

# REGERINGSRÄTTENS DOM

Mål nr  
2713-05

meddelad i Stockholm den 14 mars 2008

## KLAGANDE OCH MOTPART

Läkemedelsförmånsnämnden  
Box 55  
171 11 Solna

## MOTPART OCH KLAGANDE

Pfizer AB, 556059-6255

Ombud: Advokaterna Ulf Gärde och Ulf Forsgren  
Gärde Wesslau Advokatbyrå  
Box 5208  
102 45 Stockholm

## ÖVERKLAGAT AVGÖRANDE

Kammarrättens i Stockholm dom den 15 april 2005 i mål nr 5014-04  
(bilaga)

## SAKEN

Läkemedelsförmåner

---

## YRKANDEN M.M.

Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) yrkar att Regeringsrätten upphäver kammarrättens och länsrättens domar och fastställer nämndens beslut att läkemedlet Viagra inte ska ingå i läkemedelsförmåner. LFN anför bl.a. följande. En allmän utgångspunkt i lagstiftningen är att nämndens beslut ska avse användningen av ett visst läkemedel. Möjlighet finns att

Dok.Id 50305

---

Postadress  
Box 2293  
103 17 Stockholm

Besöksadress  
Birger Jarls torg 5

Expeditionstid  
09:00-12:00  
13:00-15:00

Telefon  
08-561 676 00  
Telefax  
08-561 678 20

undantagsvis kunna besluta att ett läkemedel ska ingå i förmånerna endast för ett visst användningsområde. LFN kan också förena sina beslut med andra särskilda villkor. När det gäller sådana villkor anges inte uttryckligen att det krävs särskilda skäl för att använda dessa. Som ett exempel nämns i förarbetena att det kan finnas vägande skäl för att koppla subventionen till en viss avgränsad patientgrupp. Även en sådan avgränsning måste emellertid betraktas som ett avsteg från ett produktbaserat system och starka skäl talar därför för att restriktivitet gäller också här. Skillnaden mellan avgränsningar och villkor i 11 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. framstår i viss mån som oklar. Det förefaller inkonsekvent att göra skillnad mellan användningsområde och patientgrupper. Det framstår också som inkonsekvent att det skulle krävas särskilda skäl för en begränsning till ett visst användningsområde på den grunden att detta utgör ett avsteg från ett produktbaserat system medan avgränsning till en patientgrupp inte skulle betraktas som ett sådant avsteg. LFN har därför i sin tillämpning valt att göra en uppdelning i *begränsningar* av subvention och *andra villkor*. Att begränsa en subvention innebär ett avsteg från det produktbaserade system som lagstiftningen utgår från och ska iakttas av förskrivaren. Andra villkor som kan förenas med beslutet utgörs av t.ex. krav på uppföljande studier, marknadsföringsvillkor eller andra liknande villkor och riktar sig till företagen. Sådana villkor som hänger samman med behovet av ytterligare kunskap torde kunna falla under de villkor som avses i 11 § andra stycket. En begränsning av subventionerad användning faller emellertid snarast under 11 § första stycket. Syftet med restriktiviteten där är att motverka risken för indikationsglidningar. En begränsning till enbart en grupp av patienter med tillstånd av viss svårighetsgrad skapar enligt LFN:s uppfattning stor risk för indikationsglidning och bör därför användas med stor försiktighet för att inte urholka det produktbaserade system som lagstiftaren avsett. – Viagra är förmodligen kostnadseffektivt för personer med svår erektil dysfunktion (ED) men inte för personer med lätt ED. LFN anser också att personer med svår ED har större behov av behandling för sitt tillstånd än personer med lätt ED. Så gott som alla läkemedel är kostnadseffektiva för någon användare samtidigt som inte något läkemedel är kostnadseffektivt för alla som kan behandlas med det. Lagstiftaren har trots detta valt ett i huvudsak produktinriktat förmånssystem, eftersom erfarenheterna visat att ett indikationsstyrt system medför praktiska tillämpningsproblem och inbjuder till indikationsglidningar. – För Bondil och Caverject beviljades subventionen för resp. produkt som sådan, vilket är i linje med lagstiftningens huvudprincip. Dessa preparat är inte likvärdiga med Viagra med avseende på

