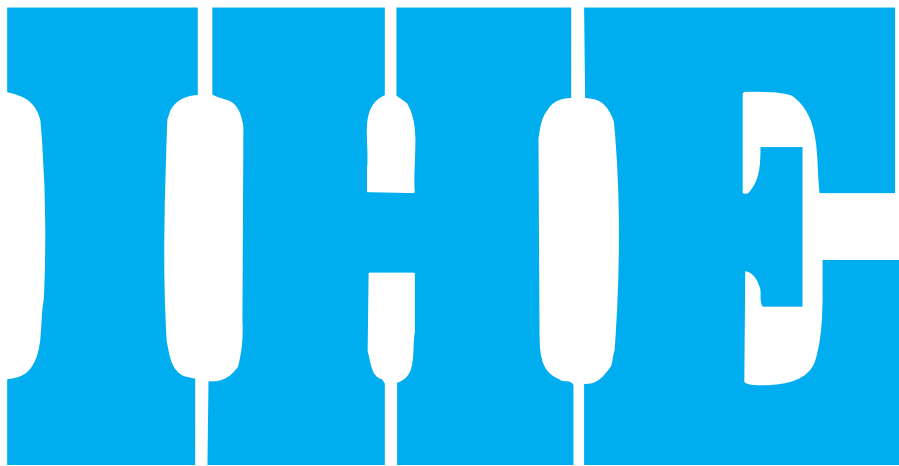


- 1 Resurser i svensk hälso- och sjukvård
- 2 Avregleringar bland apotek i Danmark, Island och Norge
- 4 IHE-FORUM 2004
- 6 Vilka förutsättningar finns för öppna och legitima beslutsprocesser i LFN?
- 6 Patientskadors långsiktiga effekter
- 7 IHEs samarbete med Sida inom NHA
- 7 Hälsoekonomikonferens i London
- 8 Så började det...
- 8 Aktuella publiceringar



INSTITUTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEKONOMI

Resurser i svensk hälso- och sjukvård

Den svenska hälso- och sjukvårdens resurser utgör ett stående tema i den allmänna debatten. Inte sällan förs diskussionerna med utgångspunkt i uppgifter om besparingar, nedskärningar och ständigt återkommande rapporter om underskott i sjukvårdshuvudmännens budgetar. I en ny rapport av IHEs *Anders Anell* och *Frida Hjalte* redovisas istället den faktiska utvecklingen av resurser i svensk hälso- och sjukvård över tiden och i jämförelse med sex andra länder. Data hämtas i huvudsak från OECD Health Data 2004 och avser utvecklingen sedan början av 1990-talet.

Den ekonomiska krisen i Sverige under första hälften av 1990-talet påverkade högst påtagligt resursutvecklingen i hälso- och sjukvården. Mätt i fasta priser var sjukvårdsutgifterna i stort sett oförändrade under denna period, vilket kan ses som en direkt följd av den mycket svaga utvecklingen av bruttonationalprodukten (BNP). Mellan 1997 och 2002 ökade dock sjukvårdsutgifterna i en snabbare takt än BNP. Följaktligen steg sjukvårdsutgifternas andel av BNP under samma period från 8,2 till 9,2 procent. Dessa siffror inkluderar den sjukvård som drivs av kommunerna för att få bättre jämförbarhet med motsvarande andelar i andra länder. Samma utveckling återfinns intressant nog inom OECD generellt. År 1997 uppgick den genomsnittliga andelen hälso- och

sjukvårdsutgifter inom OECD till 7,8 procent av BNP medan den steg till 8,5 procent år 2002.

Finansiella resurser

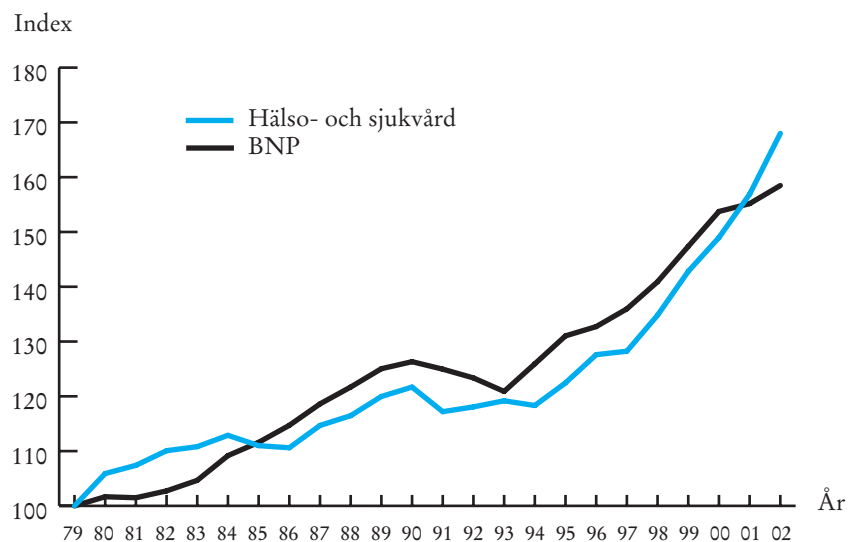
Sjukvårdsutgifternas andel av BNP är högre i Sverige än i de andra länderna i vår jämförelse som finansierar hälso- och sjukvården med skatter (Danmark, Norge och Storbritannien), men lägre än de länder som finansierar vården ge-

