

# Health Technology Assessment (HTA) och ekonomisk utvärdering av hälso- och sjukvårdens metoder

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2009:19

På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



**Karolinska  
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Niklas Zethraeus  
Institutionen för lärande, informatik, management och etik, LIME  
Karolinska Institutet

ISBN 978-91-86313-19-7

Karolinska Institutets folkhälsoakademi  
171 77 Stockholm

E-post: [info@kfa.ki.se](mailto:info@kfa.ki.se)  
Telefon: 08-524 800 00  
[www.ki.se/kfa](http://www.ki.se/kfa)

Rapporten kan laddas ner från  
Folkhälsoguiden, [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

## Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Slutsatser .....	4
1. Inledning.....	5
2. HTA och ekonomisk utvärdering.....	7
Utveckling av HTA – en historisk tillbakablick .....	7
HTA – definition och syfte.....	8
Metod för HTA .....	8
Ekonomisk utvärdering av sjukvårdens metoder.....	8
3. Vilka organisationer och länder publicerar HTA-rapporter? .....	11
HTA-rapporter under perioden 2001-2006.....	11
HTA-rapporter publicerade av TLV .....	13
4. Utvärdering av hälso- och sjukvårdens metoder i Sverige .....	14
Nationell nivå .....	14
Regional nivå .....	15
5. Diskussion .....	18
6. Referenser .....	20
Bilaga 1. HTA-organisationer representerade i HTA-databasen .....	22



## Sammanfattning

HTA (Health Technology Assessment) började användas i USA redan i början på 1970-talet av OTA (Office of Technology Assessment) som underlag för beslut om introduktion av teknologier och har sedan dess fått ett globalt genomslag. HTA är idag ett viktigt policyhjälpmedel vid beslut om användning av medicinska metoder. HTA har fått en allt tydligare koppling till resursallokeringsbeslut vilket även inneburit att utvärdering av kostnadseffektivitet har blivit en allt mer central del av HTA.

Utvärdering av kostnadseffektivitet är idag centralt framförallt i samband med beslut om subvention av läkemedel och kliniska riktlinjer. Australien och Kanada var först med att införa kostnadseffektivitet som krav i samband med beslut om subvention av läkemedel. TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) i Sverige har sedan 2002 använt kostnadseffektivitet som ett kriterium för beslut om vilka läkemedel som ska subventioneras eller inte. Utvärdering av kostnadseffektivitet är sedan 1999 även en viktig del i det underlag som ligger till grund för beslut av NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) om rekommendationer för användning av medicinsk teknologi i England och Wales.

Flera initiativ har vidtagits med syfte att standardisera metoder för HTA och ekonomisk utvärdering vilket bland annat resulterat i upprättandet av riktlinjer. Riktlinjer för HTA och ekonomiska utvärderingar är primärt utvecklade till stöd för läkemedelsindustrin i samband med ansökan om subvention av läkemedel. Riktlinjer för ekonomiska utvärderingar är likartat utformade – det perspektiv som framförallt rekommenderas är ett hälso- och sjukvårdsperspektiv; ett samhällsperspektiv rekommenderas sällan.

Det har varit en kraftig ökning av antalet HTA-rapporter de senaste åren. Första hälften av 1990-talet publicerades i genomsnitt knappt 50 rapporter årligen. I början av 2000-talet publicerades nästan 700 rapporter årligen. Några få HTA-organisationer svarar för en majoritet av antalet publicerade rapporter. Storbritannien, USA, Kanada, Australien och Spanien producerar flest HTA-rapporter i världen under perioden 2001-2006. I Europa dominerar Storbritannien, Spanien, Holland, Frankrike och Sverige. Storbritannien men även de nordiska länderna med Sverige i spetsen intar en ledande roll. NICE är den HTA organisation som producerar flest rapporter i Europa. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) i Sverige är den enda HTA-organisation utanför Storbritannien som tillhör de fem största producenterna av rapporter i Europa. Storbritannien och NICE bidrar dessutom med en ökande andel av samtliga rapporter under 2000-talet.

HTA och ekonomiska utvärderingar har även i viss utsträckning börjat användas av lokala HTA-organisationer i landstingen genom etablering av så kallade ”mini-HTA”. Sådana finns exempelvis i Västra Götalandsregionen, Landstinget i Östergötland, och i Örebro läns landsting. Även Stockholms läns landsting står i startgroparna för att starta en sådan verksamhet. HTA och i vissa fall ekonomiska utvärderingar används av ”mini-HTA” som grund för rekommendationer till verksamheten om vilka metoder som ska införas alternativt avvecklas och utgör ett stöd för beslut. Det är i huvudsak andra metoder än läkemedel som utvärderas. Lokala HTA-organisationer i landsting följer i vissa fall även upp att användningen av medicinska metoder följer nationella rekommendationer. HTA på landstingsnivå utvärderar i huvudsak de hälsorelaterade effekterna av en teknologi. Ibland utvärderas ekonomiska aspekter. Kostnadseffektivitet bedöms endast i vissa fall.

## Slutsatser

- Utvärdering av kostnadseffektivitet har blivit en allt mer central del av HTA och utgör ett viktigt underlag framförallt i samband med beslut om subvention av läkemedel och upprättande av kliniska riktlinjer.
- Det är viktigt att utveckla samarbeten mellan regionala, nationella och internationella HTA-organisationer i syfte att dela information och att undvika dubbelarbete vid utvärdering av hälso- och sjukvårdens metoder.
- En ekonomisk utvärdering bör utgå från ett samhällsperspektiv. Det betyder att samtliga kostnader för behandling och sjuklighet bör inkluderas oavsett vem de faller på (landsting, kommun, stat, patient, anhörig). Om inte samtliga kostnader inkluderas ökar risken för ineffektivitet i användningen av sjukvårdens resurser.
- Den ekonomiska utvärderingen kan kompletteras med en analys av vilka konsekvenser införandet av en metod har för olika budgetar. En sådan analys kan redovisas separat vid sidan av den ekonomiska utvärderingen.
- Information om kostnadseffektivitet ingår sällan i det beslutsunderlag som regionala HTA-organisationer i landstingen hittills tagit fram. Det är därför även betydelsefullt att regionala HTA-organisationer diskuterar i vilken utsträckning hälsoekonomiska utvärderingar ska ingå i det beslutsunderlag som ligger till grund för beslut om införande/avveckling av metoder i sjukvården.
- En ökad användning av ekonomiska utvärderingar som vägledning vid beslut om införande/avveckling av metoder i sjukvården innebär ökade förutsättningarna för en effektiv användning av sjukvårdens resurser.

## 1. Inledning

Det pågår en kontinuerlig utveckling och introduktion av nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården. I samband med beslut om introduktion och användning av nya och befintliga teknologier har Health Technology Assessment (HTA) alltmer börjat användas i syfte att systematiskt utvärdera konsekvenserna av metoder i sjukvården utifrån ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och samhällligt perspektiv. Syftet med att utvärdera sjukvårdens metoder med hjälp av HTA är att informera beslutsfattande om värdet av nya och befintliga medicinska teknologier. HTA började användas redan på 1970-talet i USA och har sedan dess fått en allt större betydelse och spridning. De flesta länder har idag etablerat nationella HTA institut och program för utvärdering av medicinska metoder (Velasco Garrido m.fl. 2008). Under de senaste åren har dessutom flera internationella initiativ tagits för att standardisera och stärka HTA som hälso- och sjukvårdspolitiskt instrument. Ett exempel på detta är bildandet av ett Europeiskt nätverk för HTA – the European network for HTA (EUnetHTA) – som etablerades 2006.

