

INSTITUTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEKONOMI

- 1 Hälsoekonomin i Sverige utvärderad
- 3 IHE FAKTA
- 4 Läkemedelsmarknad i förändring
- 5 Implementeringen av NHA presenteras
- 6 Resursfördelning och osäkerhet i fattiga länder
- 7 Europeisk hälsoekonomikonferens i Budapest
IHE söker ny medarbetare
- 8 IHE-FORUM 2006

Hälsoekonomin i Sverige utvärderad

Svensk hälsoekonomisk forskning klarar sig mycket bra vid en internationell jämförelse, men det kan snabbt ske en scenförändring om inte forskningsfältet får en mer stabil grund att stå på. Det konstaterade professor Michael Drummond nyligen vid ett seminarium anordnat av FAS (Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap). Seminariet avslutade den utvärdering av hälsoekonomin i Sverige som rådet genomfört på regeringens uppdrag.

Michael Drummond från University of York har varit ordförande i den grupp av internationella forskare som anlitas för uppdraget. Gruppen bestod i övrigt av professor Grete Botten, Oslo Universitet, professor Unto Häkkinen, STAKES, Helsingfors samt professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet, Odense.

Till sin hjälp vid utvärderingen hade gruppen en enkät till forskningsenheter och myndigheter samt en uppföljning av denna enkät till ett urval av forskningsenheterna. De utvalda enheterna ombads också att välja ut de 5-10 bästa och mest representativa artiklarna publicerade under de senaste fem åren. I underlaget ingick också en bibliometrisk analys samt intervjuer med företrädare för de största forskningsenheterna, socialdepartementet, landstingen samt de centrala myndigheterna inom hälso- och sjukvården.

Utvärderarnas rekommendationer

Den samlade värderingen av svensk hälsoekonomi är positiv. Utvärderarna konstaterar att det finns många likheter jämfört med de länder som utvärderarna representerar, som t ex blandningen mellan teori och empiri, inte minst in-

om den forskningsgren som ägnar sig åt ekonomisk utvärdering. En skillnad är att vi i Sverige relativt sett ägnar oss mindre åt de "stora systemfrågorna", dvs hur resurserna fördelas, hur effektiviteten kan mätas och hur incitamentsstrukturen fungerar. I såväl England som i de nordiska länderna efterfrågar och understödjer ministerierna eller de som ansvarar för sjukvården oftare forskning inom dessa områden.

De rekommendationer som utvärderarna vill ge har de sammanfattat i följande sex punkter:

1. Utbildning och karriärmöjligheter

Bygg ut masterprogrammen. De institutioner som svarar för sådana program bör också samverka för att få så hög kvalitet på utbildningen som möjligt. En särskild utbildning för doktorander bör också övervägas. Mer stöd behövs till "post doc"-forskning.

2. Infrastruktur och förnyelse

Satsa på att skapa minst ett större center för hälsoekonomi som har koppling både till en ekonomisk institution av hög standard och medicinsk fakultet. Inledningsvis kan detta ske med programstöd för en eller flera institutioner så att de kan bygga upp kompetens för

att sedan konkurrera om att bli "Center of Excellence" vid tilldelningen av forskningsmedel från olika forskningsråd och -fonder.

3. Finansiering

Åtgärder bör vidtas för att säkerställa en mer långsiktig finansiering inom området. Detta kan t ex uppnås genom att universiteten får fler forskartjänster, eller att forskningsråden alternativt myndigheter/landsting ger programstöd.

4. Kvasi-experimentell forskning

Sverige har dataregister av hög kvalitet och forskare inom hälsoekonomi bör uppmanas att utnyttja dessa mer, då särskilt med syftet att utveckla nya sätt att analysera data och att utveckla registrens innehåll. Vetenskapsrådet kommer inom kort att utlysa särskilda medel för registerforskning.

5. En agenda för hälsoekonomisk forskning som är "policytillvänd"

Samverkan mellan forskare och beslutsfattare inom hälso- och sjukvården behöver stärkas på såväl nationell som lokal nivå. Ett sätt att uppnå detta kan vara att hålla fler nationella konferenser på området. Ett annat kan vara specialdestinerade forskningsanslag inom områden där svenska forskare traditionellt inte varit så aktiva.

6. Industrins bidrag

Läkemedelsbolag i Sverige bör, mot bakgrund av den nytta de faktiskt har av att kunna anställa färdigutbildade hälsoekonomer, uppmanas att vara med och finansiera utbildning och forskning på området, t ex genom doktorandbidrag eller "post doc"-anslag.