verkningsmekanism och användning. Den i beslutet rörande Viagra diskuterade frågan om det är möjligt att genom ett särskilt villkor begränsa subventioneringen av medlet till de svåra fallen av ED uppkom inte, eftersom LFN bedömde att det var realistiskt att räkna med någon utbredd användning av de nämnda medlen för andra än de patienter som hade de svåraste formerna av ED. LFN saknade därför anledning att gå in på frågan om definitionen av diagnosen svår ED. Inte ens de experter som Pfizer AB åberopat i länsrätten är helt klara på den punkten. Diagnosen bygger till stor del på vad patienten berättar. Det blir därmed upplagt för en diagnosglidning. I länsrätten har det framkommit att frågeformuläret IIEF, som utvecklats för forskningsändamål, närmast används som ett stöd vid patientsamtalet. Någon garanti för att uppgifter som lämnas i frågeformuläret avspeglar verkligheten lämnar inte formuläret. Användningen av frågeformuläret krävs inte heller för att kunna ställa diagnos eller att bestämma sig för en behandling. Läkaren kommer att få förlita sig på patientens uppgifter och uppfattning, vilket i praktiken innebär att det är omöjligt för den enskilde läkaren att förvägra patienten subventionerad förskrivning om patienten kräver det. Patienten kan också så gott som alltid förväntas vilja ha läkemedlet subventionerat. Det är viktigt att genom objektiva och verifierbara kriterier för subvention underlätta läkarens arbete. Kammarrättens dom saknar den nödvändiga definitionen av vad som avses med svår ED. Mot den bakgrunden saknas det också möjligheter att på ett objektivt sätt avgränsa den avsedda patientgruppen. – Även om LFN har bedömt att läkemedelsbehandling av svår ED i och för sig har tillräckligt hög angelägenhetsgrad för att kunna bli föremål för subvention kan det finnas skäl att avstå från subvention om det finns risk för att läkemedlet inte uteslutande kommer att användas vid behandling av svår ED. Angelägenhetsgraden är enligt LFN:s uppfattning inte tillräckligt hög för att acceptera en sådan risk. LFN har bedömt att gruppen patienter med svår ED inte går att säkert identifiera och att en sådan begränsning knappast heller skulle kunna följas upp. Därmed skulle den inte vara ett verksamt instrument för begränsning i detta fall. – Att begränsa förskrivningen till specialistläkare skulle i detta fall enbart vara motiverat av kontrollskäl och inte av medicinska skäl. Det skulle inte utgöra en optimal användning av begränsade resurser inom vården. Någon laglig möjlighet att kontrollera att initial förskrivning skett av urolog finns inte. Därtill kommer att tillgången på specialister är ojämnt fördelad över landet och detta skulle lämna vissa patienter utan tillgång till den vårdnivå som utgör en förutsättning för rätt till läkemedelsförmån. Detta strider i sin tur mot principen om sjukvård på lika villkor som förutsätts i hälso- och

sjukvårdslagens (1982:763) portalparagraf. Det kan också ifrågasättas om en initial förskrivning av urolog verkligen säkerställer att enbart de mest behövande får den vård de ska ha. Svårigheten i tillståndet kan självfallet variera liksom upplevelsen av detta. Initial förskrivning av urolog utgör ingen faktisk garanti för att läkemedlet kommer enbart de svåraste fallen till del. Den aktuella begränsningen framstår som helt verkningslös, detta så mycket mera som kammarrätten inte ens ansett det motiverat att förelägga företagen att föra ut budskapet om begränsningen och specialistförskrivningen i marknadsföringen. – Lagar och andra författningar bestämmer hur olika intressen ska skyddas eller tillgodoses. Förvaltningsmyndighetens roll är att – med den kompetens den besitter – förverkliga de intressen som lagstiftningen avser att tillgodose. Den ändamålsenliga ordningen blir då att domstolens uppgift närmast blir en efterkontroll av att myndigheten inte överträtt sina befogenheter och inte tolkat eller tillämpat lagen fel, snarare än en prövning på nytt i materiell mening. Mot bakgrund av det systembyggande som ligger till grund för nämndens verksamhet ter det sig därför naturligt att domstolarna mera sällan ändrar skönsmässiga bedömningar av nämnden som ligger inom ramen för lagens lydelse och syfte. LFN ifrågasätter inte förvaltningsdomstolarnas rätt att överpröva förvaltningsmyndighets beslut. LFN anser emellertid att reservanten i länsrätten gett uttryck för den avvägning som bör göras vid prövning av beslut som fattas med stöd av en lagstiftning som lämnar ett stort utrymme för den tillämpande myndigheten. LFN har fått riksdagens uppdrag att verka för en rationell och ändamålsenlig läkemedelsanvändning och de beslut som fattas ingår som ett led i utvecklingen av ett nationellt förmånssystem. Det bör leda till slutsatsen att utrymmet för att domstolen ska kunna komma fram till att ett beslut är felaktigt är i motsvarande mån mindre.