Introduktion av nya ofta dyrare metoder i sjukvården innebär en ökad press på sjukvårdens resurser och att kostnaderna ökar. Större krav har därför börjat ställas på att medicinska metoder inte enbart ska vara effektiva utan även kostnadseffektiva vilket betyder att mervärdet av en metod ska överstiga merkostnaderna. HTA har alltmer börjat användas i syfte att utvärdera om en metod är kostnadseffektiv eller inte. Detta innebär även att ekonomiska utvärderingar har kommit att spela en allt större roll i HTA. En ekonomisk utvärdering innebär att två eller fler behandlingsalternativ jämförs med avseende på kostnader och hälsoeffekter och utgör ett viktigt underlag i samband med beslut om effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser. Dessa har allt mer börjat användas i samband med upprättandet av kliniska riktlinjer och som stöd till beslut om vilka läkemedel som ska ingå i nationella förmånssystem (Sorenson m.fl. 2008). Sedan 2002 använder t.ex. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV, tidigare LFN) ekonomiska utvärderingar som underlag för beslut om subventionering av läkemedel. Även NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) som tar fram rekommendationer för användning av medicinsk teknologi i England och Wales - använder sedan 1999 ekonomiska utvärderingar som underlag för sina rekommendationer.

Sedan bildandet av SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) 1987, har HTA används på nationell nivå i Sverige. SBU gör en systematisk granskning av bästa tillgängliga vetenskapliga underlag i syfte att utvärdera tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården. I mitten av 2000-talet har enstaka landsting börjat intressera sig för systematiska utvärderingar av medicinska metoder. Sådana utvärderingar sker i lokala organisationer inom landstingen. Exempel på sådana initiativ kan hämtas från Landstinget i Östergötland, Västra Götalandsregionen och Örebro läns landsting. Även Stockholms läns landsting (SLL) står i startgroparna för att starta en sådan verksamhet i form av ett metodråd (se [www.vardsamordning.se](http://www.vardsamordning.se)). Metodrådet inom SLL har i uppdrag att stödja verksamheten i att göra vetenskapliga utvärderingar i samband med beslut om introduktion av nya metoder. I detta arbete ingår att bedöma metodernas effekt, säkerhet, kostnader och kostnadseffektivitet. Denna rapport är framtagen som stöd för detta arbete och har som övergripande syfte att belysa på vilket sätt HTA och ekonomisk utvärdering kan användas av regionala organisationer i landstingen som grund för en effektiv resursallokering. Rapporten beskriver framväxten av HTA och redogör för metoder och användningsområden för HTA och ekonomisk utvärdering. Rapporten vänder sig framförallt till de personer inom

landstingen som specifikt arbetar med utvärdering av sjukvårdens metoder men även till övriga som har ett allmänt intresse av att fördjupa sig lite mer i HTA och ekonomisk utvärdering.

Rapporten redovisar i kapitel 2 hur HTA har utvecklats till ett viktigt policyinstrument, samt syftet och metoder för HTA och ekonomisk utvärdering som har blivit en alltmer central del av HTA. Därefter i kapitel 3 sammanfattas vilka länder och organisationer som publicerat HTA-rapporter under perioden 1990-2006. I kapitel 4 beskriver rapporten hur HTA och ekonomiska utvärderingar används i Sverige både på nationell och regional nivå i olika landsting. Rapporten avslutas med en diskussion om principer för utvärdering samt behovet av ett samhällsperspektiv för den ekonomiska utvärderingen som grund för en effektiv användning av sjukvårdens resurser.



## 2. HTA och ekonomisk utvärdering

### Utveckling av HTA – en historisk tillbakablick

De första systematiska utvärderingarna av medicinsk teknologi genomfördes av Office of Technology Assessment (OTA) i USA i mitten på 1970-talet. OTA etablerades 1972 och hade som uppgift att ta fram information till den amerikanska kongressen om teknologier i och utanför sjukvården. I en rapport publicerad 1980 "The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology" analyserade OTA möjligheterna att använda kostnadseffekt analys som underlag till policybeslut inom sjukvården (OTA 1980). OTA ansåg att en analys av kostnader och effekter skulle kunna vara mycket värdefullt för beslutsfattare eftersom processen i sig innebär att beslutsproblemet måste struktureras och viktiga antaganden och förutsättningar för analysen måste anges och diskuteras. OTA menade dock att ekonomiska utvärderingar inte enbart skulle ligga till grund för beslut. Även etiska aspekter och rättviseaspekter är viktiga att beakta. Följande citat sammanfattar OTAs syn på vilken roll ekonomiska utvärderingar spelar "The analyses are critical,...(we) couldn't make the decisions without them, but the analyses do not make the decisions" (OTA 1980, s135). En ekonomisk utvärdering är betydelsefull men utgör endast en del i ett beslutsunderlag.

OTAs verksamhet innebar att HTA och ekonomisk utvärdering blev en viktig del i det underlag för beslut som fattades av den amerikanska kongressen. Med OTA som förebild följde även en etablering av HTA-organisationer i Europa, t.ex. i Danmark, Sverige, Storbritannien och i Holland. De första Europeiska HTA-organisationerna etablerades på regional nivå i Frankrike och Spanien på 1980-talet. Den första på nationell nivå grundades 1987 i Sverige (SBU). Under 1990-talet ökade de statliga anslagen för HTA vilket ledde till att flera HTA-organisationer bildades runt om i Europa och ett ökat internationellt samarbete växte fram (OTA 1995). Idag har de flesta länder utvecklat HTA-program (Velasco-Garrido and Busse 2005).

HTA är idag en aktivitet präglad av ett utvecklat internationellt samarbete. Det finns uppenbara fördelar med samarbete som att undvika dubbelarbete och att dela information mellan HTA-organisationer. Redan 1993 etablerades det internationella nätverket för HTA (INAHTA), vilket idag består av 46 organisationer i 26 länder (se INAHTAs egen hemsida <http://www.inahta.org/Members/>). INAHTAs mål är att effektivisera informationsutbytet och samarbetet mellan HTA-organisationer samt att minska risken för dubbelarbete. 2006 bildades ett Europeiskt nätverk för HTA (*European network for HTA (EUnetHTA)*). EUnetHTA samordnar HTA aktiviteter i 29 Europeiska länder med syfte att utvärdera medicinsk teknologi i Europa. Syftet med nätverket är att föra samman nationella HTA-organisationer, forskningscentra och hälsoministerier så att utbyte av information kan underlättas och fungera som stöd vid policybeslut i Europeiska länder (se EUnetHTAs egen hemsida <http://www.eunetha.net/Home/>).

## HTA – definition och syfte

HTA fungerar som beslutsstöd till sjukvården vad gäller frågor om införande alternativt avveckling av medicinska metoder (t.ex. läkemedel, diagnostiska och kirurgiska metoder). Följande citat från SBU:s hemsida ger en definition av vad HTA är ”...*en samlad analys av metodernas medicinska, ekonomiska, etiska och sociala effekter*”. INAHTA och EUnetHTA definierar HTA på liknande sätt. INAHTA definierar HTA som “the systematic evaluation of properties, effects, and/or impacts of health care technology”. EUnetHTA definierar HTA som “a multidisciplinary process that summarises information about the medical, social, economic and ethical issues related to the use of a health technology in a systematic, transparent, unbiased, robust manner”. HTA kan således definieras som en multidisciplinär aktivitet som systematiskt utvärderar konsekvenser av en medicinsk teknologi och som fungerar som ett stöd vid policybeslut. En HTA innebär framförallt att metoder i vården utvärderas ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och samhällligt perspektiv.

