

Nödvärdigt med dubbel ansvarsutkrävning på välfärdsmarknader

Utvecklingen och konsekvenser av välfärdsmarknader diskuterades i samband med Kvalitetsmässan i Göteborg, 19-21 november 2013, då även 2013 års Göteborg Public Management Seminar (GPMS) gick av stapeln. IHEs Anna Häger Glenn-gård, som i september försvarade sin avhandling kring konsekvenser av införande av vårdval i svensk primärvård vid Ekonomihögskolan, Lunds Universitet, medverkade vid seminariet.

Ett flitigt diskuterat ämne i svensk hälso- och sjukvård, skola och omsorg de senaste åren har varit konsekvenser av införandet av New Public Management (NPM)-reformer. Sådana reformer inkluderar bland annat ökad privatisering och konkurrens bland utförare samt ökad valfrihet för medborgare (patienter, elever, brukare). Så kallade kvasi-marknader (Le Grand 1991) har införts på dessa områden, där individer själva kan välja mellan offentliga och privata utförare som finansieras med offentliga medel och förväntas konkurrera om patienter, elever och brukare på en reglerade marknader. Syftet bakom införandet av dessa modeller för offentligt finansierade verksamheter är att förbättra lyhörddhet, tillgänglighet och kvalitet gentemot brukarna. Vidare förväntas marknadsmekanismer leda till ett mer effektivt användande av offentliga medel, vinster som härigenom kan uppnås utan negativa konsekvenser i termer av ökade ojämlikheter i befolkningen (Le Grand 2007; 2009; Anell 2011).

Styrning och reglering på välfärdsmarknader

Debatten har bland annat handlat om förutsättningar för styrning och reglering av utförare inom ramen för de

nya modellerna. Intrycket från en del av debatten är att utförare styrs i alltför hög utsträckning. En konsekvens är att utförare måste lägga allt mer tid på administration för att visa att de uppfyller de krav som ställs från huvudmän för att få fortsätta sin verksamhet. Sådant administration stjäl resurser från den aktiva verksamheten med patienter, elever eller andra brukare.

En annan del av debatten har handlat om att det krävs mer styrning och reglering för att säkerställa att resurser som fördelas ut i verksamheterna verkligen kommer medborgare till del och inte blir till vinst för privata ägare.

Detta ämne är fortfarande högst aktuellt och diskuterades vid sessionen *Slaget om marknaden* på Kvalitetsmässan. I sessionen medverkade professorerna Nils Brunsson, Uppsala universitet, Jon Pierre, Göteborgs universitet, och Inge Axelsson, Mittuniversitetet, samt Anders Anell, adj. professor Lunds universitet, och Björn Hasselgren, Senior Advisor KTH, Stockholm.

I samband med Kvalitetsmässan i Göteborg anordnades också Göteborg Public Management Seminar (GPMS) 2013. GPMS erbjuder forskare från de nordiska länderna med intresse för

- 1 Nödvärdigt med dubbel ansvarsutkrävning på välfärdsmarknader
- 3 Två avhandlingar
- 5 Nya screeningrekommendationer från Socialstyrelsen
- 6 Aktuella publiceringar
Personalnytt
Kurs i hälsoekonomi

LÄS MER

Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*; 2011;6: 549-569.

Glenngård AH. Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care. Doktorsavhandling. Ekonomihögskolan, Lunds Universitet (2013a).

Glenngård AH. Productivity and patient satisfaction in primary care – Conflicting or compatible goals? *Health Policy* 2013b.

Glenngård AH, Anell A. Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården? Stockholm: Myndigheten för vårdanalys, 2012 (Rapport 2012:1).

Glenngård AH. Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings based on data from the national patient survey in Sweden. *Health Economics Policy and Law*, 2012;8:1-16.

Glenngård A, Anell A and Beckman A. Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy* 2011;103(1):31-7.

Janlöv N, Andersson A, Beckman A, Sveréus S, Wiréhn A-B, Rehnberg C. Vem har vårdvalet gynnat? Stockholm: Myndigheten för vårdanalys, 2013 (Rapport 2013:1).

Le Grand J. Quasi-markets and social policy. *The Economic Journal* 1991;101(408):1256-1267.

Le Grand J. Delivering public services through choice and competition - The other invisible hand. Princeton; Princeton University Press: 2007.

Le Grand J. Choice and Competition in publicly funded health care. *Health Economics Policy and Law* 2009;4:479-488.