nom obligatoriska eller privata försäkringar (Frankrike, Tyskland och USA). Mätt som sjukvårdsutgifter per invånare är det bara Storbritannien i vårt urval av länder som tilldelar hälso- och sjukvården mindre resurser än Sverige. Både Norge och Danmark har förvisso lägre sjukvårdsutgifter som andel av BNP, men genom en högre BNP per invånare blir det ändå mer pengar till sjukvården i dessa båda länder än i Sverige.



Tillväxt i BNP och utgifter för hälso- och sjukvården 1979 - 2002.

Index 1979=100. Fasta 1995 års priser



Källa: OECD Health Data, 2004.

Avregleringar bland apotek i Danmark, Island och Norge

Villkoren för svenska apotek och försäljning av läkemedel har varit föremål för ett flertal utredningar under de senaste decennierna. Under senaste året har frågan om konkurrens, ägande och etablering av apotek på nytt aktualiserats genom det s.k. Hannermålet i EU-domstolen. Som underlag för en diskussion om framtida villkor för läkemedelsförsäljning är det därför värdefullt att ta del av erfarenheter från våra nordiska grannländer där avregleringar med olika inriktningar har genomförts under senare tid.

Villkoren för apotek och försäljning av receptfria läkemedel har förändrats under senare år i Danmark, Island och Norge.

- Island och Norge införde i princip fri etablering och fritt ägande (med viktiga undantag) av apotek år 1996 respektive år 2001.
- Danmark och Norge avreglerade försäljningen av vissa receptfria läkemedel år 2001 respektive år 2003.

Traditionellt sett har de privata apoteken i dessa länder ägts av en apotekare som arbetat som ensamföretagare. Det har inte varit tillåtet att äga mer än ett apotek och myndigheterna har utöver priskontrollen dessutom reglerat apotekens öppettider och lönsamhet. Samma villkor gällde i Sverige före bildandet av Apoteksbolaget AB år 1971, då samtliga privata apotek slogs ihop inom ramen för ett statligt kedjeföretag. Läkemedelskostnaden per invånare



Reala resurser

Sett till reala resurser har den totala sysselsättningen i hälso- och sjukvården minskat i Sverige, medan antalet läkare och sjuksköterskor ökat. Utvecklingen i de andra länderna varierar. I Storbritannien och USA har antalet sysselsatta ökat, medan ingen tydlig trend kan noteras för antalet sysselsatta i Danmark, Frankrike och Tyskland. Antalet läkare och sjuksköterskor ökar i samtliga länder, från något olika nivåer och i olika takt. Den utvecklingen ska ses mot bakgrund av investeringar i ny medicinsk teknologi och en allmän överföring av vård till öppna former.

Beträffande antalet vårdplatser för korttidsvård per invånare kan noteras att Sverige enligt OECD statistiken numera har den lägsta nivån av de sju länderna. Sett till utvecklingen i andra OECD länder är den snabba neddragningen av antalet vårdplatser och den reducerade sysselsättningen i svensk sjukvård i viss mån unik. Ett land med en jämförbar utveckling är Finland. Det kan förmodligen kopplas samman med att Finland, liksom Sverige, hade en ekonomisk kris i början av 1990-talet, med efterföljande krav på kostnadskontroll inom offentlig sektor inklusive hälso- och sjukvården. Trots

minskningen i Sverige är antalet sysselsatta i hälso- och sjukvården per invånare fortfarande högre än i Danmark, Frankrike och Storbritannien och jämförbar med förhållanden i amerikansk sjukvård.

Jämförelsen mellan Sverige och andra länder i rapporten baseras på OECDs statistik. Det innebär att statistiken ska omfatta den sjukvård som bedrivs i kommunerna, men däremot inte den kommunala omsorgen. Vad som är vård respektive omsorg är dock inte helt givet och kan dessutom förändras över tiden. Sett till förhållanden i Sverige är det väl känt att det reducerade antalet vårdplatser på sjukhusen lett till ökade krav på den kommunala äldre vården. En stor del av vården till de äldre tillhandahålls numera av kommunerna. Samtidigt har det skett en förskjutning av omsorgsbehov till anhöriga genom kraven på hårdare prioriteringar i kommunerna. De äldre har som grupp betraktat fått mer behandling och medicinsk teknologi i den landstingskommunala sjukvården, samtidigt som omvårdnads- och omsorgsbehoven i större utsträckning tas omhand av kommuner och anhöriga.