## Metod för HTA

Redan 1982 presenterade OTA i USA en rapport som beskrev en metodansats för HTA (OTA 1982). En utvärdering beskrevs utifrån fyra steg; identifiering (vilken teknologi), testning (utföra analys), syntetisering (samla in, tolka information samt rekommendationer) och spridning (förse beslutsfattare med information). Följande information bedömdes som relevant vid beslutsfattande: hälsoeffekter, ekonomiska konsekvenser (kostnadseffektivitet) och sociala konsekvenser. Utvärdering av hälso- respektive ekonomiska konsekvenserna lyftes fram som centralt i alla utvärderingar. Sedan 1990-talet har flera Europeiska projekt startats med syfte att etablera en metodstandard för HTA (Banta m.fl. 1997; Liberati m.fl. 1997; Banta & Oortwijn 2000; Busse m.fl. 2002). Liberti m.fl. (1997) samt Busse m.fl. (2002) definierade HTA som en multidisciplinär process som innehåller följande steg: definition av policy fråga (vad är det beslutsfattare vill veta), samla in bakgrundsinformation (om aktuell teknologi), formulering av frågeställningar (effekt, kostnadseffektivitet och andra aspekter), söka information för att kunna besvara frågeställningarna (samla in relevant information) samt formulera slutsatser och rekommendationer i slutliga rapporter. Nyligen presenterade även EUnetHTA en så kallad “core model” för HTA. Detta är ytterligare ett steg mot en ökad standardisering av HTA som underlag för policybeslut i Europa.

## Ekonomisk utvärdering av sjukvårdens metoder

Beslutsfattare både på nationell samt regional nivå har visat ett ökat intresse för att bedöma om sjukvårdens metoder är kostnadseffektiva. HTA handlar idag således inte enbart om att utvärdera om en teknologi är säker och fungerar utan även om att besvara frågan huruvida de ökade kostnaderna för en ny teknologi är rimliga ställt i relation till det värde som teknologin åstadkommer (Drummond m.fl. 2008). I en genomgång av vissa utvalda HTA-rapporter under perioden 1989-2002 framkom att ca 40% av rapporterna utvärderade metodernas kostnadseffektivitet medan ungefär hälften av rapporterna utvärderade kostnader (Draborg m.fl. 2005).

## Ekonomisk utvärdering – definition och syfte

Ekonomiska utvärderingar används i syfte att undersöka hur samhällets resurser bör användas för att uppnå en effektiv resursallokering. En effektiv användning av hälso- och

sjukvårdens resurser innebär att maximal hälsa produceras. En ekonomisk utvärdering innebär att två eller fler behandlingsalternativ jämförs med avseende på kostnader och hälsoeffekter. Den vanligaste typen av ekonomisk utvärdering av medicinska metoder är kostnadseffektanalysen. I en kostnadseffekt analys definieras hälsoeffekterna i fysiska enheter som t.ex. vunna levnadsår eller vunna kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs). En QALY beräknas genom att antalet vunna levnadsår multipliceras med en vikt mellan 0 (död) och 1 (full hälsa) som speglar den hälsorelaterade livskvaliteten under dessa levnadsår. En QALY motsvarar ett levnadsår fullt friskt. Detta utvärderingsmått rekommenderas av de flesta HTA-organisationer och myndigheter idag. När QALYs används som utfallsmått kallas den ekonomiska utvärderingen även för kostnadsnyttoanalys (Drummond m.fl. 2005).

Nya dyrare behandlingsmetoder som inte leder till några hälsoförbättringar är inte kostnadseffektiva. Däremot kan nya dyrare behandlingsmetoder som samtidigt leder till hälsovinster vara kostnadseffektiva om kostnadsökningen är rimlig ställt i relation till värdet av den hälsoförbättring som behandlingen skapar. Ju större nytta och värde en ny behandling åstadkommer i termer av hälsovinster desto mer får den kosta. I en situation med en ny bättre och samtidigt dyrare behandling beräknas en såkallad inkrementell kostnadseffekt kvot (den extra kostnaden divideras med hälsoförbättringen). Kvoten visar vad det på marginalen kostar att producera ytterligare en enhet hälsoeffekt. Om QALYs används som hälsoeffektmått visar den inkrementella kostnadseffektkvoten vad det kostar att producera ytterligare ett friskt levnadsår. För att avgöra om behandlingen är kostnadseffektiv eller inte (i en utvärdering där QALYs används som hälsoeffektmått) måste kostnaden per QALY jämföras med samhällets värdering av en QALY. Om värdet av en QALY är större än kostnaden är behandlingen kostnadseffektiv. En kostnadseffektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser innebär således inte enbart att billigare metoder bör användas utan även dyrare behandlingar under förutsättning att samhällets värdering av hälsovinsten överstiger de ökade kostnaderna.

### **Perspektiv för den ekonomiska utvärderingen**

I en ekonomisk utvärdering är det viktigt att ta hänsyn till samtliga hälso- och kostnadskonsekvenser utifrån ett samhällsperspektiv. Kostnader till följd av behandling och sjukdom som uppstår både inom (t.ex. kostnader för läkemedel, öppenvård och slutenvård) och utanför sjukvården (produktionsbortfall och anhörigkostnader) bör inkluderas. Alla relevanta kostnader för behandling och sjuklighet bör inkluderas oavsett vem de faller på (landsting, kommun, stat, patient, anhörig). Om inte samtliga kostnader inkluderas ökar risken för suboptimering vilket exempelvis kan betyda att metoder som ur samhällets synvinkel borde användas inte introduceras. En ekonomisk utvärdering bör således alltid utgå ifrån ett samhällsperspektiv (Johannesson m.fl. 2009). Detta utesluter inte att även konsekvenserna för olika budgetar kan analyseras. En sådan konsekvensanalys kan ses som ett komplement till den ekonomiska utvärderingen och kan redovisas separat som tillägg till den ekonomiska utvärderingen.

### **Ekonomiska utvärderingar och beslutsfattande**

I början av 1990-talet började ekonomiska utvärderingar i allt större utsträckning användas i samband med beslut om subventionering av läkemedel. Redan 1993 införde Australien som första land krav på att kostnadseffektivitet skulle beaktas i samband med beslut om subventionering av läkemedel. Samma krav infördes 1995 i Canada. Liknande krav infördes senare även i flera Europeiska länder i mitten och i slutet av 1990-talet (Hutton m.fl. 2006). Etablering av NICE i England och Wales 1999 innebar en ökad användning av ekonomisk utvärdering i samband med utvärdering av medicinska teknologier (läkemedel och andra

teknologier), vilket även innebar en starkare koppling mellan ekonomisk utvärdering och beslutsfattande. NICE fattar inte beslut om subvention men deras rekommendationer om vilka teknologier som bör användas i den offentligt finansierade sjukvården (NHS - National Health Service) i England och Wales påverkar resursanvändningen inom NHS.

