

INSTITUTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEKONOMI

- 1 Nya villkor för vårdens prioriteringar och finansiering?
- 3 Varför är det så svårt stt styra sjukvården?
- 4 Ny avhandling om vårdutnyttjande i utvecklingsländer
- 5 Kostnaden för venösa bensår i Sverige
- 6 Seminariedagar med aegisnet
- 7 Nätverksmöte för hälsoekonomer
- 7 Aktuella publiceringar
- 8 IHE-FORUM 2004

# Nya villkor för vårdens prioriteringar och finansiering?

Hårdare prioriteringar i hälso- och sjukvården under 1990-talet resulterade i en förskjutning av omvårdnad och vårdbehov från sjukhusen till den kommunala vården och till anhöriga. I huvudsak prioriterades ny teknologi som tidigare, vilket också innebär att kostnadsutvecklingen för t ex läkemedel i Sverige motsvarade utvecklingen internationellt. År 2003 sågs däremot ett trendbrott i denna utveckling. Kostnadsökningen för receptläkemedel var mycket blygsam detta år. Den stora relativa kostnadsökningen på läkemedelsområdet återfanns istället inom slutenvården. Samtidigt hade de flesta landsting påtagliga problem med att få kontroll över kostnadsökningarna för andra insatsfaktorer i vården. Är kostnadsutvecklingen under år 2003 ett uttryck för att förutsättningarna för vårdens prioriteringar och finansiering håller på att ändras? Kommer vi i framtiden att ha råd med ny teknologi på samma sätt som tidigare?

Den främsta förklaringen till den låga kostnadsutvecklingen för receptläkemedel är patentutgångar för viktiga preparat, t ex simvastatin och omeprazol, som i kombination med generisk substitution ökat priskonkurrensen. Andra läkemedelsreformer som introducerats under senare år – främst inrättandet av Läkemedelsförmånsnämnden och lands-

tingens fortsatta decentralisering av kostnadsansvar för receptläkemedel – kan dock skapa långsiktiga förutsättningar för en mer blygsam kostnadsutveckling.

En viktig förklaring bakom den förhållandevis kraftiga ökningen av kostnader för läkemedel i slutenvård är sannolikt att det inte längre finns någon anledning att hämta ut dyrare läkemedel på recept i öppenvården för användning inom slutenvården. Tidigare förekom detta inom t ex cancervården. Numera har landstingen kostnadsansvar för läkemedel i både slutenvård och öppen vård. Möjligheten att få prisrabatter i slutenvården genom upphandling har snarast gett omvända incitament jämfört med tidigare år.

## De samlade resurserna

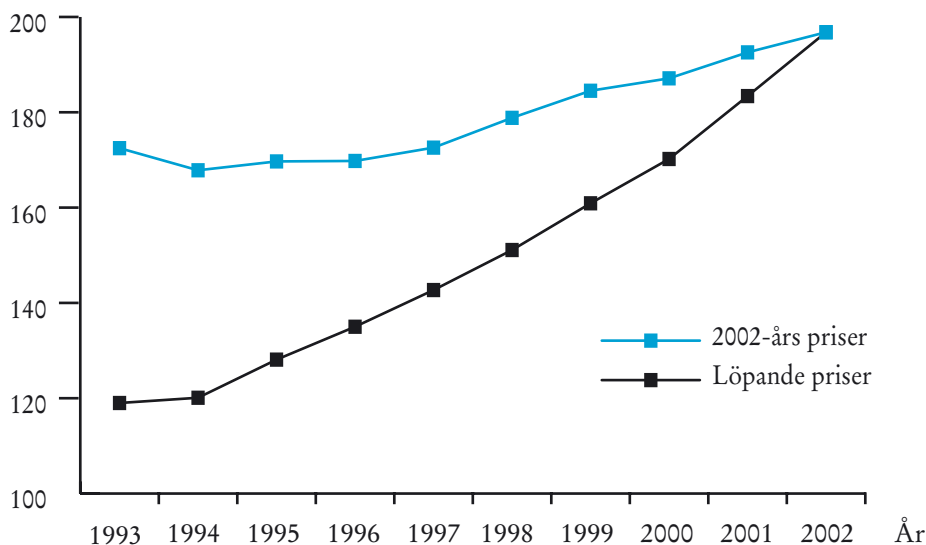
Uppgifter om de samlade resurserna i svensk vård och omsorg är ganska knapphändiga. Det förklaras delvis av att ansvaret är uppdelat på olika huvudmän. Staten har fram till helt nyligen ansvarat för läkemedel i öppen vård. Efter läkemedelsreformen 1998 är detta ansvar överfört till landstingen. Kommunerna ansvarar sedan ÄDEL-reformen 1992 för äldrevård upp till sjuksköterskenivå. Till redovisningsproblemen hör att landstingen, och inte minst kommunerna, har andra uppgifter vid sidan av vård och omsorg. Inom kommunerna omfattar vård och omsorg till äldre ca 20 procent av de totala kostnaderna.