Winblad U, Isaksson D, Bergman P. Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – En kartläggning av kunskapsläget. Stockholm; Myndigheten för Vårdanalys: 2012.

ledning och styrning av offentlig sektor att mötas och presentera aktuell forskning. Temat för årets seminarie var *Marknaden*. Under rubriken *Marschen till marknaden - vad säger forskningen?* inbjöds forskare att diskutera marknadslösningar inom vård, skola och omsorg. Frågor som togs upp var: Går det att konstruera och underhålla väl fungerande välfärdsmarknader? Klarar medborgarna av att agera som engagerade kunder vägleda av ett upplyst egenintresse? Kan informationsförsörjningen bli tillräcklig och relevant för att välja? Blir välfärdens output rättvist fördelad eller ojämnt?

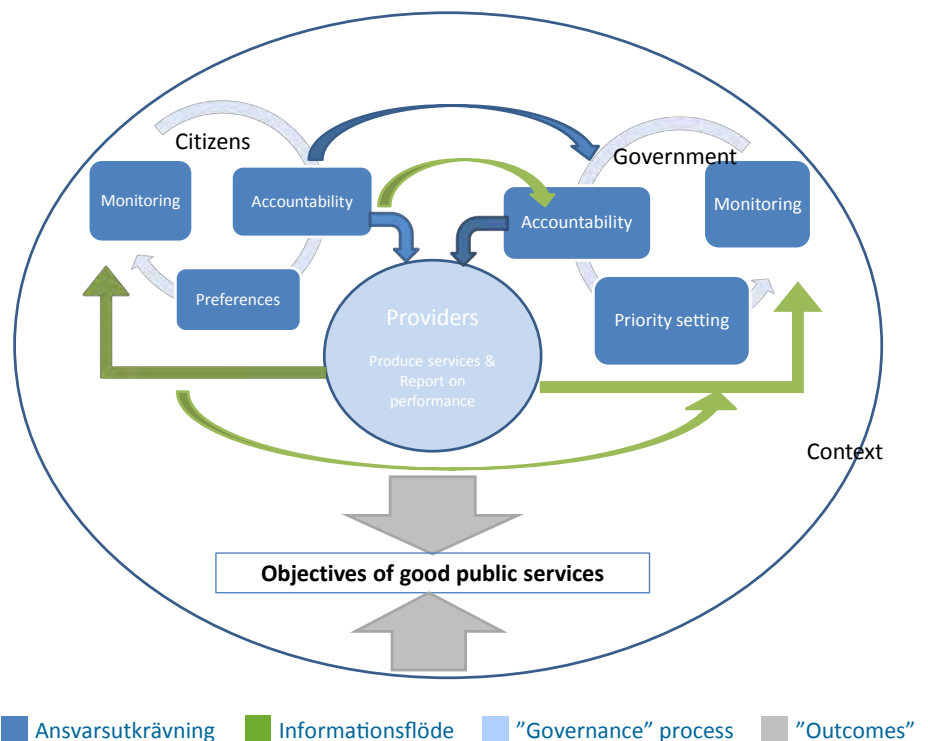
Styrning och ansvarsutkrävning i den svenska hälso- och sjukvården

Vid GPMS presenterade IHEs *Anna Häger Glenngård* en teoretisk modell (se figur) för styrning och ansvarsutkrävning på kvasi-marknader och argumenterade för nödvändigheten av dubbel ansvarsutkrävning baserat på studier inom svensk primärvård. Anna har i sin avhandling studerat konsekvenser för målsättningar, aktörer och ansvarsutkrävande av införande av vårdval i svensk primärvård. (Glenngård

2013a). Ett huvudresultat i avhandlingen är just att det är viktigt för huvudmän att fortsatt utkräva ansvar från vårdgivare för sådana aspekter som enskilda individer (medborgare) inte har möjlighet att beakta i sina val av vårdgivare. Detta ansvarsutkrävande har betydelse även efter införandet av ökad valfrihet för individer och ökad konkurrens bland vårdgivare.

På kvasi-marknader sker därför ansvarsutkrävning av vårdgivare från två håll – dubbel ansvarsutkrävning. Dels utkräver individer ansvar genom sina val av vårdgivare. Dels utkräver sjukvårdshuvudmän ansvar genom utformning och uppföljning av principer och villkor för finansiering och ackreditering av vårdgivare.

Dubbel ansvarsutkrävning kan anses vara nödvändigt för att vinster i kvalitet och effektivitet inte ska ske på bekostnad av andra målsättningar med offentlig tjänsteproduktion. Detta illustreras i modellen nedan och förstärks av studier på området inom svensk primärvård (Glenngård m fl 2011; Glenngård 2012; Glenngård 2013b) samt tidigare publicerad litteratur och forskning.



Modell som beskriver "governance" och ansvarsutkrävning på kvasi-marknader

Du har väl inte missat att datum
för nästa års konferens är
den 4-5 september?



Boka in det i kalendern redan idag!

Två avhandlingar

Under hösten 2013 har *Ola Ghatnekar* och *Jenny Norlin* disputerat vid Institutet för folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå Universitet. De båda har tidigare tjänstgjort på, och utfört stora delar av sitt avhandlingsarbete på, IHE.