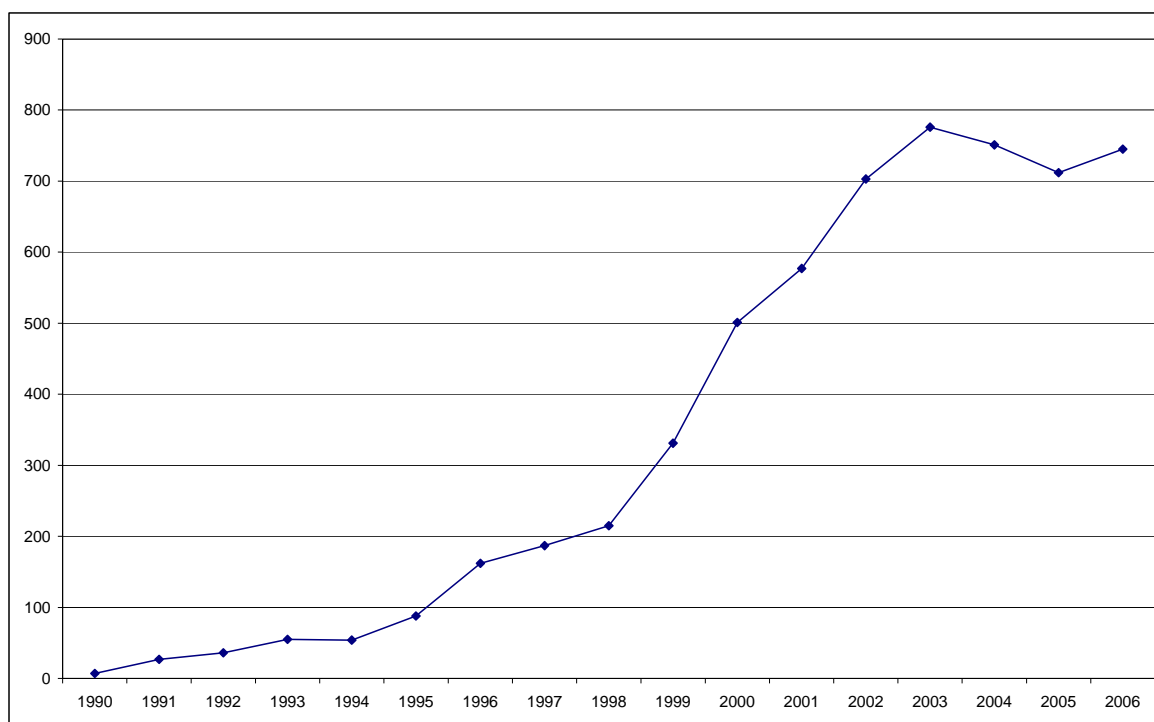
### **Riktlinjer för ekonomiska utvärderingar**

Riktlinjer för ekonomiska utvärderingar har tagits fram i många länder och har som syfte att standardisera och öka tillförlitligheten i utvärderingarna. Framförallt är det myndigheter som beslutar om subvention av läkemedel som har tagit fram sådana riktlinjer (se länk: <http://www.ispor.org/PEguidelines/index.asp>). TLV publicerade riktlinjer för ekonomiska utvärderingar 2003 medan NICE publicerade riktlinjer 2004. Riktlinjerna är relativt likartade. Det finns dock skillnader som exempelvis vilket perspektiv som den ekonomiska utvärderingen bör utgå från. De flesta riktlinjer utgår från ett hälso- och sjukvårdsperspektiv medan exempelvis TLV i Sverige rekommenderar ett samhällsperspektiv vilket innebär att även kostnader utanför sjukvården skall beaktas.

### 3. Vilka organisationer och länder publicerar HTA-rapporter?

Vilka länder och HTA-organisationer är det framförallt som är aktiva inom HTA och som producerar HTA-rapporter? För att få en uppfattning om detta genomfördes en sökning efter HTA-rapporter i en HTA-databas som finns tillgänglig på Internet (se länk: <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>). HTA-databasen skapades 1998 och produceras i samarbete mellan INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) och CRD (Centre for Reviews and Dissemination). Databasen innehåller HTA-rapporter publicerade av nationellt finansierade HTA-organisationer (se Bilaga 1). 22 olika länder och 63 olika organisationer publicerade totalt 5 932 rapporter under perioden 1990-2006. Det har skett en stadig ökning av antalet publicerade rapporter under hela perioden fram till år 2003 (se figur 1). Därefter har antalet rapporter minskat något. Dock har antalet rapporter per år alltid varit fler än 700.

Figur 1. Antal publicerade rapporter i HTA-databasen 1990-2006.



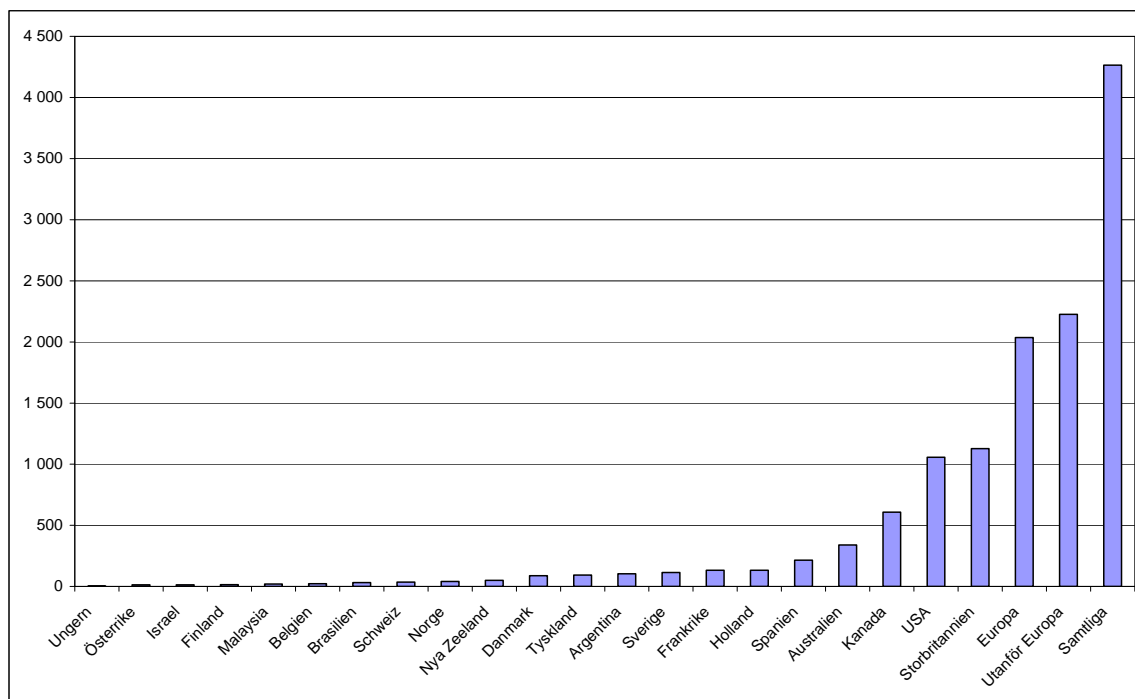
#### HTA-rapporter under perioden 2001-2006

##### Länder som publicerar HTA-rapporter

En majoritet av samtliga rapporter (72%) publicerades under perioden 2001-2006. I figur 2 redovisas antalet rapporter för olika länder i denna period. Storbritannien (26%), USA (25%), Kanada (14%), Australien (8%) och Spanien (5%) svarade för nästan 80% av dessa rapporter i denna period. Nästan hälften av samtliga rapporter publicerades av Europeiska HTA-organisationer. I Europa dominerade Storbritannien (55%) följt av Spanien (11%), Holland (7%), Frankrike (7%), och Sverige (6%). Noterbart är att de nordiska länderna (Danmark, Finland, Norge och Sverige) svarade för 6% av världens och 13% av Europas

samlade produktion. De nordiska länderna kommer på plats sex i världen och som nummer två i Europa.