Det delade ansvaret innebär att

	Utgifter (Miljarder SEK, AUP)	Andel av totala försäljningen	Förändring jämfört med år 2002
Öppenvård recept	22,5	82 %	0,8 %
Slutenvård	2,9	13 %	12,2 %
Egenvård	2,2	8 %	4,4 %

Apotekens totala försäljning av läkemedel år 2003, exklusive handelsvaror och djurläkemedel.  
Källa: Apoteket AB.

Miljarder  
kronor



Totala löpande och fasta utgifter för hälso- och sjukvården 1993-2002.  
Källa: SCB, Nationalräkenskaperna.

resursutvecklingen kan studeras utifrån flera olika perspektiv. Landstingen har tidigare under mitten av 1990-talet pekat på den besparing som gjorts i hälso- och sjukvården, men har då exkluderat läkemedel i öppen vård och vård i kommunal regi. De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården (exklusive kommunal vård men inklusive tandvård och läkemedel i öppen vård) har ökat sedan 1993, även om vi renser för prisförändringar (se figur). Sett enbart till utvecklingen mellan 1993 och 1996 finns en liten real minskning av resurserna, men därefter ökar kostnaderna på nytt. De senaste åren fram till 2003 har kostnadsutvecklingen varit snabb på alla områden.

#### Jämfört med andra länder

Jämfört med andra länder uppvisar hälso- och sjukvården i Sverige en ganska unik utveckling. Om det funnits ett europamästerskap i kostnadskontroll i hälso- och sjukvården under första halvan av 1990-talet, hade Sverige utmanat Finland om guldmedaljen. Det kan kopplas samman med att Finland, precis som Sverige, då hade en ekonomisk kris. Den obefintliga ekonomiska tillväxten ledde i både Finland och Sverige fram till krav på besparingar inom offentlig sektor, däribland vård och omsorg.

Efter 1997 har kostnaderna ökat på nytt och tillväxten tilltog under år 2000 och 2001. Trots de senaste årens förhållandevis höga kostnadsökningar på uppemot tio procent per år har Sverige tappat mot de flesta andra länder när det gäller storleken på de resurser som spenderas på hälso- och sjukvård. I jämförelse med andra EU-länder föll Sverige från 4:e till 7:e plats mellan åren 1990 och 2001 ifråga om totala utgifter för hälso- och sjukvård per capita. Då är effekterna av ÄDEL-reformen beaktade. Ett motsvarande fall från 6:e till 12:e plats kan noteras för antalet läkare per invånare (OECD Health Data 2003).

Detta mönster framgår däremot inte vid jämförelse av hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av bruttonational-

produkten, BNP. Sett till detta mått behåller svensk sjukvård i stort sett ställningarna jämfört med andra länder. Sverige satsar fortfarande ungefär de resurser på hälso- och sjukvård som kan förväntas mot bakgrund av BNP, men BNP har försämrats jämfört med utvecklingen i andra länder. År 1978 var Sveriges BNP per capita bland de högsta i världen och det var enbart USA som satsade mer resurser per capita på hälso- och sjukvården. Idag finns det flera länder som satsar mer resurser än Sverige på hälso- och sjukvården. Alla dessa länder har också en högre bruttonationalprodukt som finansieringskälla, vilket ger bättre förutsättningar för investeringar i ny medicinsk teknologi.

Årets tema för IHE-FORUM

## Hur ska vårdens prioriteringar och finansiering lösas?

Konferensen arrangeras i **Lund 2-3 september 2004**  
Ytterligare information – se sista sidan eller [www.ihe.se](http://www.ihe.se)

# Varför är det så svårt att styra sjukvården?

Vården och omsorgen utgör en mycket stor del av svensk ekonomi och påverkar dagligen många människors liv och välbefinnande. Därför är det angeläget att de samlade resurserna används på rätt sätt och inom de områden där de gör mest nytta. Att hälso- och sjukvårdens struktur är i otakt med vårdbehovens utveckling framkommer tydligt i en nyutkommen bok skriven av Anders Anell vid IHE. Som ett led i sökandet efter ändamålsenliga strukturer, beskriver och analyserar författaren drivkrafterna bakom de strukturer vi har idag och vad som krävs för att utveckla nya.

Som så många gånger förr sker det idag ett omfattande arbete i landstingen för att finna nya strukturer för framtidens hälso- och sjukvård. Utvecklingen av den s k närsjukvården är exempel på detta. Vid sidan om de mer konkreta förändringar som presenteras i landstingen har också under senare år flera nationella utredningar initierats som kan innebära nya förutsättningar och ökat statligt engagemang. Men vad är det som säger att strukturförändringarna ska lyckas denna gång?