Stroke – kostnader och livskvalitet för svenska patienter

I oktober försvarade *Ola Ghatnekar* sin avhandling med titeln *Sjukdomsbördan för stroke i Sverige. Studier av kostnader och livskvalitet baserat på data från Riks-Stroke*. Ola har i sin avhandling studerat kostnader och livskvalitet bland strokedrabbade patienter som registrerats i Riks-Stroke. Han visar att samhällets kostnader för vård av strokepatienter årligen som uppgår till 16 miljarder kronor. Resultaten visar även att kostnaden per patient är högre för kvinnor än för män samt att kostnaderna för vård av strokepatienter ökat de senaste åren, en kostnadsökning som till stor del kan förklaras av förbättrad överlevnad.

Psoriasis – effekt och kostnader av nya medicinska teknologier

I november försvarade *Jenny Norlin* sin avhandling *Effektivitet och kostnader av nya medicinska teknologier – En registerbaserad studie om psoriasis*. Jenny har studerat hälsorelaterad livs-

kvalitet för psoriasispatienter samt analyserat kostnads- och kliniska effekter av införandet av biologiska läkemedel för psoriasis. Avhandlingen baseras på data från PsoReg, det nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis. Studien påvisar att måttlig till svår psoriasis har signifikant inverkan på hälsorelaterad livskvalitet och att kvinnor lider mer av diagnosen i relation till män. Resultaten visar att övergången till biologiska läkemedlen gav betydande förbättring i hälsorelaterad livskvalitet. Samtidigt visar studierna att det på gruppnivå både finns patienter som är överbehandlade respektive underbehandlade med biologiska läkemedel.

IHE önskar Ola Ghatnekar och Jenny Norlin stort lycka till med sina framtida åtaganden.

Författare: OLA GHATNEKAR

Institution: [Institutet för folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå Universitet](#)

Titel: Sjukdomsbördan för stroke i Sverige. Studier av kostnader och livskvalitet baserat på data från Riks-Stroke. (Engelsk titel: The burden of stroke in Sweden – studies on costs and quality of life based on Riks-Stroke the Swedish stroke register).

Handledare: Eva-Lotta Glader

Bihandledare: Ulf Persson (IHE)

Författare: JENNY NORLIN

Institution: [Institutet för folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå Universitet](#)

Titel: Effektivitet och kostnader av nya medicinska teknologier – En registerbaserad studie om psoriasis. (Engelsk titel: Effectiveness and costs of new medical technologies – Register-based research in psoriasis).

Handledare: Marcus Schmitt-Egenolf

Bihandledare: Ulf Persson & Katarina Steen Carlsson (IHE)

Nya screeningrekommendationer från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har tagit fram rekommendationer om screening för tre cancerdiagnoser: bröstcancer, prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer. Syftet är att nå en utökad nationell samordning och jämlik vård över landet. Hittills har preliminära rekommendationer presenterats och de slutgiltiga versionerna väntas under våren 2014. IHEs *Gunnel Ragnarson Tennvall* och *Adam Lundqvist* har bidragit med den hälsoekonomiska analysen till Socialstyrelsens screeningrekommendationer för såväl bröstcancer som tjock- och ändtarmscancer.

De hälsoekonomiska analyserna för såväl bröst som tjock- och ändtarmscancer hade i syfte att utreda hälsoeffekter, kostnader och kostnadseffekter för regelbunden, populationsbaserad screening. Antalet möjliga screeningstrategier är stort både vad gäller vilka åldersgrupper som ska screenas, med vilken frekvens det ska ske, hur stor andel av befolkningen som förväntas delta samt val av teknologi. Analyserna genomfördes med utgångspunkt från rapporten *EU-netHTA core model for screening technologies*. Metoden baseras även på de 10 punkter som Mike Drummond anger som god standard för hälsoekonomisk analys, samt svensk praxis för hälsoekonomiska analyser. På grund av de många screeningstrategierna och dess komplexitet krävs att screeningprogrammen analyseras med hjälp av hälsoekonomisk modellering. Därför utvecklade IHE modeller för de hälsoekonomiska analyserna.