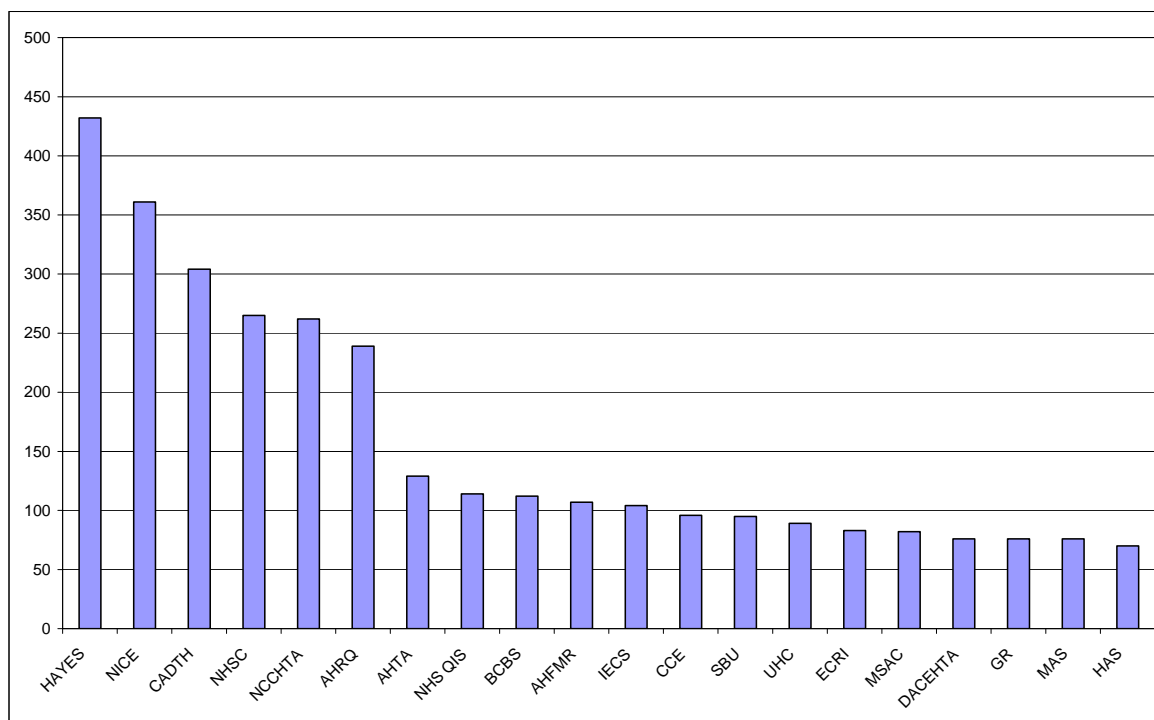
**Figur 2. Antal HTA-rapporter i olika länder under perioden 2001-2006.**



### HTA-organisationer som publicerar HTA-rapporter

I figur 3 presenteras antalet rapporter som olika HTA-organisationer publicerat under perioden 2001 – 2006 (endast de 20 organisationer som publicerat flest rapporter redovisas). 10 HTA-organisationer svarade för mer än hälften (55%) av samtliga rapporter i världen. HAYES (10%, USA) ligger i topp följt av NICE (8%, Storbritannien), CADTH (7%, Kanada), NCCHTA (6%, Storbritannien) and NHSC (6%, Storbritannien). De tio organisationerna i Europa som publicerat flest rapporter svarar för 71% av alla Europeiska rapporter. NICE (18%) är i topp följt av NHSC (12%), NCCHTA (13%), NHS QIS (6%), och SBU (5%). SBU i Sverige är den enda HTA-organisation utanför Storbritannien som ligger bland dessa fem mest produktiva organisationer.

**Figur 3. Antal rapporter producerade av de 20 HTA-organisationer som publicerade flest antal rapporter under perioden 2001 – 2006.**



## HTA-rapporter publicerade av TLV

Det är inte enbart HTA-organisationer som SBU (med syfte att utvärdera hälso- och sjukvårdens metoder) som publicerar HTA-rapporter. Även HTA-organisationer som har till uppgift att besluta om subvention av läkemedel publicerar ibland den typen av rapporter. TLV i Sverige är ett exempel på detta. En av uppgifterna för TLV är att gå igenom befintligt läkemedelssortiment och besluta om vilka läkemedel som ska få behålla subvention. Som underlag för sådana beslut går TLV igenom den vetenskapliga medicinska och hälsoekonomiska litteraturen. Varje sådan genomgång resulterar i en rapport. Totalt kommer TLV att gå igenom 49 sjukdomsgrupper. Både myndigheter och landsting får komma med synpunkter på rapporten innan den publiceras. Publicerade rapporter kan laddas ner från TLVs hemsida (<http://www.tlv.se/lakemedel/genomgang-av-lakemedel/avslutade-genomgangar/>). Sju rapporter har hittills publicerats (Migrän 2005; Magsyrarelaterade symtom 2006; Astma, KOL och hosta 2007; Högt blodtryck 2008; Depression 2008; Höga blodfetter 2009; Diabetes 2009). I genomgången av astma beslutade TLV att upphöra med subvention av några läkemedel som var dyrare än alternativa astmaläkemedel med likartad effekt. Enligt TLV leder dessa beslut till förväntade kostnadsbesparingar på 40 miljoner per år, vilket innebär att andra mer prioriterade behandlingar kan börja användas. Även genomgången av hypertoni-läkemedel resulterade i förväntade kostnadsbesparingar på ca 400 miljoner. Om dessa besparingar blir verklighet kan samma hälsolivå produceras till en minskad kostnad eller så kan frigjorda resurser spenderas på andra sjukdomar/behandlingar, vilket leder till att mer hälsa kan produceras för samma kostnad.

## 4. Utvärdering av hälso- och sjukvårdens metoder i Sverige

I Sverige används HTA på nationell nivå av SBU och TLV. I mitten av 2000-talet har även enstaka landsting börjat intressera sig för systematiska utvärderingar av medicinska metoder. Sådana utvärderingar sker i lokala organisationer inom landstingen. Exempel på sådana initiativ kan hämtas från Landstinget i Östergötland, Västra Götalandsregionen och Örebro läns landsting. Nedan beskrivs hur HTA har kommit att användas på nationell respektive regional nivå i Sverige. En utförlig historisk beskrivning av utvecklingen av HTA i Sverige finns presenterad i Jonsson (2009).

### Nationell nivå

#### Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

SBU har regeringens uppdrag att utvärdera olika metoder i vården ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv. Syftet är att ta fram ett vetenskapligt baserat beslutsunderlag till hälso- och sjukvårdens aktörer. SBU ska bland annat identifiera metoder som används men som inte gör nytta, eller som inte är kostnadseffektiva. En viktig del i SBU:s arbete består således i att bedöma metodernas effektivitet och bästa sättet att hushålla med vårdens resurser. SBU:s rapporter är framförallt baserade på systematiska litteraturgenomgångar med höga krav på vetenskaplig trovärdighet. Normalt tar det flera år innan en rapport är klar. SBU Alert är ett speciellt system för utvärdering av nya medicinska metoder i ett tidigt stadium av deras utveckling och spridning. Dessa mer kortfattade rapporter tar knappt ett år att färdigställa. SBU presenterar även kunskapssammanställningar från andra länder. Sedan 1987 har SBU producerat ca 200 rapporter.

#### Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

TLV har sedan 2002 haft i uppdrag att besluta om vilka läkemedel som ska subventioneras eller inte. Sedan 2008 ingår även tandvårdsbehandlingar i uppdraget. HTA och ekonomiska utvärderingar utgör ett viktigt beslutsunderlag för TLV. De beslut som TLV fattar baseras på tre kriterier: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen, samt kostnadseffektivitetsprincipen. Ett övergripande mål är att verka för en kostnadseffektiv användning av resurserna dvs. att få ut så mycket hälsa som möjligt för de skattepengar som går till läkemedel och tandvård. Besluten baseras framförallt på underlag och utvärderingar från de företag som ansöker om subvention. Därutöver kan även underlag från SBU och andra myndigheter och experter tas i beaktande. TLV fattar bland annat beslut om vilka läkemedel som ska ingå i förmånssystemet och därmed i högkostnadsskyddet för läkemedel. Om ett läkemedel subventioneras innebär det vanligtvis att subventionen omfattar läkemedlets alla användningsområden. Dock kan subventioneringsbeslut begränsas till en viss indikation (t.ex. är Xenical endast subventionerat för patienter med BMI som överstiger visst värde). Sedan 2003 utvärderar TLV även existerande läkemedel och beslutar om de skall omfattas av subvention. Genomgången av befintligt läkemedelssortiment sker i samverkan med andra organisationer som SBU, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och landsting.



## Regional nivå

Inom landstingen har HTA och ekonomiska utvärderingar alltmer börjat användas som underlag vid beslutsfattande. Sedan 1997 har (enligt lagen om läkemedelskommittéer) varje landsting infört minst en läkemedelskommitté som ska verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning. Ekonomiska utvärderingar används dock endast i begränsad utsträckning av kommittéer som vägledning för beslut om vilka läkemedel som ska rekommenderas i en så kallad baslista. Sedan 2004 har flera landsting dessutom etablerat regionala HTA-organisationer, så kallade ”mini HTA”. Dessa är en del av landstingens organisation och har som huvudsaklig uppgift att utvärdera nya och befintliga metoder i sjukvården och att följa upp att användningen av medicinska metoder sker i enlighet med nationella rekommendationer. Etablering av regionala HTA-organisationer har genomförts i västra Götalandsregionen samt i Örebro läns landsting. Landstinget i Östergötland startade 2004 ett metodråd för inventering av kunskapsläget kring metoder som är på väg att introduceras eller avvecklas. HTA och ekonomiska utvärderingar används i dessa fall som en del i ett beslutsunderlag som grund för rekommendationer om vilka metoder som ska införas alternativt avvecklas. Nedan ges en kortfattad beskrivning av dessa verksamheter.

### Landstinget i Östergötland

I Linköping finns det sedan 2004 ett metodråd som tar fram information om tillgänglig vetenskaplig evidens som vägledning för beslut om införande/avveckling av metoder i sjukvården (se länk: <http://www.lio.se/templates/PageWithColumn.aspx?id=50027>). En annan uppgift har varit att följa upp de rekommendationer som SBU kommit fram till i sina rapporter. Rådet består av personer som företräder olika kompetens (klinisk och hälsoekonomisk kompetens). Metodrådet bygger på ett utvecklat samarbete mellan landstinget och CMT (Centrum för Medicinsk Utvärdering) vid institutionen för medicin och hälsa, Linköpings Universitet. Granskning sker av nya metoder som förväntas få stor betydelse för hälso- och sjukvården (t.ex. metoder som kan vara bra men som är riskfyllda eller väldigt dyra). Införandet av vissa läkemedel (som t.ex. har betydande ekonomiska konsekvenser) omfattas även av metodrådets granskning (läkemedel utvärderas framförallt av läkemedelskommittéen). Förslag lämnas till metodrådet genom en skriftlig anmälan (från verksamhetsföreträdare/landstingsledning) som innehåller ett antal frågor om metodens effekt, nytta, risker och kostnadseffektivitet. Även metodrådet kan föreslå teknologier för utvärdering. Allmän screening för kroppspulsåderbräck är ett exempel på teknologi som har utvärderats.

Bedömning och råd ges utifrån det aktuella kunskapsläget. Metodrådet utnyttjar befintliga utvärderingar och litteraturöversikter. Metodrådet har endast en rådgivande funktion och fattar inga beslut om införande/avveckling av metoder. Rådets rekommendation går vidare till verksamheten som med detta som ett beslutsunderlag prioriterar metoden i förhållande till andra insatser för patientgruppen (prioriteringar mellan sjukdomsgrupper är hälso- och sjukvårdsnämndens uppgift). Metodrådet kan ses som ett komplement till SBU Alert.

I de ca 20 bedömningar av olika teknologier som hittills publicerats beaktas både hälsoeffekter men även hälsoekonomiska aspekter. Rapporterna innehåller ofta följande information: sammanfattande bedömning, beskrivning av metoden samt den förväntade målgruppens storlek, komplikationer och biverkningar, kostnad och kostnadseffektivitet, och en konsekvensanalys (t.ex. analys av ekonomiska konsekvenser för hälso- och sjukvården av att införa metoden). Bedömningar baseras på det vetenskapliga underlaget rörande klinisk

effekt, patientnytta och kostnadseffektivitet. I vissa fall genomförs även en egen hälsoekonomisk analys som underlag för den sammanfattande bedömningen om användandet av en viss teknologi (i samarbete med CMT). Metodrådets bedömning grundar sig ibland på rapporter från SBU eller rapporter från andra landsting. Även nationella riktlinjer från Socialstyrelsen kan ligga till grund för bedömningarna.

### **Västra Götalandsregionen**

HTA-centrum är en regional enhet placerad vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Enheten är en stödorganisation för arbete med HTA i Västra Götalandsregionen. Avsikten med ett HTA-projekt är att värdera metoder med avseende på patientnytta, risker, etiska aspekter, organisatoriska aspekter och kostnader. Fokus ligger på att utifrån en genomgång av litteraturen beskriva metodens evidens (utifrån SBU:s mall för gradering av evidensstyrka). En HTA-rapport följer en viss struktur som innehåller ett antal frågor som ska besvaras (se länk: <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Forskning/HTA-centrum/>).

I ett HTA-protokoll beskrivs olika aspekter på användning av utvärderad teknologi. Arbetet kan beskrivas som ett SBU-projekt i miniatyr. Den ekonomiska analysen innebär exempelvis att kostnader för ny apparatur och relaterade undersökningar beräknas för regionen. De första rapporterna publicerades 2006 och från och med 2008 utvärderas alla nya teknologier som kostar mer än 1 miljon kronor.

Ca 20 rapporter har publicerats sedan 2006. Rapporterna innehåller en systematisk granskning av den vetenskapliga dokumentationen för en metod eller teknologi. De flesta rapporterna fokuserar på de kliniska effekterna men innehåller även vissa ekonomiska aspekter. Vanligtvis jämförs kostnaderna för den nya teknologin med befintlig teknologi ur ett klinik-/sjukhusperspektiv. Rapporten sammanfattar även om det finns hälsoekonomiska analyser relevanta för Sverige. Egna ekonomiska utvärderingar genomförs inte.