Det är lätt att konstatera att det hittills varit svårt att påverka redan etablerade strukturer i hälso- och sjukvården. Varför det är så beror på flera faktorer och kombinationer av dem.

— Olika professioner och läkarspecialiteter försvarar sitt område och sin kompetens, vilket gör att förändringar som baseras på omfördelning av resurser, makt och inflytande är besvärliga, menar författaren. Varje profession och specialitet tenderar att vara mycket kritiska mot "utomstående" försök att påverka de egna villkoren. Den som vill anta utmaningen att leda sjukvårdens alla professioner och specialiteter måste därför vara beredd på att ifrågasättas från en mängd olika håll när man vill åstadkomma förändring.

Ledarskapet är förknippat med höga

kostnader för att driva igenom beslut. Samtidigt är de personliga fördelarna av att med kraft driva igenom förändringar inte givna.

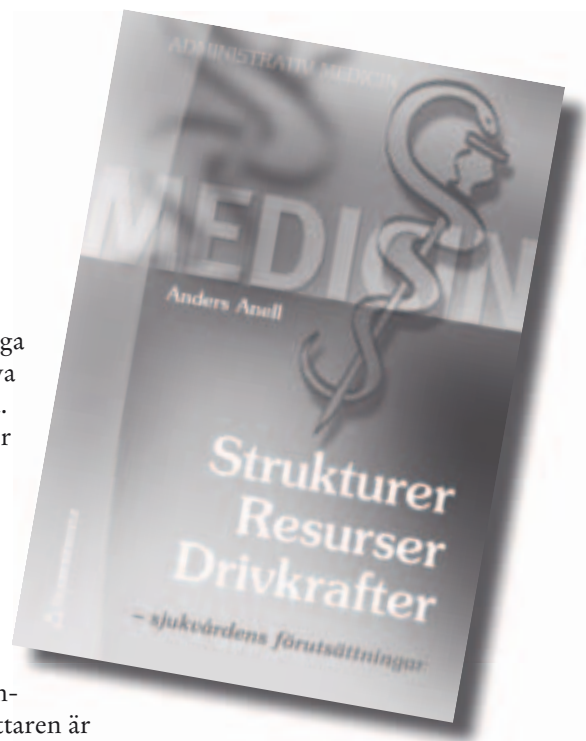
— Sett ur politikernas villkor och förutsättningar kan det t.o.m. vara viktigare att tala om förändringar än att faktiskt genomföra dem, konstaterar författaren.

Vilka är då de största hindren i nuvarande strukturer för att kunna tillgodose de framtida vårdbehoven? Enligt författaren är det största hindret att nuvarande drivkrafter och incitament i sjukvården i första hand premierar specialisering och avgränsning. Detta är en utveckling som inte stämmer överens med vårdbehovens utveckling, som förväntas bli allt mer sammansatta i takt med en åldrande befolkning.

— Alla ser behoven av samarbete och en tydligare patientorientering men det räcker inte. Det måste också finnas incitament som konkret skapar drivkrafter mot en sådan utveckling. Det naturliga förhållandet mellan hälso- och sjukvårdens olika professioner och specialiteter är konkurrens snarare än samarbete!

En lösning på dessa samverkansproblem som lyfts fram och diskuterats under senare år är utvecklingen av s k närsjukvård. Sett utifrån närsjukvårdens innehåll och målsättning känns en del igen från tidigare års primärvårdssättningar – att åstadkomma en vård som baseras på helhetssyn, närhet, kontinuitet, samverkan och tillgänglighet.

— Närsjukvården är som idé inte helt ny, menar författaren. Det finns likheter med den ursprungliga primärvårdstanken, där det fanns plats för andra specialister utöver allmänläkare och där samverkan med kommunal omsorg lyftes fram som något betydelsefullt. Men primärvården utvecklades i praktiken åt ett snävare håll och har under senare år blivit en arbetsplats för främst allmänläkare och distriktsköterskor.



För att närsjukvården ska kunna utvecklas till något nytt krävs ett närmare och bredare samarbete mellan professioner och specialister i den öppna vården.

— Det är lättare sagt än gjort, säger författaren. Jag tror själv inte att man kan skapa en sådan förändring "ovanifrån" genom att formulera allmänna förhoppningar eller krav. Drivkrafter för bättre samverkan och tydligare patientorientering bör istället åstadkommas "underifrån" genom att låta befolkningen själv välja sitt närsjukvårdsteam.

## Var kan man läsa mer?

Anell, A. *Strukturer, Resurser, Drivkrafter - sjukvårdens förutsättningar*. Lund : Studentlitteratur, 2004. (Kan beställas från IHE. Pris: 240 kr, porto och adm. avgift tillkommer.)