De flesta OECD länder möter en växande efterfrågan på sjukvård på grund av en äldre befolkning men framför allt som konsekvens av ny medi-

cinsk teknologi. Kan fortsatta omstruktureringar i svensk sjukvård frigöra lika mycket resurser som under 1990-talet för att möta dessa framtida krav? Om inte så får den ekonomiska tillväxten tillsammans med förmågan att prioritera en större betydelse för framtida möjligheter att tillhandahålla en god vård.

Var kan man läsa mer?

Anell, A & Hjalte, F. *Resurser i svensk hälso- och sjukvård. En jämförelse med Danmark, Frankrike, Norge, Storbritannien, Tyskland och USA. Med utgångspunkt i OECD Health Data 2004.* IHE e-rapport 2004:4. Rapporten kan laddas ner från IHEs hemsida. Studien har finansierats av Landstingsförbundet.

SNS Välfärds- politiska råd 2004

presenterar den 23 november rapporten *Hälsa och tillväxt – vad betyder sjukvården?*

För mer information,
www.sns.se

är väsentligt högre i Island än i de övriga nordiska länderna (se tabell). Islands höga kostnad beror på en högre genomsnittlig prisnivå per läkemedel, vilket inte påverkats av avregleringen. Antalet invånare per apotek varierar mellan länderna. Högst tillgänglighet har Island. I ett EU-perspektiv har särskilt Danmark, men även Norge och Sverige förhållandevis många invånare per apotek, dvs. en låg tillgänglighet. Antalet invånare per apotek är emellertid ett bristfälligt mått på tillgängligheten. Med hänsyn till befolkningsstruktur och vilka möjligheter befolkningen har att ta sig till apoteken har Norge sannolikt en sämre tillgänglighet för stora delar av befolkningen jämfört med Danmark. I alla länderna finns sedan en lång tid tillbaka olika former av apoteksfilialer, vilka ibland inte framgår av jämförande statistik. Antalet invånare per apotek säger inte heller något om tillgången på enskilda läkemedel eller farmaceutisk kompetens.

Island och Norge

Tillgängligheten till apotek i Island var god redan innan reformen, åtminstone i de befolkningstäta områdena. Även om tillgängligheten har förbättrats genom etablering av fler apotek och längre öppettider, var detta ingen central målsättning i samband med avregleringen. En viktigare målsättning var att uppnå bättre kostnadskontroll på läkemedel genom priskonkurrens. Apotekskedjorna valde dock att ge rabatter på kundernas egenavgifter för att få dem att hämta ut sina recept på just de egna apoteken. På så sätt tillföll inte vinsterna av priskonkurrensen den isländska staten.

Även i Norge har det blivit fler apotek som efterhand integrerats i konkurrerande kedjor. Till skillnad från Island har det emellertid inte uppkommit någon priskonkurrens mellan apoteken i Norge. Däremot har de centrala målsättningarna att förbättra tillgängligheten och att reducera väntetiderna infriats genom både fler apotek och läng-

re öppettider. Samtidigt som apoteken blivit fler och öppettiderna förlängts har tillgängligheten till farmaceutisk kompetens tunnats ut.

Det viktigaste konkurrensmedlet mellan apotekskedjorna i Norge och Island är lokaliseringen av apotek. Andra betydelsefulla förändringar är framväxten av horisontella integrerade apotekskedjor, som i Norge även är vertikalt integrerade med grossisterna. Marknaden har utvecklats till nationella oligopol, dvs. en nationell konkurrens mellan ett fåtal aktörer. Effekterna av denna typ av konkurrens är svårbedömd då enskilda aktörer kan få stort inflytande på marknadens utveckling.

I Norge är det sedan ett år tillbaka tillåtet att sälja vissa receptfria läkemedel utanför apotek. År 2004 hade 5300 butiker tillstånd för sådan försäljning. Ett undantag är naturläkemedel och rökavvänjningspreparat upp till 2 mg nikotin per dos, vilka får säljas utan tillstånd. Även om det har gått en förhållandevis kort tid efter avregleringen, indikerar försäljningsstatistiken att butikernas marknadsandel har ökat. För smärtstillande läkemedel och nässprejer var apotekens omsättning ca 40 procent lägre i april 2004 jämfört med samma månad föregående år, vilket är mer än vad Norges Apotekerforening hade förväntat sig.

Danmark

I Danmark innebar avregleringen att livsmedelsbutiker, större kiosker och bensinstationer från och med okt 2001 fick möjligt att söka tillstånd att sälja vissa receptfria läkemedel. År 2004 hade drygt 1000 butiker ett sådant till-

stånd vilket inneburit att tillgängligheten till receptfria läkemedel inom det fria sortimentet har ökat, men kanske inte fullt så mycket som siffran kan ge sken av. Tillgängligheten var redan tidigare bättre än vad statistiken över antalet apotek visar, eftersom statistiken inte omfattar de mindre försäljnings- och utleveringsställen som är knutna till apoteken.