Inventering och kartläggning av forskningsområdet

FAS utvärdering har inneburit att hälsoekonomin i Sverige för första gången har kartlagts vad gäller forskarresurser, finansiering, utbildning mm. I kartläggningen fanns ingen definition av vad som är hälsoekonomisk forskning utan de enheter som valdes ut att delta i enkäten fick själva avgöra om de sysslade med någon hälsoekonomisk forskning. Med visst förbehåll konstateras i kartläggningen att hälsoekonomisk forskning finns representerad vid universiteten i Lund, Göteborg, Linköping, Uppsala, Örebro och Umeå samt vid Handelshögskolan i Stockholm och vid Mälardalens högskola. I Lund, Stockholm, Uppsala och Umeå bedrivs hälsoekonomisk forskning både vid ekonomiska institutioner och vid medicinsk fakultet. I Linköping bedrivs forskningen huvudsakligen vid Centrum för medicinsk teknologivärdering som är en tvärvetenskaplig institution inom fakulteten för hälsovetenskap (Tema H).

Kartläggningen visar också att det år 2004 fanns 159 personer som forskar, undervisar eller doktorerar i hälsoekonomi. Det är dock endast ett fåtal som på heltid ägnar sig åt ämnet, vilket innebär att antalet personer motsvarar totalt 85,5 heltidstjänster. Flest personer och mest tid finns inom doktorandgruppen; 64 personer motsvarande 39 heltidstjänster. Av de resterande är 46 professorer (15.2 heltider), medan 49 personer (31.3 heltider) har tjänst som forskare eller lärare. Värt att notera är att endast två av professurerna är i hälsoekonomi.

Att hälsoekonomi är ett tvärvetenskapligt fält framgår tydligt av uppgifterna om forskarnas utbildningsbakgrund och avhandlingsämnen. Av de 85 forskare som disputerat kom 60 från en ekonomisk institution, 17 var medicinare och 9 hade doktorerat i ett annat samhällsvetenskapligt ämne än ekonomi. Bland doktoranderna har drygt två tredjedelar en ekonomutbildning.

Enligt uppgifter från de 13 forskningsenheter som medverkade i den uppföljande enkäten har sammanlagt 46 avhandlingar inom hälsoekonomins fält lagts fram under åren 2000-2005. Av dessa var 32 avhandlingar i nationalekonomi, 6 i folkhälsovetenskap/socialmedicin/internationell hälsa, 3 i företagsekonomi och de resterande fem i övriga medicinska specialiteter. Av dem som disputerat under dessa år fanns

drygt hälften kvar inom universitetsvärlden år 2005, en femtedel hade anställning inom privata företag och ytterligare en femtedel arbetade i offentlig förvaltning.

Den bibliometriska analysen visade att Sverige kom på femte plats i den internationella jämförelsen av arbeten som publicerats mellan 1986 och 2004 i de två ledande hälsoekonomiska tidskrifterna *Journal of Health Economics* och *Health Economics*. Även i en bredare analys av ämnesområdet byggd på samtliga tidskrifter i *Web of Science* placerar sig Sverige på femte plats. Analyserna visade också att svenska forskare ofta samarbetar med forskare från andra länder.

Utvärdering och sedan?

I uppdraget angavs inte något annat syfte än att den hälsoekonomiska forskningen skulle kartläggas och utvärderas. Det sägs också att utvärderingen ska omfatta såväl den vetenskapliga kvaliteten som forskningens samhällsliga relevans. Vad utvärderingen därefter kan komma att leda till sägs inget om.

Vid det avslutande seminariet som samlade ett 40-tal forskare och beslutsfattare var uppslutningen kring utvärderarnas slutsatser stor. Mycket av diskussionen kom att handla om huruvida det är möjligt att få tillstånd bredare och mer långsiktiga forskningsanslag. Några besked på den punkten gavs inte, men med utvärderingen "i ryggen" torde framtidsutsikterna för den hälsoekonomiska forskningen och utbildningen vara betydligt ljusare. Ansvaret för att ta vara på utvärderarnas rekommendationer delas dock mellan anslagsgivare, myndigheter och de som forskar inom området. Som framgått handlar det inte heller enbart om att få mera resurser, utan också om att ta sig an nya forskningsområden och att öka samarbetet inom området.

Marianne Hanning

hälsoekonom och konsult till FAS vid utvärderingen av svensk hälsoekonomi

Var kan jag läsa mer?

Rapporten "An evaluation of Swedish health economics research" författad av Michael Drummond, Grete Botten, Unto Häkkinen, Kjeld Møller Pedersen kan beställas eller laddas ner från FAS hemsida www.fas.se



Michael Drummond professor vid University of York och ordförande i den internationella expertgruppen.

"Swedish health economics research has an outstanding performance in terms of publications in top quality health economics journals, but little work has been done on health system type of issues compared to economic evaluation at treatment level. Overall, the policy impact of research does not match its quality. That is why we suggest stronger linkages between policy-making and research. There is also room for improved funding conditions. Swedish researchers have been successful in obtaining project funding, but the lack of programme funding and a growing problem of funding PhDs will lead to problems in the long-term."



Björn Lindgren, professor i hälsoekonomi vid Lunds universitet, kommenterar varför hälso-

ekonomisk forskning har varit så framgångsrik i Lund och Malmö.