Boken är indelad i tre delar. De två första beskriver förutsättningarna inom hälso- och sjukvårdens utbud och efterfrågan på vård. Den tredje diskuterar hälso- och sjukvårdens samverkansproblem och om närsjukvården kan lösa dessa.

Anell, A. Närsjukvård – nya revirstrider eller patientorienterad vård? *Läkartidningen* 2004; 101(14): 1310-1315.

# Ny avhandling om vårdutnyttjande i utvecklingsländer

Catharina Hjortsberg har varit anställd på IHE sedan 1995. En del av hennes arbetsuppgifter har varit att i ett flerårigt institutionellt samarbete mellan IHE och hälsoministeriet i Zambia göra hälsoekonomiska utvärderingar tillsammans med inhemska ekonomer. Det var i detta sammanhang, som hon 1998 kom i kontakt med ett stort datamaterial om levnadsförhållandena i Zambia som den centrala statistikbyrån i landet med stöd av Världsbanken samlat in i en landsomfattande undersökning samma år. Det blev basen för Catharina Hjortsbergs egna undersökningar om hur befolkningen utnyttjar sjukvården – undersökningar som hon nyligen disputerat på vid Lunds universitet.

**D**atamaterialet, som täcker nästan 17.000 hushåll och cirka 94.000 individer, rör ett av världens fattigaste länder, med den största sjukbördan i Afrika söder om Sahara. God hälsa hos befolkningen är tillsammans med tillgång på rent vatten och god hygien, en central faktor i ett lands ekonomiska utveckling och dess möjligheter att minska fattigdomsbördan.

Tillgång till sjukvård, det förebyggande arbetet och förbättrade kostnader har en direkt koppling till ekonomisk utveckling. För att utveckla Afrikas ekonomi som helhet bör således en satsning på hälsovården vara av central betydelse. Zambia erbjuder tillgång till 1 sköterska per 1.000 invånare och 1 utbildad läkare per 6.000 invånare (OECD-länderna har 1 läkare per 356 invånare).

Mer än var åttonde världsmedborgare bor idag i ett av u-länderna, där 93 procent av hela världens sjukdomsbörda finns, men som bara får 11 procent av den globala satsningen på hälso- och sjukvård. Inom dessa länder finns dessutom en obalans mellan fattiga och rika, utbildade och lågutbildade. Låg-

utbildade har mer fysiskt krävande arbeten, som undergräver hälsa och ekonomi.

Barnhälsovården har en särskilt viktig roll. Gamla synsätt om många barn, (barn som en försäkring för framtiden) påverkar befolkningens storlek. Även om just en förbättrad barnhälsovård i dessa länder har fått ökad uppmärksamhet från i-ländernas sida, så återstår ännu mycket att göra. Ett barns chans att överleva i länder söder om Sahara är, statistiskt sett, inte ens hälften så stor som i ett i-land, trots att cirka 50 procent av sjukdomarna som orsakar de minsta barnens dödsantal skulle kunna botas om de kom under vård. I Zambia är offentlig hälsovård för barn under 6 år gratis, men i verkligheten är det en rad ekonomiska och kulturella faktorer, som avgör om barnet ändå skall få medicinsk behandling.

Under de senaste tjugo åren har forskningen intensifierats rörande rättvisa och möjlighet för individen i i-länderna att få vård. En hel del har skrivits om hur skillnader mellan olika inkomstgrupper påverkar individens hälsa. Där emot är det först under de allra senaste åren, som – främst genom Världsbankens försorg – man har börjat studera dessa frågor i u-länderna.

De övergripande frågor som Catharina Hjortsberg sökte svar på var: Vad bestämmer individens vårdutnyttjande? Vilka faktorer påverkar om och hur en individ använder sig av sjukvården? Genomgången visar på en mängd faktorer som bestämmer individens val – faktorer som dels finns utanför individen (tillgång och avstånd till vård), dels hos individen eller hos hushållet (sjukdomsbilden, utbildning, hushållets totala inkomst, ålder, kön, försäkring, indirekta kostnader som bortfall av inkomst, vårdutgifter m.m.). Härtill kommer orättvisor mellan olika grupper och skillnad mellan stad och landsbyg.



Individens beslut att söka hjälp beror i hög grad på hennes/hans inkomst. Ju högre inkomst, desto sannolikare att hon/han söker vård. Inkomst är emellertid ett besvärligt mått att använda i samhällen, som inte enbart har pengar som betalningsmedel varför forskare oftast använder totala utgifter i ett hushåll som ett mått på välbstånd i u-länder. Ålder, kön och utbildning är faktorer som spelar roll i u-länderna liksom i-länder. Så bestämmer bl.a. hushållets storlek och sammansättning i hur hög grad individen skall utnyttja vårdresurserna. Avstånd till vårdinrättningar är en annan faktor av stor betydelse, liksom transportmöjligheter. Det är inte ovanligt att den enda möjligheten att ta sig till en klinik eller ett sjukhus är att promenera hela sträckan.