De danska apotekens totala omsättning har inte påverkats nämnvärt av de nya reglerna. Uppskattningsvis reducerades apotekens omsättning med en procent under första året med en liberaliserad försäljning av receptfria läkemedel. För vissa läkemedelsgrupper är emellertid butikernas andel av den totala försäljningen större. För rökavvänjningspreparat och smärtstillande medel i mindre förpackningar (10-pack) är butikens marknadsandel 40-50 procent. Sett till hela omsättningen av smärtstillande medel (inklusive större förpackningar) var butikernas andel betydligt mindre, ca fem procent.

Var kan man läsa mer?

Anell, A. *Nya villkor för apotek och läkemedelsförsäljning. Erfarenheter från avregleringar i Danmark, Island och Norge.* IHE Rapport 2004:2.

Studien har finansierats av Apoteket AB.

	Danmark	Island	Norge	Sverige
Läkemedelsanvändningen, DDD per 1000 invånare och dag år 2001	994	1 030	1 117	1 237
Läkemedelskostnader, EUR per invånare år 2001	304	546	365	322
Antal invånare per apotek år 2004	15 000*	4 800	8 800	10 000

*(inklusive apoteksfilialer)

Läkemedelsanvändningen (DDD per 1000 invånare och dag) och kostnaderna per invånare samt antal invånare per apotek.

Källa: *Health Statistics in the Nordic Countries 2001. Nordisk Medicinalstatistisk Kommitte, Köpenhamn, 2003; Norges Apotekerforening; Danmarks Apotekerforening; Apoteket AB.*

IHE-FORUM 2004

Hur ska vårdens prioriteringar och finansiering lösas?

Frågorna om framtidens prioriteringar och finansiering av vård och omsorg stod i fokus på 2004 års IHE-FORUM i Lund 2-3 sept. Den församlade expertisen var tämligen enig om nödvändigheten av förändringar och utvecklingsarbete inom området. IHE:s Anders Anell blickade tillbaka till 1979 när IHE startade. Sjukvårdskostnaderna ökade då snabbare än BNP-tillväxten. Situationen idag är snarlik – mellan åren 1997 och 2002 har sjukvårdskostnaderna på nytt ökat snabbare än BNP. Prioriterings- och finansieringsfrågorna är därför aktuella igen.

Professor Per Carlsson från PrioriteringsCentrum i Linköping diskuterade kring grundfrågan – svårigheterna att göra öppna prioriteringar. Alla är överens om att det alltid skett någon typ av ransonering och att vården inte kan tillgodose alla behov. Prioriteringsprocessen kan vara mer eller mindre medveten, principbaserad, systematisk och offentlig. Internationella forskare menar att det är omöjligt att göra beslut på ett helt öppet sätt, bl.a. därför att fastlagda stan-

dards skapar rigiditet, patienters behov och preferenser varierar och synliggörandet av konflikter kan leda till destabilisering. Exemplet Östergötland visar på svårigheterna – reaktionerna blir starka, det finns många kritiker.

För acceptans av prioriteringar krävs både intern och extern legitimitet. Det förutsätter offentlighet, relevans, möjlighet till överklagande/omprövning och ett genomförande innebärande en offentlig reglering som t.ex. Läkemedelsförmånsnämnden (LFN).

Kan hälsoekonomi bidra med underlag för prioriteringar? Anders Anell konstaterade att LFN tänker mest på kostnadseffektivitet, läkemedelskommittéerna på kostnads kontroll och förskrivaren mest på effektivitet på patientnivå och marginalnytta. Hälsoekonomisk kompetens finns i större utsträckning hos myndigheter, som också använt sig mer av hälsoekonomiska underlag, jämfört med sjukvården. I Sveriges 38 läkemedelskommittéer finns endast en hälsoekonom vilket antyder att hälsoekonomiska underlag är av mindre betydelsefulla som beslutsunderlag.

Ulf Persson, IHE, beskrev hur LFN använder hälsoekonomi. Av 65 viktiga beslut som nämnden tagit har åtta läkemedel fått begränsad subvention för att de är kostnadseffektiva endast för subgrupper. De tio som fått avslag har bristfälligt bevisad effekt eller låg angelägenhetsgrad.

Problemen vid den pågående genomgången av befintligt sortiment är flera. Strikt tillämpning av principen om kostnadseffektivitet kan leda till att endast ett preparat kvarstår! Hur många ska man behålla? Ska patenterade produkter jämföras med icke patenterade? Och ytterligare en del olösta frågor finns kring värdering av vunna levnadssår (QALY).