"Jag tror att det finns tre förklaringar som tillsammans bildar en helhet. För det första finns här en lång tradition av kvalificerad hälsoekonomisk forskning, i modern tid sedan början av 1970-talet. För det andra finns här en medveten strategi för hälsoekonomisk forskning och utbildning: forskningen förenas i teoriutveckling, metodutveckling och empiri; ett omfattande kursutbud på grund- och forskarutbildning riktar sig både till personer som själva vill arbeta som hälsoekonomer och till personer inom vård och omsorg som vill orientera sig i hälsoekonomi. För det tredje finns här en intellektuell nyfikenhet och en fysisk närhet, som stimulerar samarbete över gränserna, och de mötesplatser, LUCHE, Vårdalinstitutet och IHE, som gör samarbetena möjliga."

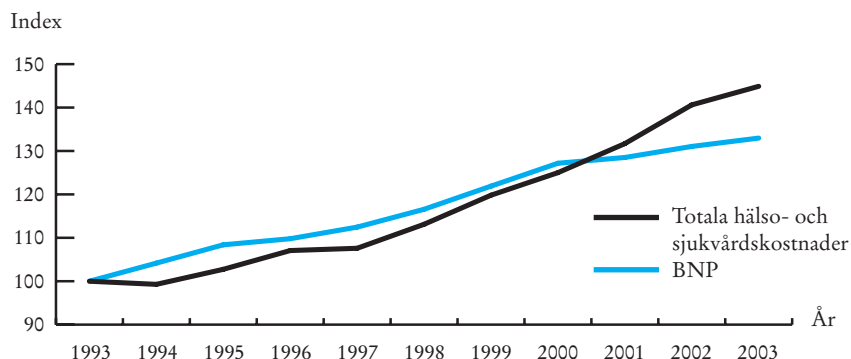
Mer resurser till vård och omsorg

Uppgifter om totala resurser i svensk vård och omsorg är ganska knapphändiga. Det förklaras delvis av att ansvaret är uppdelat mellan staten, landstingen och kommunerna. Till problemen hör också att landstingen och inte minst kommunerna har andra uppgifter vid sidan av vård och omsorg. Det skapar också problem vid jämförelse av svenska hälso- och sjukvårdsresurser med motsvarande i andra länder.

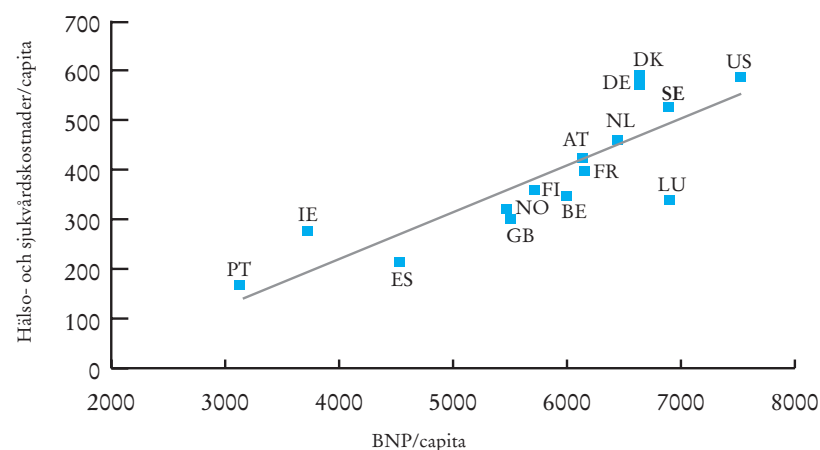
Jämfört med förutsättningarna i andra länder uppvisade svensk hälso- och sjukvård en ganska unik utveckling kring mitten av 1990-talet. Om det då funnits ett Europamästerskap i kostnads kontroll i hälso- och sjukvården hade Sverige utmanat Finland om guldmedaljen. Det kan kopplas samman med att Finland, precis som Sverige, hade en ekonomisk kris i början av 1990-talet. Denna kris ledde i både Finland och Sverige fram till krav på besparingar inom offentlig sektor, däribland vård och omsorg. Från 1997 ökar dock kostnaderna på nytt och i snabbare takt än ökningen i bruttonationalprodukten, BNP (Figur 1). Det innebär också att hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökat under denna tid.

Sett över en längre tidsperiod har Sverige, trots de senaste årens positiva utveckling, tappat mot andra länder när det gäller storleken på de resurser som spenderas på hälso- och sjukvård. Sverige satsar fortfarande ungefär de resurser på hälso- och sjukvården som kan förväntas mot bakgrund av BNP, men BNP har försvagats jämfört med andra länder. Detta framgår av figurerna 2 och 3 där förhållanden inom EU (15) samt USA och Norge ingår. År 1975 var Sveriges BNP per capita bland de högsta i världen och få andra länder satsade mer resurser per capita på hälso- och sjukvården. Knappt 30 år senare ligger Sverige i mitten av EU-länderna, både vad gäller BNP respektive sjukvårdsutgifter per capita. Det finns flera länder som satsar mer resurser än Sverige på hälso- och sjukvården, men dessa länder har också en högre BNP som finansieringskälla.