Hjortsbergs undersökning rör Zambia – men trots att sociala och kulturella sammanhang skiljer sig åt, så kan resultatet tillämpas på världen i övrigt. Avhandlingen bidrar till vår kunskap om vilka faktorer som bestämmer individens val, inte minst därför att den vilar på en så solid bas, som den stora levnadsnivåundersökningen gav henne möjlighet till. Därtill gör hon en inbrytning på i stort sett obruten mark.

Catharina Hjortsberg, IHE, försvarade i mars 2004 sin avhandling *Health care utilisation in developing country – the case of Zambia*. Avhandlingen ledde fram till en doktorsexamen vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet.

# Kostnaden för venösa bensår i Sverige

Behandling av bensår kräver mycket resurser, men aktuella uppgifter om kostnadernas storlek har saknats. I en aktuell IHE-studie uppskattas de direkta kostnaderna för öppna venösa bensår till 666 miljoner kr per år. Resultaten från studien tyder på att behandlingen av bensår har förbättrats, vilket sannolikt har medfört minskade kostnader. Positiva tecken är mindre frekventa såromläggningar, högre andel kompressionsbehandling och mindre andel egenbehandling jämfört med tidigare rapporter. Trots förbättringar finns behov av ett mera strukturerat omhändertagande, användning av ett genomtänkt produktsortiment och mindre frekventa såromläggningar. Med fortsatta förbättringar finns möjligheter till bättre sårsläkning, ökad livskvalitet samt lägre kostnader för hälso- och sjukvården och för samhället.

Kostnadsberäkningarna baseras på en enkätstudie om lokal sårbehandling som genomfördes under en vecka år 2003. Enkäten riktades till vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar, hemsjukvårdsdistrikt och hudkliniker spridda över hela landet. Kompletterande bakgrundsdata om såren och tidigare kirurgisk behandling för det aktuella såret hämtades från journaldata. Syftet med studien var att undersöka resursanvändningen vid behandling av venösa bensår och att uppskatta den totala årliga kostnaden för bensårsbehandling i Sverige.

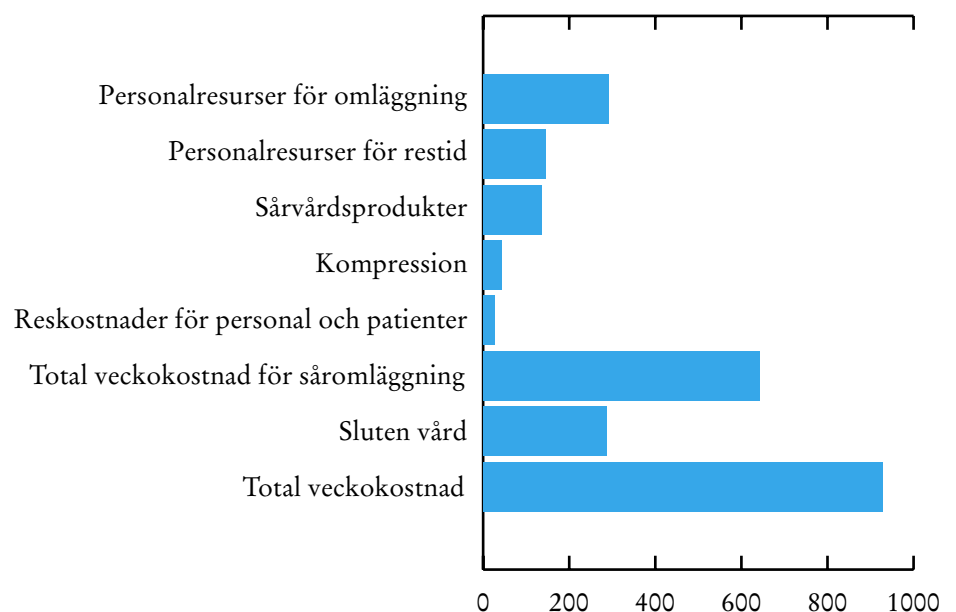
Totalt inkluderar materialet 138 patienter. Av dessa var flertalet över 65 år (85 %). 22 procent hade behandlats med 'pinch graft', hudtransplantation eller venös kirurgi för det aktuella såret. Andelen diabetiker var 12 procent. Ingen skillnad kunde noteras mellan diabetiker och övriga patienter vare sig i sårstorlek eller i behandlingskostnad.