Stefan Back, överläkare vid medicinkliniken Länssjukhuset Gävle-Sandviken, beskrev en läkemedelskommittés hälsoekonomiska bedömningar. Det är sällan som hälsoekonomi har någon större betydelse. Det finns en skepsis gentemot läkemedelsföretagen. Forskrivarna önskar lokala rekommendationer, det är viktigt för acceptansen.

Årets IHE-FORUM lockade många deltagare. 300 personer kom till Lund i början av september.
Foto: IHE



Åke Andrén-Sandberg, Bergens Universitet vid Stavangers sjukhus, inledde årets FORUM och visade med konkreta exempel hur svårt det är att prioritera i praktiken. Här i samtal med Karin Christensson, Universitetssjukhuset MAS.
Foto: IHE



Göran Karlsson, hälsoekonom vid AstraZeneca AB, konstaterade att LFN:s krav på dokumentation har inneburit mer jobb för industrin. Ofta behövs nya undersökningar med svenska data och dessa kan ta tid.

Hans Bergström, docent och f d chefredaktör för DN, inledde forumets andra dag med att betona den stora vikten av forskning. Biomedicin, genetik och mikroteknik kommer att medföra stora förändringar. Hur kan vi ta tillvara alla dessa framsteg som görs? Hans Bergström skulle vilja se ett tankeskifte – varför överhuvudtaget ha en gräns för sjukvårdens andel av BNP? ”Health creates wealth” – sjukvården kan bidra till att bygga upp välbästand.

Hur bygger vi system som tar tillvara de möjligheter som medicinska framsteg medför? Hans Bergström konstaterade något uppgivet att vi har en institutionell dumhet i Sverige – vi får effekter som ingen har velat ha, som ingen beslutat om, men som uppstår p.g.a. systemens uppbyggnad. Exempel på detta är t.ex. att sjukvården finansieras genom landstingsskatten, vilket medför att det finns ett tak. Kostnader/utgifter är bestämda på förhand, oavsett vårdbehov. Sjukpenningen är där emot en rättighet, den totala utgiften får bli vad det blir, här finns inget tak. Varför denna skillnad?

Ett annat exempel är läkemedelsfinansieringen: Vi har två nationella myndigheter, läkemedelsverket som bedömer risker kontra effekter, och läkemedelsförmånsnämnden som bedömer den samhällsekonomiska nyttan/kostnaden. Landstingen som inte har pengar ransonerar via läkemedelskommittéerna – det uppstår två nivåer. Patienterna ska anpassas till budget. Läkemedel är en rörlig kostnad som det är lättare att

skära i än att ta tag i de fasta kostnaderna. Konsekvenserna av detta kan bli som i Kanada där man betalar för stroke- och demensvård men inte för mediciner som förebygger stroke och demens.

Hans Bergström betonade att vi inte tar vara på vår potential! Vård och forskning är möjligheter, inte belastningar. Den biomedicinska revolutionen är nära. Systemen måste anpassas till de nya förhållandena – ett paradigmskifte?!

Bengt Jönsson, professor vid Handelshögskolan i Stockholm talade om sjukvårdens finansiering. Det har varit problem med nuvarande finansiering. Landstingen har ständiga underskott, det medför att man inte kan bygga upp överskott för framtida behov, inkomsterna varierar och orsakar instabilitet och det blir stora effektivitetsförluster. Det blir inga marginaler och inga incitament för att skapa stabilitet.

Norge har avskaffat regional finansiering och har statlig finansiering, statliga sjukhus och allmänläkare som ersätts enligt kapitationssystem. Danmark är på väg att avskaffa sina amter, införa fem sjukvårdsregioner och statlig finansiering. Sedan tidigare har man ett allmänläkarsystem baserat på en kombination av kapitation och prestationsersättning.

För framtiden kan man se två olika alternativ: Statlig finansiering som ger ökad stabilitet och långsiktighet eller en modifiering av nuvarande med en regional beskattning med statsbidrag.

Per Molander, rådgivare vid Mapsec, talade om hur ansvarsfunktionen inom hälso- och sjukvård kan stärkas. Förutsättningarna att ta och utkräva ansvar är sämre i politiken än i ekonomiska

system. Ställer man frågan om vem som har ansvaret för rehabilitering av de långtidssjukskrivna så får man väldigt olika svar från t.ex. arbetslivsministern, RFV:s chef och ledningen för Svenskt Näringsliv. Ansvaret ligger alltid någon annanstans – och ingen nämner patienten, egenansvaret.