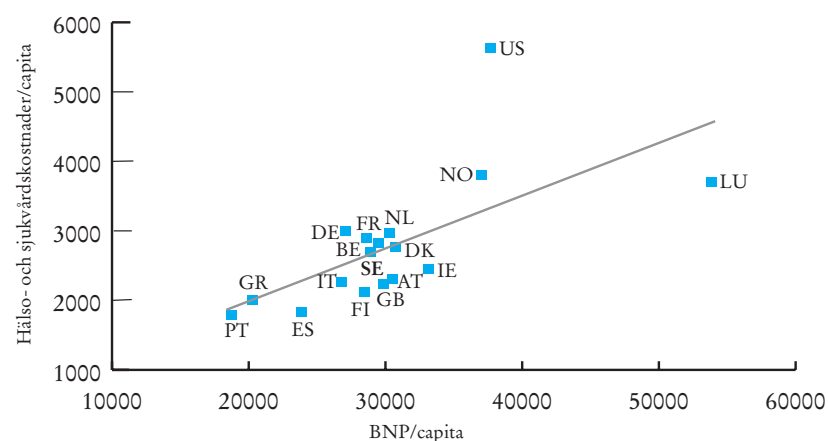
Figur 1. Utvecklingen av BNP och totala hälso- och sjukvårdskostnader i Sverige 1993-2003. (Index 1993=100, 2000 BNP prisnivå)



Figur 2. Hälso- och sjukvårdskostnader och BNP per capita i EU (15) + USA och Norge, 1975 (US\$ PPP)



Figur 3. Hälso- och sjukvårdskostnader och BNP per capita i EU (15) + USA och Norge, 2003 (US\$ PPP)



Gästskribent:

Bo Holmberg, apotekare,

Apotekarsocieteten

Läkemedelsmarknad i förändring

Under de senare decennierna på 1900-talet var läkemedelsmarknaden mycket expansiv med introduktion av många nya och innovativa läkemedel, fusioner av läkemedelsföretag till en global marknad och en försäljning med "double digit growth". Början av 2000-talet har i många avseenden inneburit en avmattning, innehållande både vetenskapliga och affärsmässiga komponenter.

Forskningsinsatserna för läkemedel, som hos de globala läkemedelsföretagen utgör mellan 15 och 20 procent av försäljningen, har ökat med mer än 10 procent i flertalet fall under de senaste 25 åren. Antalet läkemedelskandidater i *tidig utvecklingsfas* – preklinisk och klinisk forskning – har tredubblats under samma period, från 2 500 till mer än 7 500. Inriktningen har ändrats från en fördelning på vardera drygt 10 procent för områdena neurologiska och infektionsläkemedel, anticancer- och kardiovaskulära medel till att idag omfatta anticancermedel och "biotech" med vardera ca 25 procent av insatserna. Trots de stora företagsfusionerna, som bl a haft som mål att öka innovationstakten, har de tio världsledande företagen en mindre andel av forskningsportföljerna idag än ursprungsföretagen hade för några decennier sedan. Antalet små och medelstora företag med läkemedelsutveckling i tidig fas har tredubblats, varav en stor del är små "biotech" företag med en eller två produkter under utveckling.

Introduktionen av nya läkemedel har inte alls följt samma utveckling. Under 1980-talet och 1990-talets introducerades mellan 60 och 80 nya läkemedel per år, medan antalet introduktioner under senare år endast utgör hälften av denna nivå. Ett annat dilemma för de globala läkemedelsföretagen är att patenten för 80 procent av deras storsäljare går ut under de kommande fem åren, varvid försäljningen till stor

del tas över av generikaföretagen. Dessa ökar för närvarande sin försäljning med mer än 20 procent per år och har idag mer än 10 procent av världsmarknaden.

Möjligheterna för storföretagen att kompensera bortfallet med introduktion av nya "blockbusters", dvs läkemedel med en årlig försäljning av en miljard dollar, anses vara begränsad. Därför har intresset för "nischbusters" ökat, dvs dyra läkemedel för mindre vanligt förekommande sjukdomar.

Prissättning av läkemedel

Prissättningen av läkemedel är föremål för en ständig debatt, inte minst mellan Europa, som har prisreglering, och USA, som i princip har en fri prissättning. De motstridiga intressena att ha kontroll på de offentliga utgifterna för läkemedel å ena sidan och att bidra till forskningen för nya läkemedel å den andra, tar sig olika uttryck. Amerikanska företag, myndigheter och allmänheten har kritiserat Europa för att med sin strikta hållning lägga allt för stort ansvar för forskningen på USA.

