av deras läkemedel mot

priset på ett billigt generika, som är billigt för att inga forskningsutgifter behöver betalas igen? Detta är en mycket aktuell fråga vid den genomgång av sortimentet som LFN påbörjat.

Låt mig dela upp den frågan i två: Skulle det innebära att LFN inte respekterar patentskydd? Skulle det hämma forskningen?

Att det skulle strida mot patentlagstiftningen har jag svårt att se. Det enda staten lovat när man gett en produkt patentskydd är att företaget under ett antal år ska få ha ensamrätt på att sälja en viss substans. Staten har inte utlovat frånvaro av konkurrens. Faktum är att konkurrensen mellan olika substanser under patenttiden kan sägas vara väl så viktig som konkurrensen mellan original och generika sedan patentet löpt ut (Lichtenberg och Philipson 2003). Det finns möjlighet för världssamfundet (genom EU och WTO) att tillåta patent som begränsar denna konkurrens, t ex genom att ge patent baserat på användningsområde snarare än substans. Detta är vad som gjorts för läkemedel som behandlar väldigt ovanliga sjukdomar, s k sällräkemedel (*orphan drugs*), där man önskat ge större incitament för forskning.

Däremot skulle det nog hämma forskningen, eftersom avkastningen på de patentskyddade läkemedel som konkurrerar med ett läkemedel som förlorat sitt patent minskar, om de måste sänka sitt pris för att bibehålla en rimlig kostnadseffektivitet. Frågan är bara i vilken utsträckning samhället har ett intresse av att gynna forskning på dessa konkurrerande läkemedel. Som diskuterades tidigare finns nog ingen anledning att särskilt gynna forskning på "me-too"-läkemedel, eftersom de, per definition, är väldigt lika det läkemedel som förlorade sitt patent och alltså inte tillför inte så mycket.⁷ Om det inte är "me-too"-läkemedel, utan har en väsentligt bättre medicinsk effekt, ja då kan de förmodligen visa sig vara kostnadseffektiva trots ett väsentligt högre pris.

Till detta kan tilläggas att en märklig situation skulle uppstå om LFN knäsatte principen om att alltid göra prisjämförelser mot det pris ett läkemedel hade när det hade patent, för att inte missgynna konkurrerande läkemedel. Ett exempel: Diuretika (vätskedrivande läkemedel som bl a används vid högt blodtryck) är en klass av läkemedel som använts under lång tid och idag kostar väldigt lite. Patenten försvann för flera decennier sedan. Antag att ett företag överväger att forska fram ett nytt diuretika, eftersom man fått en idé om en mer effektiv typ av diuretika än de nuvarande. Självklart måste företaget då de gör sin kalkyl över utvecklingskostnader kontra förväntad försäljning ta i beaktande att det redan finns bra diuretika som kan köpas till lågt pris. Företaget kan knappast förvänta sig att när den nya diuretikan lanseras att LFN ska bedöma kostnadseffektiviteten genom att jämföra mot ett fiktivt pris på den diuretika man väljer att jämföra den nya diuretikan med – ett fiktivt pris motsvarande det pris diuretikan skulle ha haft om det var patentskyddat.

⁷ Om det är så att olika patienter fungerar olika bra på olika läkemedel så finns ett värde i att ha flera olika läkemedel mot en och samma sjukdom tillgängliga, trots att den genomsnittliga medicinska effekten är ungefär den samma.

3. Diskussion

Det finns alltså flera goda anledningar till att LFN inte ska tillämpa den enkla beslutsregeln att endast inkludera ett läkemedel mot varje sjukdom – det som är mest kostnadseffektivt. Kostnadseffektivitetsprincipen strikt tillämpad leder till ett väldigt stelbent subventionssystem. Men om man nu inte ska följa den enkla regeln, vilken beslutsregel ska användas?

En av anledningarna till att inte använda den enkla beslutregeln är alltså att eftersom olika patienter fungerar olika bra på olika läkemedel så finns ett behov av sortimentsbredd. Men det innebär då samtidigt att läkemedel som inte är strikt kostnadseffektiva inkluderas i förmånen. En av de svåra frågorna LFN brottas med är: Hur kostnadsineffektivt får ett läkemedel vara för att ändå inkluderas? Vad är priset man är beredd att betala för sortimentsbredd?

Det beror till stor del på hur stort ansvar som tas av den senare delen av läkemedelskedjan. Om förskrivande läkare gör till vana att först pröva med det mest kostnadseffektiva läkemedlet, för att gå över till mindre kostnadseffektiva alternativ när det första inte fungerar bra, då är det lättare för LFN att vara generös och inkludera mindre kostnadseffektiva läkemedel. Följer läkarna inte denna princip blir det svårare för LFN att vara generös eftersom många patienter kommer att använda onödigt dyra läkemedel.

Hur denna avvägning kommer att göras bestäms de kommande åren när LFN går igenom det befintliga sortimentet läkemedel och därigenom bildar praxis för hur kostnadseffektivitet används i Sverige som kriterium för subvention av läkemedel.

REFERENSER

Gallini, T (1992), "Patent policy and costly imitation" *RAND Journal of Economics*, vol 23, s 52-63.

Gyrd-Hansen, D (2003), "Willingness to pay for a QALY", *Health Economics*, vol 12, s 1049-60.

Johannesson, M (2001), "Kostnadseffektivitet: För prissättning, subventionering eller terapival?" i Jönsson, B (red), *Läkemedel: kostnad eller resurs för sjukvården?*, Ekonomiska Forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm, Stockholm.

Lichtenberg, F och T Philipson (2003), "The Dual Effects of Intellectual Property Regulations: Within and Between-Patent Competition in the US Pharmaceutical Industry", *The Journal of Law and Economics*, under utgivning.

Lundin, D och J Ramsberg (2004), "The inefficiency of using cost-effectiveness as a reimbursement criterion for pharmaceuticals", mimeo, Läkemedelsförmånsnämnden.

Läkemedelsförmånsnämnden allmänna råd (LFNAR 2003:2), "Riktlinjer för ekonomiska utvärderingar".

Läkemedelsindustriföreningen (2004), personlig kommunikation.

Nordhaus, W (1969), "*Invention, Growth and Welfare: A Theoretical Treatment of Technological Change*", Cambridge, Mass, MIT Press.

Persson, U och J Hjelmgren (2003), "Hälsa och sjukvården behöver kunskap om hur befolkningen värderar hälsan" *Läkartidningen*, nr 43, s 3436-7.