Pfizer AB (bolaget) fullföljer sin i länsrätten och kammarrätten förda talan och anför bl.a. följande. Det är fel att tillämpa bestämmelserna i 11 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. med någon särskild form av restriktivitet som går utöver vad som följer av lagtext och förarbeten. 11 § andra stycket innehåller inga restriktiva moment och en restriktiv tillämpning av denna bestämmelse skulle stå i direkt strid med paragrafens formulering. Något stöd för en sådan uppfattning står inte heller att finna i förarbetena till lagstiftningen. Det är fullt klart att lagen lämnar utrymme för LFN att begränsa en subvention till vissa patientgrupper och att förena ett sådant beslut med villkor om t.ex. uppföljningsstudier. Det är snarare en förutsättning för att ett primärt produktinriktat subventionssystem ska kunna fungera att utrymme

lämnas att begränsa en subvention till vissa patientgrupper och att förena sådana beslut med villkor. LFN har också vid ett flertal tidigare tillfällen fattat just sådana begränsade och villkorade beslut. Som exempel kan nämnas Xenical, Ezetrol, Crestor och Reductil. De skäl som LFN anfört som grund för sin syn på villkorade beslut i dessa fall är minst lika applicerbara på Viagra. – Det framgår med all tydlighet i målet – inte minst genom förhören med Jan-Erik Damber, Stefan Arver och Bengt Silfverhielm i länsrätten – att det visst är möjligt och inte särskilt komplicerat att diagnostisera ED och dess olika svårighetsgrader i den kliniska vardagen. LFN:s inställning att behandling av ED måste anses som en mindre angelägen fråga och att toleransgraden för indikationsglidningar när det gäller Viagra därför ska sättas lägre än vad som gäller för andra subventionerade läkemedel är cynisk och strider mot de medicinska och humanitära aspekter som ska ligga till grund för beslut i subventionsfrågor. Påståendet är dessutom felaktigt då det framgår av utredningen att sjukdomen ED inte alls har en låg angelägenhetsgrad och att risken för indikationsglidning inte är större beträffande ED än för många andra sjukdomar. – LFN gör gällande att Caverject och Bondil väsentligen har en annan målgrupp än Viagra och att det förhållandet att dessa produkter generellt har subventionerats av nämnden inte ska inverka på frågan om subvention av Viagra. När det gäller frågan om en generell subvention för behandling av ED är Viagra överlägset Caverject och Bondil i fråga om såväl kostnadseffektivitet, marginalnytta som ändamålsenlighet. Detta är förmodligen ostridigt i målet. Konsekvensen av LFN:s inställning blir att flertalet av patienterna med ED där Viagra hade haft effekt i stället är hänvisade till behandling med de dyrare och mer besvärliga Caverject och Bondil. I sammanhanget kan hänvisas till den reservation som docenten Magnus Johannesson gjorde mot besluten om subvention av Caverject och Bondil, givet att Viagra och Cialis inte beviljades subventionering, nämligen att dessa beslut strider mot alla rimliga principer för subventionering och prioritering. Magnus Johannesson konstaterade vidare att Caverject och Bondil kostar mer och har sämre hälsoeffekt än Viagra och Cialis. Att då för samma patientgrupp subventionera Caverject och Bondil, men inte Viagra och Cialis, är inkonsekvent och strider inte bara mot principen om kostnadseffektivitet utan också mot grundläggande rättvis principer. Magnus Johannesson framhöll slutligen att besluten innebär att staten aktivt uppmuntrar patienter att byta behandling till en sämre och dyrare behandling genom att ge starka ekonomiska incitament för ett sådant byte. Bolaget har tidigare tydligt redovisat att LFN tillämpar andra krav på bevisning när det gäller t.ex. kostnadseffektivitet beträffande Viagra än vad nämnden

har gjort beträffande Caverject och Bondil. Det strider mot alla grundläggande förvaltningsprinciper att uppställa olika beviskrav i samma typ av ärenden. – I motsats till LFN anser bolaget att en begränsning av förskrivningen till specialistläkare, på sätt kammarrätten har gjort, måste anses ha åsyftat att ge den angivna patientgruppen en möjlighet till en adekvat behandling för sin sjukdom.