I Sverige har Läkemedelsförmånsnämnden nyligen jämfört priserna för 55 nya läkemedel med 17 europeiska länder och konstaterat att prisnivån i Sverige är 4 procent lägre än genomsnittet. Tio länder har en högre prisnivå medan sju länder har en lägre nivå än Sverige. Tas hänsyn till den generella inkomst- och prisnivån är det endast tre länder som har lägre priser än Sverige.

Försäljningsutvecklingen

Det råder en viss osäkerhet om hur den globala världsmarknaden, som totalt beräknas uppgå till drygt 600 miljarder dollar, kommer att utvecklas. USA, som utgör nästan hälften av den registrerade världsmarknaden ökade med sju procent under 2005, en kraftig nedgång i förhållande till tidigare år. Enligt IMS Health beräknas en viss återhämtning

ske på den amerikanska marknaden upp till nio procent detta år. Europamarknaden däremot, som utgör en fjärdedel av världsmarknaden, minskar något och når en ca femprocentig ökning i år enligt prognoserna.

De andra stora blocken, Asien/Afrika/Australien (med ca 7% av världsmarknaden) och Latinamerika (med 4%) förväntas öka med 13 procent år 2006. Länder, som i förhållande till sin storlek har låg andel av den totala marknaden, förväntas öka mest: Kina med 28 procent och Ryssland med 16 procent.

Siffrorna är osäkra och varierar något mellan de löpande prognosrapporterna. Den allmänna slutsatsen är dock att världsmarknaden kommer att öka sin tillväxttakt till sammantaget ca sju procent år 2006. Det som talar för denna utveckling är att antalet substanser i forskningen är fler än någonsin och att ökningstakten i länder med snabb tillväxt är hög. Tveksamheten grundar sig på att vägen till slutligt godkännande är lång och dyr, bakslag för produkter med förväntad stor försäljning, svårigheter att tillämpa traditionell klinisk forskning på "biotech" läkemedlen och ökade krav på individuell belysning av läkemedelseffekterna.

En aktuell fråga inom EU är om Europa kan leva upp till den sk Lissabon-strategin, vars övergripande syfte är att utveckla Europa mot en världsledande, konkurrenskraftig och kunskapsbaserad ekonomi. Strävan är att det ökande avståndet till USA minskas och att konkurrensen från Asien balanseras. Konkret skall därför det sjunde forskningsprogrammet (FP 7) som inleds 2007, få ökat anslag från 5 till 10 miljarder euro per år. En stor del prioriteras för forskning inom Life Science och innovativa mediciner. En förutsättning för att nå framgång är att man kan utbilda och behålla spjutspetsforskare och att det internationella samarbetet förbättras.

Implementeringen av NHA presenteras

I en kommande bok från IHE presenteras den globala utvecklingen gällande implementering och användande av National Health Accounts (NHA). Boken är ett resultat av ett flerårigt arbete vid IHE med olika studier kopplade till utveckling och användande av NHA, finansierat av Sida (Styrelsen för internationellt utvecklings-samarbete).

I boken ges en översikt av historien bakom och utvecklingen av NHA fram tills idag. Användare av NHA – framförallt hälsoministerier och stora organ som WHO, Världsbanken och olika biståndsgivare – samt vilka olika metoder som används presenteras. Intresset för NHA har vuxit starkt de senaste 10 åren och mer än 70 länder i världen har i dagsläget tagit fram NHA minst en gång. Cirka en tredjedel av dessa länder har dessutom institutionaliserat processen. En majoritet av de länder som tagit fram NHA är utvecklingsländer.

I arbetet med att stödja nationella NHA-teams arbete har biståndsorganisationer och multilaterala organisationer bland annat finansierat utvecklingen av regionala NHA nätverk. Syftet med dessa nätverk är att underlätta kunskapsöverföring kring NHA mellan olika länder. Fördelar med att vara medlem i ett sådant nätverk samt framgångsfaktorer för att utveckla ett lyckat nätverk beskrivs i boken, baserat på en enkätstudie till medlemmar i nätverken

samt representanter för organisationer som stöttar nätverksaktiviteter. Mer än 45 medlemsländer är representerade i studien.

Konkreta exempel på hur NHA används av beslutsfattare på landnivå beskrivs också i boken. Dessa är baserade på fallstudier som medarbetare vid IHE har gjort i Kenya, Zambia, Mali och Uganda. I studierna framkommer att beslutsfattare inom hälsoministerier, biståndsorganisationer och multilaterala organisationer i de olika länderna använder NHA och annan hälso- och sjukvårdsdata i varierande grad. I Kenya, exempelvis, är beslut inom hälso- och sjukvårdssektorn ofta väl underbyggda av data medan det är svårt att implementera fattade beslut. Potentiella hinder för policy implementering kartläggs också i boken baserat på en uppföljningsstudie i Kenya.