### **Örebro läns landsting**

Centrum för evidensbaserad medicin och utvärdering av medicinsk metodik i Örebro läns landsting (CAMTÖ; Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro) är en landstingövergripande enhet inom Örebro läns landsting med uppdrag att främja utvecklingen av evidensbaserad medicin och att vara rådgivande organ i frågor rörande utvärdering av medicinsk metodik inom landstinget. Verksamheten bedrivs inom följande huvudområden (se länk: [http://www.orebroll.se/uso/page\\_12448.aspx](http://www.orebroll.se/uso/page_12448.aspx)):

1. Utbildningsaktiviteter inom evidensbaserad medicin.
2. Framtagande av systematiska kunskapsunderlag inför ställningstagande till införande av ny metodik eller i övrigt vid behov inom Örebro läns landsting.
3. Implementering av nationella kunskapsunderlag, framför allt SBU:s rapporter, men även i förekommande fall Socialstyrelsens nationella riktlinjer och andra kunskapsunderlag.
4. Utveckling av medicinsk resultatuppföljning, samt utveckling av ett kompetens- och resurstöd för kvalitetsregister inom landstinget.
5. Utveckling av forskarämnet evidensbaserad medicin, i samverkan med Hälsoakademin vid Örebro Universitet.

Enheten är multidisciplinär och tvärprofessionell och består av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeut samt administrativ personal som alla tjänstgör en del av sin tid inom CAMTÖ. De ca 10 rapporter som hittills har publicerats (sedan 2006) utvärderar i huvudsak de hälsorelaterade effekterna av behandling. En rapport studerar även på vilket sätt behandling av astma/KOL motsvarar de nationella riktlinjerna utfärdade av Socialstyrelsen. Hälsøkonomiska aspekter ingår sällan eller aldrig i dessa rapporter.

## 5. Diskussion

HTA och ekonomiska utvärderingar är idag ett viktigt policyinstrument som används i samband med beslut om subventionering och användning av medicinska metoder. Det finns idag en tydlig koppling mellan HTA/ekonomiska utvärderingar och beslut som påverkar resursallokering. Beslut om subvention av läkemedel som fattas av TLV är ett exempel på en sådan koppling. Beslut om rekommendationer för användning av medicinsk teknologi i England och Wales av NICE är ett annat exempel. I Sverige har HTA/ekonomisk utvärdering även i viss utsträckning börjat användas av vissa landsting som grund för rekommendationer om introduktion/avveckling av medicinska metoder.

I syfte att öka förståelsen och acceptansen för HTA och ekonomiska utvärderingar är det viktigt att komma överens om gemensamma principer för dessa. Detta innebär att utvärderingarna blir mer jämförbara mellan sjukdomar, teknologier, länder och organisationer. Det är viktigt att eventuella skillnader mellan utvärderingar inte ska förklaras av skillnader i de bakomliggande principerna för utvärderingen utan istället spegla faktiska skillnader i exempelvis kostnadseffektivitet. Exempelvis utgår de flesta myndigheter och organisationer från ett så kallat hälso- och sjukvårdsperspektiv för den ekonomiska utvärderingen. Endast i undantagsfall används ett samhällsperspektiv. Om HTA och ekonomiska utvärderingar ska fungera som beslutsunderlag till stöd för en effektiv användning av samhällets resurser bör utgångspunkten vara ett samhällsperspektiv. Om inte samtliga kostnader inkluderas ökar risken för suboptimering vilket kan innebära att metoder som ur samhällets synvinkel borde användas inte introduceras. Effekterna av en metod på olika budgetar kan analyseras i en konsekvensanalys. En sådan analys kan ses som ett komplement till den ekonomiska utvärderingen och kan redovisas separat vid sidan av den ekonomiska utvärderingen. Även behovsprincipen kan beaktas i en kostnadseffektanalys. Enligt en definition av behovsprincipen ska patientgrupper med sämre förväntad hälsa prioriteras framför grupper med bättre förväntad hälsa. I en kostnadseffektanalys skulle behov kunna inkluderas genom att samhället accepterar en högre kostnad per QALY för individer med stort behov.

Skillnader i definition och tillämpning av principerna bakom HTA och ekonomiska utvärderingar har resulterat i olika förslag på några gemensamma huvudprinciper som grund för HTA och ekonomisk utvärdering. Både läkemedelsindustrin (EFPIA 2005; se *The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations* hemsida: <http://www.efpia.org/content/default.asp?PageID=559&DocID=1350>) och forskarsamfundet har presenterat förslag på sådana principer i syfte att förbättra genomförandet av HTA i samband med resursallokeringsbeslut (Drummond m.fl. 2008). Vilka huvudprinciper ska HTA och ekonomiska utvärderingar utgå ifrån som vägledning vid beslut om effektiv allokering av samhällets resurser inom sjukvården? Följande två principer kan lyftas fram som särskilt betydelsefulla:

1. HTA och ekonomisk utvärdering bör baseras på ett samhällsperspektiv. Detta följer av syftet med HTA att fungera som vägledning i samband med beslut om en samhällseffektiv allokering av hälso- och sjukvårdens resurser. Alla kostnader oavsett vem som betalar och var i samhället de uppstår ska ingå. Inte bara kostnader i sjukvården utan även kostnader utanför sjukvården bör ingå. Exempelvis ska kostnader för anhöriginsatser och produktionsbortfall i samband med sjukskrivning

beaktas. I annat fall ökar risken för samhällsekonomisk ineffektivitet. Analysen kan även kompletteras med en konsekvensanalys som visar hur olika budgetar påverkas.

2. HTA och ekonomiska utvärderingar ska baseras på tydliga beslutskriterier. Detta är viktigt för att undvika godtycklighet och osäkerhet i utvärderingen och för att besluten ska vara konsekventa över tiden och mellan patientgrupper och teknologier. T.ex. bör kostnadseffektivitet definieras, vilket innebär att värdet per vunnen QALY bör anges.

Det är även viktigt att utvärderingen genomförs med minimal tidsåtgång och att den inte i onödan försenar besluten om introduktion/avveckling av medicinska metoder. Kostnadseffektiva metoder bör introduceras så snart som möjligt. Även avveckling av metoder som inte är kostnadseffektiva bör påskyndas.

Det finns en trend mot att standardisera HTA och för ett ökat samarbete mellan myndigheter och länder. En uppenbar vinst är att risken för dubbelarbete minskar. I Sverige finns samtidigt en trend mot att HTA alltmer blir en lokal företeelse. Detta ökar risken för dubbelarbete och för en ineffektiv användning av sjukvårdens resurser eftersom nationella myndigheter redan finns som utför dessa uppgifter. För att motverka detta är det viktigt att utveckla nätverk mellan regionala, nationella och internationella HTA-organisationer i syfte att dela information och etablera samarbeten kring gemensamma frågeställningar.

En uppgift för ”MiniHTA” i svenska landsting har varit att ta fram information om tillgänglig vetenskaplig evidens som vägledning till beslut om införande/avveckling av metoder i sjukvården. En annan uppgift har varit att följa upp nationella rekommendationer. Det bör vidare diskuteras vilken roll och uppgift som regionala HTA-organisationer bör ha. Är det att utvärdera metoder inom sjukvården som SBU och andra HTA-organisationer inte redan har utvärderat, eller är det att följa upp användningen av metoder i sjukvården och se till att denna sker i enlighet med nationella beslut och rekommendationer? Information om kostnadseffektivitet ingår sällan i det beslutsunderlag som regionala HTA-organisationer i landstingen hittills har tagit fram. Detta är ett viktigt beslutsunderlag som stöd för en samhällsekonomiskt effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser. Det är därför även betydelsefullt att regionala HTA-organisationer diskuterar i vilken utsträckning hälsoekonomiska utvärderingar ska ingå i det beslutsunderlag som ligger till grund för beslut om införande/avveckling av metoder i sjukvården. En ökad användning av hälsoekonomiska utvärderingar som vägledning vid sådana beslut innebär ökade förutsättningarna för en effektiv användning av sjukvårdens resurser.