## Resultaten visar att:

- ▶ Omläggningsfrekvensen var i genomsnitt 2,7 gånger per vecka och kompression användes hos 93 procent av patienterna. Flertalet såromläggningar (89 %) utfördes i primärvård och i hemsjukvård och två tredjedelar av alla omläggningar utfördes i patienternas hem. Fyra av fem omläggningar utfördes av sjukvårdsutbildad personal från primär- eller hemsjukvården.
- ▶ Veckokostnaden för lokal sårbehandling uppgick i genomsnitt till drygt 900 kr per patient (2002 års priser). I denna kostnad ingick personal, material, transporter och slutenvård. Kostnaden för att behandla stora sår ( $\geq 10$  cm<sup>2</sup>) var drygt 800 kr högre per vecka jämfört med små sår ( $p < 0,01$ ).
- ▶ Vid en punktprevalens på 0,3 procent bensår, varav 45 procent är venösa, beräknas den årliga direkta kostnaden för behandling av pågående venösa bensår till 666 miljoner kr. Totalkostnaden inkluderar förutom lokal sår-

behandling även kirurgiska åtgärder och förebyggande kompressionsbehandling under perioder utan aktivt sår. Andelen personer med läkta bensår har uppskattats till dubbelt så många som har aktiva sår, vilket innebär att cirka 24 300 personer behöver kompressionsbehandling. Kostnaden för sådan behandling under perioder utan sår beräknades till 61 miljoner kr per år.

- ▶ Jämfört med tidigare studier noterades förbättringar avseende lägre omläggningsfrekvens, högre andel kompressionsbehandling och större andel patienter som behandlades av sjukvårdsutbildad personal. Detta kan ha medfört en kostnadsreduktion. Fortfarande finns dock behov av ett mera strukturerat omhändertagande, användning av mera genomtänkt produktsortiment och mindre frekventa såromläggningar. Med fortsatta förbättringar finns möjligheter till bättre sårsläkning, ökad livskvalitet och lägre kostnader för hälso- och sjukvården och för samhället.



Veckokostnad per patient för såromläggning (kr i 2002 års priser).

## Framtidsperspektiv

Framtida kostnader för behandling av bensår kan förändras både avseende totalkostnaden och proportionerna mellan olika kostnadsslag. Viktiga variabler som påverkar totalkostnaden är antalet patienter som behöver behandlas, läkningstidens längd och hur ofta sårén läggs om. Hur vården organiseras kan också påverka kostnaderna för att behandla bensår, t ex kan en förändring i personalsammansättningen på kort sikt antingen öka eller minska kostnaderna beroende på förändringens karaktär. På längre sikt är det nödvändigt att beakta helhetsperspektivet med hänsyn till så många faktorer som möjligt samtidigt, även patientens välbefinnande och livskvalitet. Här har utvecklingen av vård-

personalens kunskap och färdighet i att sköta olika former av sår, främst genom kontinuerlig utbildning och metodutveckling, betydelse.

En annan aspekt som kan inverka på sår-läkningen och därmed också på totalkostnaden är patientens motivation att följa behandlingsriktlinjer. Om patienten själv måste betala kan det påverka följsamheten till ordinerad behandling.

Resultaten från studien fäster uppmärksamheten på de stora resurser som fortfarande används för bensårsbehandling och pekar på betydelsen av att beslutsfattare tar ett helhetsperspektiv vid ställningstagande till behandlingspolicy för venösa bensår.

Den komplicerade bilden av vem som har kostnadsansvaret för behand-

ling av personer med bensår och skiftande regelverk mellan olika geografiska områden bidrar sannolikt till att vården inte är optimal.

## Var kan man läsa mer?

*Venösa bensår kan behandlas både bättre och billigare. Beräkning av årliga kostnader baserad på en enkätstudie.* Läkartidningen, 2004; 101: 1506-1513. Författare är Gunnel Ragnarson Tennvall och Jonas Hjelmgren, båda från IHE, samt överläkare Karin Andersson, Länssjukhuset i Halmstad, docent Mats Bjellerup, Helsingborgs lasarett och distriktsläkare Rut Öien, Lyckeby vårdcentral. Studien har finansierats av Mölnlycke Health Care AB.

# Seminariedagar med aegisnet



År 2000 upprättade IHE ett europeiskt samarbete tillsammans med fem konsult- och utredningsföretag från lika många länder, under det gemensamma namnet **aegisnet**. Genom nätverket skapas möjligheter att vid internationella projekt kunna tillföra den lokala kompetens som krävs för att analysera frågeställningar utifrån olika länders sjukvårdssystem och förutsättningar.

I mars arrangerade aegisnet två seminariedagar och vård för konferensen var Patrizia Berto, pbe consulting, Italien. Syftet var att öka kunskaperna om respektive lands hälso- och sjukvårdsorganisation och ersättningsystem, men också att stärka redan etablerade kontaktytor. Stor del av konferensen ägnades åt att ge européerna en bild av det amerikanska sjukvårdssystemet och vice versa. Två amerikanska företag är sedan årsskiftet också associerade medlemmar till aegisnet.