Ansvarighet (accountability), förmåga att utkrävas ansvar, är en gammal term som inte används i svenskan längre, vilket Per Molander beklagade. Han vill se ett individualiserat ansvar: En väl fungerande ansvarsfunktion förutsätter ett individuellt ansvar. Han tror inte på kollektivt ansvar. Även i sjukvården bör en individualisering av ansvaret vara en princip genom hela kedjan, från landstingsledning till enskild klinik. Staten har ett övergripande ansvar för regelverket. Vid konflikter krävs en mekanism för opartisk skiljedom, där patienten ska hållas skadeslös medan process pågår. Slutligen: patientens eget ansvar måste mobiliseras. Per Molander jämförde med bilprovningen – vi har ett mer sofistikerat system för översyn och kontroll av bilar än för oss själva.

av Brita Edholm
skribent och tillika överläkare vid
Rehabcentrum Lund-Orup

IHE FORUM
2005
1-2 september

Vilka förutsättningar finns för öppna och legitima beslutsprocesser i LFN?

Alltsedan början av 1990-talet, då prioriteringsdiskussionen tog fart i och med introduktionen av den s.k. Oregonlistan i USA, har ett flertal länder arbetat aktivt med att introducera olika sätt att prioritera inom hälso- och sjukvården. Även om ländernas ansatser har varit olika, har prioriteringsarbetet syftat till att stimulera en utveckling mot öppna prioriteringar på främst nationell nivå. Erfarenheterna har däremot visat att prioriteringslistor är svåra att använda i praktiken, inte minst på grund av påtryckningar från olika intressentgrupper. Sedan mitten av 1990-talet har flertalet länder istället utvecklat mer allmänna nationella riktlinjer för prioriteringar baserat på etiska principer. Även här pekar erfarenheterna på svårigheter,

vilket har lett till en övergång mot ytterligare en ny fas i prioriteringsdebatten. Denna fas handlar om att legitimera prioriteringsbeslut genom rättvisa och legitima beslutsprocesser, snarare än med hjälp av ett urval fastställda besluts-kriterier. Öppna och rättvisa prioriteringsprocesser sågs i sin tur skapa bättre förutsättningar för att vinna legitimitet bland olika intressentgrupper.

Läkemedelsförmånsnämndens (LFN) arbete med subventionsbeslut för receptläkemedel är ett svenskt exempel på försök med att öka förutsättningar för öppna och rättvisa prioriteringsprocesser i hälso- och sjukvården. Myndigheten har till uppgift att utifrån läkemedelsföretagets ansökan bedöma i vilken utsträckning läkemedel ska subventioneras med allmänna

medel. LFN syftar primärt till att åstadkomma en effektivare läkemedelsanvändning men ska också verka för att prioriteringar av läkemedel i hälso- och sjukvården blir mer öppna. Frågan är dock om LFN:s arbetsformer ger upphov till en öppen och legitim prioriteringsprocess samt vilka faktorer som ökar respektive minskar förutsättningarna för öppna och legitima prioriteringar av läkemedel inom den svenska läkemedelsförmånen.

Dessa frågor utreds för närvarande av *Sandra Jansson* och *Anders Anell*, båda vid IHE, i ett projekt med finansiering från PrioriteringsCentrum. Projektet kommer att avrapporteras i slutet av år 2004.

Patientskadors långsiktiga effekter

Patienter som skadas i samband med behandling i svensk hälso- och sjukvård kan rikta ersättningsanspråk till vårdgivaren. Av cirka 9000 anmälningar årligen utgår ersättning för ca 45 procent av de anmälda skadorna. För flertalet av dem innebär skadan någon grad av invaliditet. Mot bakgrund av skadans svårighetsgrad är det angeläget att öka kunskapen om skadefallens långsiktiga konsekvenser för att på sikt förbättra patientsäkerheten i vården. IHE har i en aktuell studie försökt att belysa de långsiktiga effekterna med hjälp av några utvalda patientskadefall.

Studien omfattar ett urval av 48 patienter som skadats i samband med knäoperation, bypassoperation, operativt avlägsnande av livmodern, tithålskirurgi vid gallstensoperationer, höftoperationer och förlossning.

Patienterna skadades år 1995 och har beviljats ersättning för sin skada.

För att få en bild av skadans långsiktiga konsekvenser har uppgifter om patientens sjukvårdskonsumtion, vård och omsorg i patientens hem samt förändrad sysselsättning för patient och anhörig följts retrospektivt under perioden 1995-2002. Samtliga uppgifter ska endast avse konsumtion och sjukskrivningsperioder som beror på skadan.

Skattningarna visar inte minst på betydelsen av långa uppföljningsperioder för att få en rättvisande bild av samhällets ekonomiska börda av dessa patientskador. Cirka en tredjedel av kostnaden kan hänföras till det första året.

Två tredjedelar av kostnaderna har uppstått under de följande åren. Analysen på olika skadegrupper visar också att det är stora variationer mellan de olika skadegrupperna beträffande när i tiden kostnaderna uppträder. För exempelvis

hysterektomioperationerna (operativt avlägsnande av livmodern) kan den största delen av kostnaden hänföras till det första året, medan knäoperationerna ger minst lika stor vårdkonsumtion år 2-8 som under det första året efter skadan.