## 6. Referenser

- Banta HD et al. Report from the EUR-ASSESS Project. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1997;13:133-340.
- Banta HD, Oortwijn W. Health Technology Assessment in the European Union. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2000;16:299-635.
- Busse R et al. Best practice in undertaking and reporting health technology assessments. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2002;18:361-422.
- Draborg E, Gyrd-Hansen D, Poulsen PB, Horder M. International comparison of the definition and the practical application of health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2005;21:89-95.
- Drummond MF, Schwartz JS, Jönsson B, Luce BR, Neumann PJ, Siebert U, Sullivan SD. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2008;24:244-258.
- Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. New York: Oxford Medical Publications, 2005.
- EFPIA (The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations). The use of health technology assessments (HTA) to evaluate medicines. Key principles. Position Paper, 2005 (Available at <http://www.efpia.org/content/default.asp?PageID=559&DocID=1350>)
- Hutton J, McGrath C, Frybourg JM, Tremblay M, Bramley-Harker E, Henshall C. Framework for describing and classifying decision-making systems using technology assessment to determine the reimbursement of health technologies (forth hurdle systems). *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2006;22:10-18.
- ISPOR. Country-specific pharmacoeconomic guidelines. ISPOR 2009. Available at: <http://www.ispor.org/PEguidelines/index.asp>
- Johannesson M, Jönsson B, Jönsson L, Kobelt G, Zethraeus N. Why should economic evaluations of medical technologies have a societal perspective? OHE Briefing Paper, London, 2009.
- Jonsson E. History of health technology assessment in Sweden. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2009;25:42-52.
- Liberati A, Sheldon TA, Banta HD. EUR-ASSESS Project Subgroup report on Methodology. Methodological guidance for the conduct of health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1997;13:186-219.
- OTA (Office of Technology Assessment). *The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology*. Washington DC: US Governmental Printing Office, 1980.
- OTA (Office of Technology Assessment). *Strategies for medical technology assessment*. Washington DC: US Governmental Printing Office, 1982.
- OTA (Office of Technology Assessment). *Health care technology and its assessment in eight countries*. Washington DC: US Government Printing Office, 1995.

Sorenson C, Drummond M, and Kanavos P. Ensuring value for money in health care: The role of health technology assessment in the European Union. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

Velasco Garrido M, Busse R. Health technology assessment. An introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, No 8 2005.

Velasco Garrido M, Børlum Kristensen F, Palmhøj Nielsen C, Busse R. Health technology assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential. European Observatory on Health Systems and Policies, No 14 2008.

## **Bilaga 1. HTA-organisationer representerade i HTA-databasen**

### **INAHTA medlemmar:**

1. AETMIS (tidigare CETS) - Agence d'Evaluation des Technologies, Kanada
2. AETS - Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Spanien
3. AETSA - Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Spanien
4. AHFMR - Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Kanada
5. AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality, USA
6. AHTA – Adelaide Health Technology Assessment, Australien
7. AHTAPol - Agency for Health Technology Assessment in Poland, Polen
8. ASERNIP-S - Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures - Surgical, Australien
9. AVALIA-T - Galician Agency for Health Technology Assessment, Spanien
10. CADTH (tidigare CCOHTA) – Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Kanada
11. CAHTA - Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, Spanien
12. CEDIT - Comité d' Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Frankrike
13. CMT - Centre for Medical Technology Assessment, Sverige
14. CRD - Centre for Reviews and Dissemination, Storbritannien
15. CVZ - College voor Zorgverzekeringen, Holland
16. DACEHTA (tidigare DIHTA) - Danish Centre for Evaluation and HTA, Danmark
17. DAHTA @ DIMDI - German Agency for Health Technology Assessment at the German Institute for Medical Documentation and Information, Tyskland
18. DECIT-CGATS - Department of Science and Technology, Brazilian Health Technology Assessment General Coordination, Brasilien
19. DSI - Danish Institute for Health Services Research and Development, Danmark
20. FinOHTA - Finnish Office for Health Care Technology Assessment, Finland
21. GR - Health Council of the Netherlands, Holland
22. HAS (ANAES) - French National Authority for Health, Frankrike
23. HunHTA - Unit of Health Economics and Health Technology Assessment, Ungern
24. IAHS – Institute of Applied Health Sciences, Storbritannien
25. ICTAHC - Israel Centre for Technology Assessment in Health Care, Israel
26. IECS - Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, Argentina
27. IHE – Institute of Health Economics, Kanada
28. IQWiG - Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Tyskland
29. KCE - Belgian Health Care Knowledge Centre, Belgien
30. LBIHTA (tidigare ITA) - Ludwig Boltzmann Institute of Health Technology Assessment, Österrike
31. MAS - Medical Advisory Secretariat, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Kanada
32. MSAC (tidigare AHTAC) - Medical Services Advisory Committee, Australien
33. MTU-SFOPH - Medical Technology Unit, Swiss Federal Office of Public Health, Schweiz
34. NCCHTA - National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, Storbritannien
35. NHSC - National Horizon Scanning Centre, Storbritannien
36. NHS QIS - NHS Quality Improvement Scotland, Storbritannien



37. NOKC (tidigare SMM)- The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Norge
38. NZHTA - New Zealand Health Technology Assessment, Nya Zeland
39. OSTEBAs - Basque Office for Health Technology Assessment, Spanien
40. SBU - Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, Sverige
41. UETS - Unidad de Evaluacion de Tecnologias Sanitarias, Spanien
42. VATAP - Veterans Affairs Technology Assessment Program, Office of Patient Care Services, US Department of Veterans Affairs, USA
43. ZonMW - The Netherlands Organisation for Health Research and Development, Holland

**Övriga internationella HTA-organisationer:**

44. BCBS - BlueCross BlueShield Technology Evaluation Centre, USA
45. BCOHTA - British Columbia Office of Health Technology Assessment, Kanada (upphört)
46. CCE - The Centre for Clinical Effectiveness, Australien
47. CTFPHC - Canadian Task Force on Preventive Health Care, Kanada
48. ECRI - Emergency Care Research Institute, USA
49. ETESA - Unidad De Tecnologias De Salud, Chile
50. HAYES Inc., USA
51. HSURC - Health Services Utilization and Research Committee, Kanada (upphört)
52. HTAC - Health Technology Advisory Committee, USA (upphört)
53. ICES - Institute for Clinical Evaluative Sciences, Kanada
54. ICSI - The Institute for Clinical Systems Improvement, USA
55. MHH - Hannover Medical School, Medizinische Hochschule Hannover, Tyskland
56. MHTAU - Malaysian Health Technology Assessment Unit, Malaysia
57. MUHC - Technology Assessment Unit of the McGill University Health Centre, Kanada
58. NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence, Storbritannien
59. OTA - Office of Technology Assessment, USA (upphört)
60. SHPIC - Scottish Health Purchasing Information Centre, Storbritannien (upphört)
61. TA-SWISS - Swiss Science and Technology Council/Technology Assessment, Schweiz
62. TNO - TNO Prevention and Health, Holland
63. UHC - University HealthSystem Consortium, USA
64. WIHRD - Wessex Institute for Health Research and Development, Storbritannien
65. WMHTAC - West Midlands Health Technology Assessment Collaboration, Storbritannien
66. Worksafe BC - Workers' Compensation Board of BC, Kanada
67. WSDLI - Washington State Department of Labor and Industries, USA



ISBN 978-91-86313-19-7

På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



**Karolinska  
Institutet**