Nätverkets styrka ligger i att kvalite-

ten i internationella projekt höjs genom länderspecifik kompetens om sjukvårdssystem och system för subvention av t.ex. läkemedel. De lokala företagen har också unika förutsättningar att inhämta den kunskap om priser, kostnader, behandlingspraxis och patientkaraktäristika som krävs vid tillämpning av hälsoekonomiska modeller.

**aegisnet** arbetar med internationella analyser av hälsoekonomiska konsekvenser av alternativa behandlingsterapier och i synnerhet hur läkemedelsanvändningen påverkar samhällets kostnader och livskvalitet. Nätverket kan erbjuda tjänster inom bl.a. följande områden: hälsoekonomiska utvärderingar baserade på retrospektiva eller prospektiva studier, beräkning av sjukdomars samhällsekonomiska kostnader, analyser av läkemedelsförsörjningens struktur, funktion och reformer samt utbildningar och seminarier i hälsoekonomi och ekonomiska utvärderingar.



## International Network for Health Care Research

Alpha Care, Tyskland

[www.alphacare.de](http://www.alphacare.de)

Annie Chicoye Economics (ACE)

Frankrike

[www.ace-health.com](http://www.ace-health.com)

Fourth Hurdle Consulting Limited

England

[www.fourthhurdle.com](http://www.fourthhurdle.com)

Health Outcomes Research Europe

Spanien

[www.hor-europe.com](http://www.hor-europe.com)

pbe consulting, Italien

[www.pbe.it](http://www.pbe.it)

Associerade medlemmar

IHE, Sverige

[www.ihe.se](http://www.ihe.se)

Health Core, Inc, USA

[www.healthcore.com](http://www.healthcore.com)

ValueMedics R., LLC, USA

[www.valuemedics.com](http://www.valuemedics.com)

För mer information – besök aegisnet hemsida, [www.aegisnet.org](http://www.aegisnet.org) eller kontakta Ulf Persson, IHE.

# Nätverksmöte för hälsoekonomer

Den 26 april ägde det fjärde nätverksmötet för hälsoekonomer rum traditionsenligt på Högberga Gård i Stockholm. Nätverket bildades 2002 och administreras av IHE och är öppet för den som arbetar med hälsoekonomiska frågor i landsting/kommun, statliga myndigheter och organisationer eller inom privat sektor. Syftet med nätverket är att skapa ett forum för diskussion om aktuella frågeställningar bland praktiskt verksamma hälsoekonomer. IHE har som ambition att anordna två nätverksmöten årligen.

Temat för det aktuella mötet var parallellimport, generisk substitution och generisk förskrivning av läkemedel – effekter på kort och lång sikt. Närmare hälften av nätverksmedlemmarna deltog i nätverksmötet. Mötet inleddes med att Anders Anell (IHE) hälsade alla välkomna och presenterade de medverkande föredragshållarna. Mötet gästades den här gången av Panos Kanavos från London School of Economics, som var först ut i raden av föreläsare. Kanavos berättade bland annat om en ny internationell rapport på ämnet ekonomiska effekter av parallellimport, men kunde också ge nätverkets medlemmar ett internationellt perspektiv på läkemedelsmarknaden, generisk substitution och förskrivning.

På mötet belystes även de svenska erfarenheterna av generisk substitution av Douglas Lundin (Läkemedelsförmånsnämnden) och Hans Selander (Apoteket AB). I raden av föreläsare återfanns även Sven-Erik Hillver (Läkemedelsverket) som berättade om Läkemedelsverkets bedömning av utbytbara läkemedel samt Sten Iwarson (Läkemedelskommittén i Göteborg) som redogjorde för ett pilotprojekt med generisk förskrivning som introducerades i Göteborg i april i år. Mötet avslutades med en diskussion där nätverkets medlemmar fick möjlighet att diskutera vad Sverige har att vinna och förlora på parallellimport, generisk

substitution och generisk förskrivning med Anders Carlsten (Apoteket AB), David Andersson (AstraZeneca) och tidigare nämnda Sven-Erik Hillver samt Sten Iwarson.

Nästa nätverksmöte planeras till oktober 2004.

Den som vill anmäla sig till nätverket kan vända sig till Sandra Jansson på IHE. Epost:sandra.jansson@ihe.se



## Aktuella publiceringar

**Hjortsberg C**, Health care utilisation in a developing country – The case of Zambia. Thesis 2004.

**Borg S**, Ericsson Å, Wedzicha J, Gulsvik A, Lundbäck B, Donaldson GC & Sullivan SD. A Computer Simulation Model of the Natural History and Economic Impact of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Value Health*. 2004 Mar-Apr;7(2):153-67.