En av fördelarna med NHA är att de underlättar jämförelser av utgifter för hälso- och sjukvården mellan olika länder samt över tiden. En sådan jämförelse mellan tio länder i södra Afrika presenteras i boken, baserat på en genomgång av tillgängliga NHA rapporter. För att jämförelser ska vara möjligt är det viktigt att samma metodologi används vid framtagande av NHA. Vidare är det viktigt att länder uppdaterar sina NHA kontinuerligt. Det sistnämnda är även en förutsättning för att beslutsfattare ska ha tillgång till aktuella data att basera sina policybeslut på.

Även om intresset för NHA har

vuxit kraftigt över en tioårsperiod är det långt kvar innan potentialen utnyttjats fullt ut. Fyra internationella NHA symposier har arrangerats sedan 1999. Val av tema vid dessa reflekterar den utveckling som skett på området. De två första symposierna fokuserade metodfrågor och institutionalisering medan de två senare i högre grad fokuserade användande av NHA. Framförallt temat på det fjärde symposiet "Involving Leaders, Impacting Policy: Tracking Investment in Priority Health Care" ger uttryck för att NHA kan vara ett betydelsefullt instrument i reformprocesser. Det är emellertid viktigt att även fortsättningsvis poängtera betydelsen av en fortsatt institutionalisering samt att använda samma metodologi över tiden och i olika länder. Långt ifrån alla länder som tagit fram NHA har institutionaliserat processen och det är först när informationen produceras regelbundet som den blir riktigt värdefull för beslutsfattare.

Sida ger stöd till utveckling och implementering av NHA i olika länder, företrädesvis i södra Afrika, som en del av det svenska hälsorelaterade biståndet. Ett av de övergripande målen med Sidas hälsorelaterade bistånd är att stödja utvecklingen av hållbara och effektiva hälso- och sjukvårdssystem. Inom ramen för Sidas hälsorelaterade bistånd ingår även att aktivt arbeta med svenska aktörer för att på så sätt underlätta kontakter mellan samarbetsländer och den svenska resursbasen.

Nationella hälso- och sjukvårdsräkenskaper (National Health Accounts – NHA)

är ett instrument ämnat att ge en fullständig bild över ett lands alla hälso- och sjukvårdsutgifter. Instrumentet fokuserar på flödet av finansiella medel från finansörer till olika vårdgivare och inkluderar alla utgifter, oberoende av vem som betalar och kan användas vid beslut om fördelning av knappa resurser inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Var kan man läsa mer?

Anna H Glenngård, Frida Hjalte & Catharina Hjortsberg. National Health Accounts – Developments, Institutionalisation and Policy Implications Selected Papers from IHE Studies. IHE: Lund, 2006. Boken kan beställas direkt från IHE. Studien har finansierats av SIDA. *Under utgivning.*

Resursfördelning och osäkerhet i fattiga länder

– Exemplet sjukhus i Zambia

Resursfördelning inom hälso- och sjukvården i fattiga länder är förknippat med stora problem till följd av mycket knappa resurser och omfattande hälsoproblem. Ett mindre uppmärksammat problem är konsekvenser av den osäkerhet som sjukhus och andra vårdgivare tvingas leva med, till följd av att de resurser som faktiskt budgeterats inte kan betalas ut. Detta problem, förorsakat av fattiga länders instabila ekonomi, studeras i en ny rapport inom ramen för IHEs institutionella samarbete med Department of Economics, University of Zambia.

Studien avgränsas till förhållanden för sjukhus i Zambia och baseras på data om utbetalda resurser (till skillnad från budgeterade) samt information från sjukhusansvariga om hur osäkerheten i resurstilldelningen hanteras. De totala hälso- och sjukvårdsutgifterna i Zambia uppgår till 21 US-dollar per capita (år 2002) vilket är långt under den nivå som krävs för att tillhandahålla en rimligt god sjukvård. Vidare finns det endast omkring 600 läkare för en befolkning på 10 miljoner. Cirka tre fjärdedelar av befolkningen i Zambia lever i fattigdom.

Flera strategier för hantering av osäkerhet i budgettilldelningen kunde identifieras, samtliga med negativa effekter för möjligheterna att tillhandahålla en god vård på lika villkor. Den vanligaste strategin bland sjukhusen var att föra över den finansiella osäkerheten på patienterna i form av *ökad patientavgifter*. De flesta sjukhus tillåts ha så kallade 'high-cost wings' där patienter med god betalningsförmåga förväntas betala för sin vård fullt ut. För några sjukhus i tätt befolkade områden är intäkterna från patienter högre än den totala budgettilldelningen från myndigheter. *Fördröjning av utbetalningar till leverantörer* av vatten, el och telefonlinjer var en annan vanlig strategi. Alla sjukhusen hade stora utestående skulder, som naturligtvis också innebar en finansiell osäkerhet för berörda leverantörer.