## SKÄLEN FÖR REGERINGSRÄTTENS AVGÖRANDE

### *Domstolarnas prövningsram*

Lagen om läkemedelsförmåner m.m. trädde ikraft den 1 oktober 2002, då lagen (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. upphörde att gälla. En ny myndighet – LFN – inrättades med uppgift att besluta i frågor om subventionering och försäljningspris för läkemedel. Nämnden ska vara sammansatt av erfarna och ansedda personer med sådan medicinsk och annan vetenskaplig kompetens som behövs för att nämnden på ett trovärdigt sätt ska kunna fullgöra sina uppgifter enligt lagen (prop. 2001/02:63 s. 33 f.). De beslut som LFN meddelar enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. får enligt 26 § samma lag överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Någon särskild begränsning av domstolarnas prövning har inte föreskrivits i lagen eller förordats i förarbetena. Även med beaktande av nämndens sammansättning och kompetens torde inte heller av allmänna förvaltningsrättsliga grunder följa att en begränsad prövning ska göras. Domstolarna har således att i förevarande slag av mål företa en sedvanlig sakprövning.

### *Subventionering av läkemedel*

Med läkemedelsförmåner avses enligt 5 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. ett skydd mot höga kostnader vid inköp av sådana förmånsberättigade varor som avses i bl.a. 15 §. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana varor. Enligt 15 § ska ett receptbelagt läkemedel omfattas av läkemedelsförmånerna under förutsättning 1. att kostnaderna för användning av läkemedlet, med beaktande av bestämmelserna i 2 § hälso- och sjukvårdslagen, framstår som rimliga från medicinska, humanitära och samhällsekonomiska synpunkter, och 2. att det inte finns andra tillgängliga läkemedel som är att bedöma som väsentligt mer ändamålsenliga.

En allmän utgångspunkt för de överväganden som ska göras i detta slag av ärenden är de mål och riktlinjer för prioriteringar som ställts upp för hälso- och sjukvården. Riktlinjerna är baserade på några grundläggande

etiska principer, nämligen människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen samt de prioriteringsriktlinjer för hälso- och sjukvård som riksdagen ställt sig bakom. Med utgångspunkt häri bör en bedömning i varje enskilt fall göras rörande ett läkemedels kostnads-effektivitet och marginalnytta. Ett läkemedel som ur ett samhälleligt helhetsperspektiv är kostnadseffektivt och minst likvärdigt i fråga om ändamålsenlighet jämfört med andra liknande behandlingsmetoder bör subventioneras med allmänna medel (prop. 2001/02:63 s. 28).

Människovärdesprincipen innebär att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Behovs-solidaritetsprincipen innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvården ska ges företräde till vården, varvid angelägenhetsgraden är av central betydelse när det gäller prioriteringar i vården. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter och åtgärder. Prioriteringsriktlinjerna bygger vidare på en indelning i fyra olika prioriteringsgrupper, I-IV, med kliniska exempel, där behovet av vård har utgjort den grundläggande faktorn för indelningen. Prioriteringsgrupp I innefattar bl.a. vård av livshotande akuta sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar, prioriteringsgrupp II innefattar prevention, prioriteringsgrupp III vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar och prioriteringsgrupp IV vård av andra skäl än sjukdom och skada. Vård i grupp IV bör i princip inte finansieras med offentliga medel (a. prop. s. 43 ff.).

Sjukdomen ED räknas till prioriteringsgrupp III. Till denna grupp hör åtgärder inom samtliga medicinska discipliner, t.ex. en stor del av den icke akuta kirurgin, invärtesmedicinen, gynekologin, infektions-sjukvården, allmänmedicinen och psykiatrin. Det rör sig om allt från bot, symtomlindring, fördröjning av ett ogynnsamt sjukdomsförlopp, förebyggande av komplikationer och hindrande av återinsjuknande till hjälp med psykisk och social anpassning. I gruppen ingår också mindre svåra kroniska sjukdomar som ofta är livslånga och ibland kan komma och gå (prop. 2001/02:63 s. 45). Läkemedelsförmånerna bör i och för sig kunna omfatta sjukdomar inom denna kategori. Med hänsyn till gruppens storlek och sjukdomarnas varierande karaktär måste dock prioriteringar göras inom gruppen. Den ovan nämnda behovs-solidaritetsprincipen innebär att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, mer av vårdens resurser ska ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda. Hur

stort behovet är beror bl.a. av sjukdomens svårighetsgrad (prop. 1996/97:60 s. 20 f.).