Var kan man läsa mer?

Rapporten *Sambällsekonomiska kostnader för patientskador i svensk sjukvård - några typfall*, IHE Rapport 2004:3, kan beställas på www.ihe.se. Författare till rapporten är Marianne Svensson, Ulf Persson och Fredrik Johansson, samtliga vid IHE. Studien har finansierats av LÖF, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag.

IHEs samarbete med Sida inom NHA

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 finansiärer till olika vårdgivare och inkluderar alla utgifter, oberoende av vem som betalar. NHA innehåller information om både privat och offentlig finansiering och kan användas vid beslut om allokering av resurser inom hälso- och sjukvårdssektorn. Inom OECD länderna har NHA använts rutinmässigt i många år och under den senaste 10-årsperioden har NHA tagits fram i ett flertal låg- och medelinkomstländer. Mer än 70 länder i världen har tagit fram NHA minst en gång och ca en tredjedel av dessa länder har institutionaliserat processen.

En förutsättning för att NHA ska kunna användas som beslutsunderlag är att de uppdateras regelbundet för att innehålla aktuell information om hälso- och sjukvårdssektorns finansiering. Just därför är det viktigt att fortsätta arbetet mot en institutionalisering i de länder som precis påbörjat arbetet att ta fram NHA. Sida har arbetat med utveckling av NHA i utvecklingsländer under flera års tid. Arbetet sker genom stöd till regionala nätverk och workshops, stöd till framtagandet av NHA i utvalda samarbetsländer och finansiering av studier kring erfarenheter från användandet av NHA. Sida var också med och finansierade utvecklingen av en NHA Producers Guide, vilken publicerades under 2003.

Stödet till NHA är en del av Sidas hälsorelaterade bistånd, vilket fokuserar mot två huvudområden. Det ena handlar om ökad och mer rättvis tillgång till hälsoservice genom hälso-reformer och det andra området handlar om folkhälsoinsatser. Ett av de över-

gripande målen med Sidas hälsobistånd är att stödja utvecklingen av hållbara och effektiva hälso- och sjukvårdssystem. Sida bistår bl.a. sina samarbetsländer med att utveckla och pröva nya finansieringsmodeller. Inom ramen för Sidas hälsobistånd ingår att aktivt arbeta med svenska aktörer för att på så sätt underlätta kontakter mellan samarbetsländer och den svenska resursbasen.

IHE har arbetat med projekt inom NHA sedan år 2002 med finansiellt stöd från Sida. Inom detta arbete har IHE bl.a. deltagit i regionala workshops och medverkat i utvecklingen av NHA Producers guide. IHE arbetar fortlöpande med att sammanställa och uppdatera förekomst och användning av NHA i olika länder.



Frida Hjalte och Anna H Glenngård.
Foto: IHE

Fallstudier i Zambia, Mali och Kenya

Under vintern och våren 2003/04 gjorde IHEs medarbetare Anna H Glenngård och Frida Hjalte fallstudier kring framställningen och användandet av NHA i Zambia, Mali och Kenya.

Resultatet av rapporten visar att institutionaliseringsprocessen av NHA är komplex. Baserat på processerna i de tre undersökta länderna dras slutsatsen att engagerade och kunniga aktörer som både vill och har förmågan att använda resultaten är viktigt för att uppnå en institutionalisering av NHA. De främsta användarna av NHA idag är bistånds- och multinationella organisationer, såsom WHO och Världsbanken, även om beslutsfattare i länderna, företrädesvis inom hälsoministerierna, gradvis har börjat använda resultaten.

Hälsoekonomikonferens i London

Den 8 – 11 september hölls den femte europeiska hälsoekonomiska konferensen (ECHE) på London School of Economics and Social Policy. Konferensen hålls vartannat år och lockade ca 500 deltagare från främst olika universitet men också myndigheter, läkemedelsföretag och konsultföretag över hela världen. IHEs bidrag till konferensen var att arrangera en paneldiskussion samt två muntliga presentationer respektive en poster.

Under ledning av Anders Anell diskuterades användningen av hälsoekonomiska studier och beslutsriterier vid beslut om subvention och kliniska riktlinjer i fyra olika länder; Sverige, Storbritannien, Nederländerna och Frankrike. Presentationen av användningen av hälsoekonomiska studier och tillämpade beslutsriterier av den svenska Läkemedelsförmånsnämnden gjordes av Ulf Persson. Sandra Jansson presenterade resultat från ett forskningsprojekt rörande effekter av decentralisering av kostnadsansvar enligt en primärvård-baserad modell och användningen av ekonomiska beslutsriterier bland förskrivare i Sverige. Anders Anell och Ulf Persson presenterade också en poster om användningen av hälsoekonomiska studier som underlag för beslut inom Läkemedelsförmånsnämnden och lokala läkemedelskommittéer.