Under de senaste årtiondena har utvecklingen i flertalet OECD länder, däribland Sverige, inneburit att vårdgivare

fått ta en ökad finansiell risk genom tillämpning av prospektiva och fasta ersättningsprinciper. Detta har varit ett sätt för finansierarna att skapa bättre kostnadskontroll över verksamheten. I fattiga länder kan konstateras att den finansiella risken redan från början ligger på vårdgivarna genom otillräckliga resurser samt fördröjning i utbetalningarna. Ett viktigt kriterium för utvärdering av nya ersättningsprinciper i dessa länder är därför i vilken utsträckning de bidrar till en *minskad* finansiell osäkerhet för vårdgivare. Denna slutsats från projektet illustrerar faran i att okritiskt överföra lösningar som fungerar i vissa länder till länder med helt andra förutsättningar.

För mer information om studien, kontakta *Anna H Glenngård* ag@ihe.se



Anna H Glenngård, polmag, arbetar som projektledare på IHE. Anna har en examen med inriktning mot nationalekonomi (finansiering och

utvecklingsekonomi) och har under sina tre år vid IHE i huvudsak arbetat inom verksamhetsområdena "Hälso- och sjukvård i utvecklingsländer" och "Utvärdering av läkemedel och medicinsk teknologi". Anna har bl a under åren arbetat med den fortlöpande sammanställningen och uppdateringen av förekomsten och användningen av nationella hälso- och sjukvårdsräkenskaper i olika länder. Anna har också genomfört fallstudier kring användandet av NHA i Zambia, Kenya och Uganda. Förutom sitt projektarbete på IHE är Anna forskarstuderande på företagsekonomiska institutionen vid Ekonomihögskolan i Lund.

HiT profilen för Sverige uppdaterad

European Observatory on Health Systems and Policies, ett samarbetsorgan mellan bl a Världshälsoorganisationens europakontor, Världsbanken, London School of Economics and Political Science och London School of Hygiene & Tropical Medicine, har sedan flera år publicerat studier om hälso- och sjukvårdssystem i Europa. På deras hemsida finns tillgång till så kallade HiT (Health systems in Transition) rapporter för ca 50 europeiska länder samt Canada.

HiT profilerna är landbaserade rapporter som har till syfte att tillhandahålla relevant information om hälso- och sjukvårdssystem för att främja utvecklingen av hälsosystem i de europeiska länderna.

I korthet syftar HiT profilerna till att:

- ▶ beskriva hur vård och omsorg organiseras, finansieras och tillhandahålls
- ▶ beskriva institutionella förutsättningar samt innehåll och implementering av reformer
- ▶ belysa aktuella och framtida utmaningar inom hälso- och sjukvården
- ▶ tillhandahålla ett verktyg för att underlätta kunskapsöverföring om olika länders hälsosystem.

IHE har nyligen avslutat arbetet med att revidera och uppdatera HiT profilen för Sverige. Det är tredje gången IHE fått uppdraget att skriva HiT profilen för Sverige. Arbetet med de två tidigare rapporterna genomfördes 1996 samt 2001.

Var kan man läsa mer?

Glenngård A H, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.

www.euro.who.int/observatory

Europeisk hälsoekonomi-konferens i Budapest

I början av juli 2006 äger den sjätte europeiska hälsoekonomiska konferensen rum i Budapest, Ungern. IHE kommer att medverka på konferensen med en poster och två muntliga presentationer.

Sandra Jansson kommer att presentera en poster på temat prioriteringar och läkemedel, "Implementing accountability for reasonableness – the case of pharmaceutical reimbursement in Sweden". Studien baseras på de beslut som Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) fattat sedan nämnden startade sitt arbete oktober 2002 och har haft som syfte att undersöka om LFN:s beslutsprocess har gett upphov till en öppen, rättvis och legitim prioriteringsprocess. Studien bygger på internationella erkända principer om vad som kan karaktärisera öppna och legitima prioriteringar i hälso- och sjukvården. Studien visar att LFN:s subventionsbeslut av receptläkemedel i hög grad uppfyller fastställda kriterier för öppna, rättvisa och legitima processer.

Jonas Hjelmgen kommer att presentera resultaten från en enkätstudie om hur befolkningen värderar olika primärvårdsmodeller. Studien baseras på en sk discrete choice-metodik, vilket bland annat innebär att de tillfrågade ställs inför olika val av primärvårdsmodeller med olika egenskaper. Studien visar

bl a att de egenskaper som påverkat valet av primärvårdsmodell är grad av patientinflytande över den vård man får, möjligheter att själv välja vårdgivare, väntetider samt patientavgifter. Av en subgruppsanalys framgår också att äldre personer och personer med dålig hälsa föredrar att lista sig hos egna allmänläkare, medan många förvärvsaktiva föredrar att lista sig hos ett team.