**Anell A**, Närsjukvård – nya revirstrider eller patientorienterad vård? *Läkartidningen* 2004; 101(14): 1310-1315.

**Anell A**, Priority setting for pharmaceuticals – The use of health economic evidence by reimbursement and clinical guidance committees. *European Journal of Health Economics* 2004; 5(1): 28-35.

Magnusson G & Persson U, Screening for congenital cataracts:

a cost-consequence analysis of eye-examination at maternity wards in comparison to well-baby clinics. Manuscript in Magnusson G. On the Necessity of Screening and National Registration of Congenital Cataracts (doctoral dissertation). Göteborg: Göteborg University, April 16, 2004.

**Persson U**, Valuing Reductions in the Risk of Traffic Accidents Based on Empirical Studies in Sweden (doctoral dissertation, February 27, 2004). Lund: Department of Technology and Society. Lund Institute of Technology, Lund University, Bulletin 222; 2004.

**Anell A**, Strukturer, resurser, drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar. Lund : Studentlitteratur, 2004.

**Ragnarson Tennvall G**, Andersson K, Bjellerup M, Hjelmgren J & Öien R. Venösa bensår kan behandlas både bättre och billigare. Beräkning av årliga kostnader baserad på en enkätstudie. *Läkartidningen* 2004; 101: 1506-1513.

# IHE-FORUM 2004

2-3  
september

## Hur ska vårdens prioriteringar och finansiering lösas?

- ▼ Varför är det så svårt att prioritera öppet i hälso- och sjukvården?  
Vad kan vi lära av andra länder?  
Vilket ansvar har verksamhetschefer, förvaltningschefer respektive politiker?
- ▼ Kan hälsoekonomiska utvärderingar bidra med underlag för öppna prioriteringar?  
Vad kan vi lära av Läkemedelsförmånsnämndens användning av hälsoekonomi?  
Vilken roll kan hälsoekonomi ha vid framtida prioriteringar i hälso- och sjukvården?
- ▼ Är sjukvården underfinansierad eller handlar det om bristande effektivitet?  
Hur kan en tydligare ansvarsfördelning skapas mellan staten, landstingen och kommunerna?

### Medverkande

*Hans Andersson*, Landstinget Västmanland  
*Anders Anell*, IHE  
*Stefan Back*, Landstinget Gävleborg  
*Johan Berglund*, Svensk förening för allmänmedicin  
*Hans Bergström*, fristående kolumnist  
*Richard Bergström*, Läkemedelsindustriföreningen  
*Per Carlsson*, PrioriteringsCentrum  
*Karin Christensson*, Universitetssjukhuset MAS i Malmö  
*Paul Håkansson*, Landstinget i Östergötland  
*Acko Ankarberg Johansson*, Jönköpings kommun  
*Liane Wallerstedt-Johansson*, Omvårdnadsförvaltningen Solna kommun  
*Bengt Jönsson*, Handelshögskolan i Stockholm

*Göran Karlsson*, AstraZeneca AB  
*Christina Kärvinge*, Socialstyrelsen  
*Patrik Midlöv*, Tåbelunds vårdcentral i Eslöv  
*Per Molander*, Mapsec  
*Jesper Persson*, Centralsjukhuset i Kristianstad  
*Ulf Persson*, IHE  
*Åke Andrén-Sandberg*, Bergens Universitet vid Stavangers sjukhus  
*Catarina Segersten-Larsson*, Landstinget Värmland  
*Mikael Sjöberg*, Socialdepartementet  
*Lars Söderström*, Lunds Universitet  
*Ann-Christin Tauberman*, Läkemedelsförmånsnämnden  
*Marie Wedin*, Sjukhusläkarföreningen  
*Ulf Öhman*, f d Landstinget Värmland

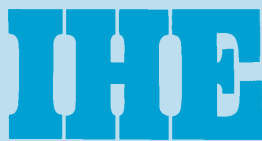
Tid: 2-3 september

Plats: Scandic Star, Lund

Sista anmälningsdag: 30 juni

Deltagaravgift: 3 400 kr (moms tillkommer)

Information: tel: 046-32 91 00, e-post: ihe-forum@ihe.se, hemsida: www.ihe.se



IHE information 2/2004

Redaktör/Ansvarig utgivare: Anders Anell

Adress: Box 2127, 220 02 Lund

Telefon: 046-32 91 00, Telefax: 046-12 16 04

E-post: info@ihe.se, Hemsida: www.ihe.se

ISSN 0349-51 75

IHE information utkommer med tre nummer per år och ges ut av IHE, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, helägt dotterbolag till Apoteket AB.

Vid adressändring, uppge såväl gammal som ny adress!

Layout och original: Britta Jeppsson Grafisk form • Tryck: Wallin & Dalholm Boktr. AB, Lund 2004