Var kan man läsa mer?

Glenngård, A & Hjalte, F. *Issue Paper on NHA – The case of Kenya, Zambia and Mali*. Sida Health Division Document 2004:3. På IHEs hemsida finns länkar till rapporten och NHA Producers Guide. www.ihe.se/NHA



IHE 25 år

1979 - 2004

Så började det...

Professorn i nationalekonomi vid Lunds universitet, Ingemar Ståhl, hade till sin institution i Lund knutit två doktorander, Bengt Jönsson och Björn Lindgren. Båda kom att disputerar på ämnen som berörde hälsoekonomiska metodproblem – Bengt Jönsson skrev om ekonomiska kalkyler för den offentliga vården, en avhandling som sedan gavs ut i ny utgåva 1981¹, och Björn Lindgren gjorde beräkningar vad sjukdomarna i Sverige egentligen kostade samhället under en tioårsperiod.²

För att ge forskare inom ämnet hälsoekonomi en plattform utifrån vilken de kunde fortsätta sin forskning inrättades *Institutet för socialmedicinsk ekonomi*. Detta lades sedan ner när IHE bildades 1979 med Ulf Edstedt som verkställande direktör och Bengt Jönsson som forskningschef. Edstedt, som var chef för RUFU, stod kvar som verkställande direktör för IHE under ett halvår. Ägare av verksamheten var de två läkemedelsföretagens branschorganisationer för inhemska respektive utländska läkemedelsbolag, LIF (Läkemedelsindustriföreningen) och RUFU (Representantföreningen för Utländska Farmaceutiska Industrier).

Redan från starten stod den målsättning klar som alltjämt är verksamhetens ryggrad:

- ◀ att utföra utredningar och forskningsprojekt med anknytning till hälso- och sjukvårdsekonomiska problem.
- ◀ att vara ett forum för kontakter mellan akademi och sjukvårdens aktörer.
- ◀ att genom symposier och publikationer sprida aktuella utredningar och frågeställningar.

Den statliga Läkemedelsutredningen på 80-talet kom att betona vikten av Apoteksbolagets vidgade roll som en del i det hälsofrämjande arbetet i samhället. Det blev därför naturligt för dess dåvarande VD Åke Hallman att ta upp diskussioner med LIF/RUFU om att låta Apoteksbolaget ta över huvudmannskapet för IHE. Så skedde också från och med den 1 januari 1988.

När Bengt Jönsson kallades till den nyinrättade professuren i hälsoekonomi i Linköping överlämnade han från och med den 1 oktober 1982 VD-posten i IHE till Björn Lindgren, docent i nationalekonomi och sedermera (från 1 december 1985) adjungerad professor i nationalekonomi vid Lunds universitet. När han i sin tur fick den första lärostolen i ämnet vid Lunds universitet år 1992 tog istället Anders Anell över stafettpipen. Han var då nybliven doktor i företagsekonomi, men välkänd bland sina medarbetarna. Han kom till IHE i mars 1989.

¹ Jönsson, Bengt. Cost-benefit analysis in public and medical care. Lunds Universitet 1976.

² Lindgren, Björn. Cost of Illness in Sweden 1964-1975. Lunds Universitet 1981.



Aktuella publiceringar

Anell A. Nya villkor för apotek och läkemedelsförsäljning. Erfarenheter från avregleringar i Danmark, Island och Norge. IHE Rapport 2004:2 (även utgiven som IHE e-rapport 2004:2)

Anell A & Hjalte F. Resurser i svensk hälso- och sjukvård. En jämförelse med Danmark, Frankrike, Norge, Storbritannien, Tyskland och USA. Med utgångspunkt i OECD Health Data 2004. IHE e-rapport 2004:4.

Ghatnekar O, Persson U, Glader E-L & Terént A. Cost of stroke in Sweden: An incidence estimate. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2004; 20(3): 375-380.

Glenngård A & Anell A. Investment in human resources for health problems, approaches and donor experiences. *JLI Working Paper 2-6*, November 2003. <http://www.globalhealthtrust.org/doc/JLI%20WG%20Paper%202-6.pdf>

Glenngård A & Hjalte F. The Case of Kenya, Zambia and Mali. *Sida Health Division Document 2004:3*. <http://www.sida.se/Sida/jsp/polopoly.jsp?d=1250&a=28463>

Ragnarson Tennvall G & Apelqvist J. Health economic consequences of diabetic foot lesions. *Clinical Infectious Diseases* 2004;39: 132-139.

Svensson M, Persson U & Johansson F. Samhällesekonomiska kostnader för patient-skador i svensk sjukvård – några typfall. IHE Rapport 2004:3.

Svensson M & Rosén P. Varför är det så svårt att göra öppna prioriteringar i äldreomsorgen? IHE e-rapport 2004:3.