Diagnosen ED kan delas in i lindrig, måttlig och svår (fullständig). Det är således fråga om en vid diagnos som kan omfatta mycket varierande grader av lidande. Regeringsrätten finner inget stöd för att frånga LFN:s bedömning att, vid en avvägning enligt nyss nämnda prioriteringsriktlinjer, sjukdomen ED i sig inte kan anses ha sådan angelägenhetsgrad i förhållande till andra sjukdomar inom prioriteringsgruppen att en generell subvention är skälig. Läkemedlen Caverject och Bondil omfattas visserligen av läkemedelsförmånerna. I besluten avseende dessa preparat har dock förutsatts att de, på grund av formerna för medicinering, väsentligen kommer att användas för att behandla patienter som lider av de svåraste formerna av ED. Den generella subventionen kommer således i praktiken att begränsas till att endast avse vissa fall av ED, vilket inte torde bli fallet vad avser Viagra. Subventionen av Caverject och Bondil kan därmed inte tas till intäkt för att även Viagra bör medges generell subvention.

*Subvention för visst användningsområde eller förenad med särskilda villkor*

Enligt 11 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. får LFN, om det finns särskilda skäl, besluta att ett läkemedel ska ingå i förmånerna endast för ett visst användningsområde. LFN:s beslut får också förenas med andra särskilda villkor.

Det svenska systemet med läkemedelsförmåner är i huvudsak produktinriktat. Detta beror på att diagnosstyrda förmånssystem erfarenhetsmässigt visat sig medföra praktiska tillämpningsproblem, inbjuda till indikationsglidningar och vara administrativt komplicerade och tungrodda. Det har dock ansetts befogat att lämna utrymme för LFN att i vissa fall avvika från huvudregeln att användningen av läkemedlet som sådant ska subventioneras. Om särskilda skäl föreligger kan därför subventionen begränsas till ett visst användningsområde. Som exempel nämns i förarbetena att om det finns flera användningsområden godkända för ett visst läkemedel och det finns stora skillnader mellan dessa i fråga om t.ex. kostnadseffektivitet kan ett sådant beslut komma att bli aktuellt (prop. 2001/02:63 s. 37 f. och 91). LFN kan också förena sitt beslut med andra särskilda villkor som utformas på olika sätt med hänsyn till förhållandena i det enskilda fallet. I situationer där det finns vägande



skäl för att koppla subventionen till en viss avgränsad patientgrupp kan detta utformas som ett sådant villkor (a. prop. s. 39 och 92).

I målet synes ostridigt att medicinsk behandling av svår ED ska betraktas som angelägen samt att behandling med Viagra i dessa fall är kostnadseffektiv. LFN har också, i besluten avseende läkemedlen Caverject och Bondil, ansett att subventionering av läkemedel vid ED kan motiveras i de fall ett läkemedel främst kommer att användas vid svårare former av ED. Det torde således i och för sig vara fråga om en sådan situation som avsetts i förarbetena där begränsad subvention kan övervägas. För att skäl för att avvika från huvudregeln om produktbaserad subvention ska föreligga bör dock, enligt Regeringsrättens mening, fordras att begränsningen inte medför att syftet med systemet motverkas i alltför hög utsträckning. En begränsning som medför betydande praktiska tillämpningsproblem eller inbjuder till alltför stora indikationsglidningar kan inte anses lämplig. Det förhållandet att vissa svårigheter kan uppstå torde emellertid inte vara tillräckligt för att utesluta en begränsad eller villkorad subvention.

Utredningen i målet visar att det råder delade meningar i frågan om det är möjligt att ställa diagnosen svår ED eller inte. Risken för diagnosglidningar har också tagits upp. Sammantaget finner Regeringsrätten att det inte framkommit skäl för att frånga LFN:s bedömning att ett avsteg från huvudregeln om en produktbaserad subventionering i detta fall är olämpligt. Mot bakgrund av vad bl.a. LFN anfört om sådana omständigheter som tillgången till specialistläkare i landet och åtföljande svårigheter att få sjukvård på lika villkor kan det inte anses lämpligt att försöka lösa avgränsningsproblemen genom villkoret att initial förskrivning ska ske av läkare med specialistkompetens eller motsvarande. LFN:s överklagande ska därför bifallas.

**REGERINGSRÄTTENS AVGÖRANDE**

Regeringsrätten upphäver kammarrättens och länsrättens domar och fastställer Läkemedelsförmånsnämndens beslut.

Kjerstin Nordborg  
Skiljaktig,  
se protokoll

Nils Dexe

Lennart Hamberg

Annika Brickman  
Skiljaktig,  
se protokoll

Margit Knutsson

Ingela Hofvander  
Föredragande regeringsrätts-  
sekreterare

Avd. I

Föredraget 2006-11-01 – 2008-02-26