Tillsammans med professor *Per Gunnar Edebalk*, Socialhögskolan i Lund, kommer *Marianne Svensson*, IHE, att presentera resultaten av en pågående intervjustudie om kvalitetskonkurrens och kundval i äldreomsorgen, "Quasi-markets with fixed prices – 'quality-competition' in elderly care". I ett kundvalssystem i hemtjänsten är den ersättning som utförarna får bestämd av kommunen och lika för alla utförare (givet uppdraget). Eftersom utförarna inte kan påverka priset brukar denna konkurrenssituation kallas för kvalitetskonkurrens. Utförarna konkurrerar genom att på olika sätt stärka (och bibehålla) kvaliteten i hemtjänsten för att få brukare att välja just dem som utförare. Studien kommer bl a att belysa vad kvalitetskonkurrens egentligen är och hur kundvalssystemets konstruktion kan påverka kvalitetskonkurrensen.

www.eche2006.com

IHE söker ny medarbetare

Arbetsuppgifter: Medverka i hälsoekonomiska utvärderingar för publicering i vetenskapliga tidskrifter inom främst läkemedelsområdet.

Krav: Höga krav på analytisk förmåga, noggrannhet och förmåga att arbeta självständigt. Vi ser gärna att Du genomgått relevant forskarutbildning och/eller har lång erfarenhet av hälsoekonomiska utvärderingar, inklusive modellstudier.

Eventuella frågor besvaras av Anders Anell, tel: 046-32 91 05 eller Ulf Persson, tel: 046-32 91 16. Ytterligare information om IHE finns på hemsidan, www.ihe.se



Aktuella publiceringar

Anell A. Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway. *Health Policy* 2005; 75: 9-17.

Hjalte F. The National Health Accounts process in Mali. *Sida Health Division Document* 2006:2

Hjelmgren J, Anell A & Nordling S. Befolkningens värdering av olika egenskaper i primärvården. En studie baserad på 'Discrete Choise' metodik (DCE). IHE e-rapport 2006:1.

Glenngård A H & Halte F. Use of National Health Accounts – the Case of Uganda. *Sida Health Division Document* 2006:1

Glenngård A H, Hjalte F & Hjortsberg, C. National Health Accounts – Developments, Institutionalisation and Policy Implications Selected Papers from IHE Studies. Lund: IHE, 2006. *Under utgivning.*

Glenngård A H, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.

Jansson S & Anell A. The impact of decentralised drug-budgets in Sweden – A survey of physicians attitudes towards costs and cost-effectiveness. *Health Policy* 2006; 76: 299-311.

Persson U & Ödegaard K. Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma. IHE e-rapport 2005:3.

IHE-FORUM 2006

7-8
september

Hur utforma framtidens vård – skapa nytt eller hålla fast vid det som varit?

Utifrån internationella och svenska erfarenheter fokuseras primärvårdens förändringar, samt läkemedelsanvändning och patientnytta.

- ✔ **Befolkningens önskemål och nya sätt att möta patienten**
- ✔ **Om kompetenser och yrkesroller i primär- och närsjukvård**
- ✔ **Ersättningsmodeller för primär- och närsjukvård**
- ✔ **Uppföljning av läkemedelsanvändning för ökad säkerhet och patientnytta**
- ✔ **Läkemedelskommittéernas roll och användning av hälsoekonomi**
- ✔ **Kostnadsansvar och incitament för effektivare förskrivning**

Medverkar gör bland andra:

Richard Bergström, verkställande direktör, Läkemedelsindustri-föreningen

Paula Blomqvist, fil.dr, statsvetenskapliga institutionen, Uppsala Universitet samt Arbetslivsinstitutet

Anna Hedborg, generaldirektör och särskild utredare

Sten Iwarson, professor och LOK-ordförande, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Lasse Källström, verkställande direktör, Carema primärvård

Ann Lindgren, ordförande Sveriges pensionärsförbund

Neal Maskrey, medical director, National Prescribing Centre, Liverpool

Mikael Ohrling, sjukvårdsdirektör, Stockholms läns sjukvårdsområde

Janet Parmvi, avd ordförande Vårdförbundet Skåne och förbundsstyrelseledamot

Chris Salisbury, professor, University of Bristol

Richard Saltman, professor, Emory University, Atlanta

Karin Sennfält, hälsoekonom, AstraZeneca

Benny Ståhlberg, andre vice ordförande Sveriges Läkarförbund

Mats Svegfors, Ansvarskommitténs ordförande

Bengt Westerberg, tidigare socialminister, ordförande i Röda Korset och Vetenskapsrådet

Tid: 7-8 september

Plats: Scandic Star, Lund

Sista anmälningdag: 14 juli

Deltagaravgift: 3 700 kr (exkl.moms), inkluderar kaffe/te, luncher och middag torsdag kväll

Information: www.ihe.se / ihe-forum@ihe.se / 046-32 91 00



IHE information 2/2006

Redaktör: Marianne Svensson
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 2006