Bröstcancerscreening

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor och årligen diagnostiseras omkring 8000 nya fall i Sverige. Mammografi erbjuder möj-

lighet att upptäcka bröstcancer innan den hunnit ge kliniska symptom och regelbunden mammografiscreening har visat minskade dödligheten i bröstcancer med omkring 20 procent. I Sverige har mammografiscreening varit rekommenderat sedan 1985 och erbjuds idag för kvinnor mellan 40 och 74 år. Effekten av regelbunden populationsbaserad mammografiscreening har ifrågasatts varför en utvärdering inom ramen för Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för bröstcancersjukvård* nu genomförts. Den hälsoekonomiska analysen av mammografiscreening gjordes för kvinnor mellan 40 och 74 år med separata analyser för åldersgrupperna 40-69 år, 50-69 år och 50-74 år. En av analyserna tillämpade ett sjukvårdsperspektiv, där enbart direkta sjukvårdskostnader inkluderades, och visade en kostnadseffektskvot i intervallet 100 000 – 200 000 kronor per QALY (Kvalitetsjusterat levnadsår) för samtliga ålderskategorier. Resultatet indikerar att populationsbaserad mammografiscreening i Sverige kan bedömas som en kostnadseffektiv åtgärd, enligt nuvarande rekommendationer, för kvinnor mellan 40 och 74 år.

LÄS MER

De hälsoekonomiska bilagorna framtagna av IHE kan laddas ner i sin helhet som pdf eller beställas hos [Socialstyrelsen](#).

Du kan också läsa mer om [Socialstyrelsens rekommendationer om nationell screening](#) utifrån screeningprogram och befolkningsgrupp.

Tjock- och ändtarmscancer

Tjock- och ändtarmscancer är den tredje vanligaste cancerformen hos både män och kvinnor i Sverige med cirka 6 300 diagnostiserade fall 2011. EU rekommenderar att åldersgruppen 50 till 74 år bör ingå i tjock- och ändtarmscancerscreening. Populationsbaserad screening har beräknats minska risken att avlida i tjock- och ändtarmscancer med 14–16 procent. Detta till trots finns det för närvarande ingen allmän populationsbaserad tjock- och ändtarmscancerscreening i Sverige. Det pågående riktlinjearbetet utvärderar därför tillgängliga screeningmetoder

(F-Hb/FiT) för tjock- och ändtarmscancer och den hälsoekonomiska analysen innefattar män och kvinnor mellan 50 och 74 år. Resultatet indikerar att populationsbaserad screening av tjock- och ändtarmscancer är kostnadseffektiv ur ett sjukvårdsperspektiv. Parallella analyser som jämförde screening med ingen screening i åldersgrupperna 60–69 år och 50–74 år gav inkrementella kostnadseffektskvoter under 20 000 kronor per QALY för båda åldersgrupperna. En utökad screening i åldersgruppen 60–74 år jämfört med 60–69 år vore kostnadsbesparande enligt samma perspektiv.

Referenser:

- ◆ EUnetHTA. HTA core model for screening technologies: Joint Action WP4; 2012.
- ◆ Drummond, MF, O'Brien, B, Stoddard, GL, Torrance, GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Second edition ed. Oxford: Oxford Medical Publications; 1997.
- ◆ Läkmedelsförmånsnämndens allmänna råd om ekonomiska utvärderingar. Stockholm: TLV (LFNAR 2003:2) www.tlv.se

Socialstyrelsens rekommendationer om nationell screening utifrån screeningprogram och befolkningsgrupp

Screeningprogram	Del av befolkningen	Rekommendationer
Bröstcancer, screening med mammografi	Kvinnor 40-74 år	Bör erbjudas
Tjock- och ändtarmscancer, screening med test av blod i avföringen	Kvinnor och män 60-74 år	Bör erbjudas
Prostatacancer, screening med PSA-prov	Män 50-70 år	Bör inte erbjudas

Observera att Socialstyrelsens presenterade rekommendationer är preliminära och kan komma att justeras till den slutgiltiga versionen som beräknas bli publicerad våren 2014.

Socialstyrelsens klassificering av kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY)

Låg	Under 100 000 kr per QALY
Måttlig	100 000-499 999 kr per QALY
Hög	500 000-1 000 000 kr per QALY
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per QALY

Aktuella publiceringar

Siersma V, Thorsen H, Holstein PE, Kars M, Apelqvist J, Jude EB, Piaggese A, Bakker K, Edmonds M, Jirkovská A, Mauricio D, Tennvall GR, Reike H, Spraul M, Uccioli L, Urbancic V, van Acker K, van Baal J & Schaper NC. Health-Related Quality of Life predicts major amputation and death, but not time to healing in people with diabetes mellitus presenting with foot ulcers - the Eurodiad 29. *Diabetes Care.* 2013 Oct 29. (Epub ahead of print)

Andersson B, Appelgren B, Sjödin V, Ansari D, Nilsson J, Persson U, Tingstedt B & Andersson R. Acute pancreatitis - costs for healthcare and loss of production. *Scandinavian journal of gastroenterology (Impact Factor: 2.08).* 10/2013 posted online on October 16, 2013

Glenngård AH. Objectives, actors and accountability in quasi-

markets: Studies of Swedish primary care. Doktorsavhandling 2013 Lund: Lunds universitet, Ekonomihögskolan.

Lilje S, Persson U, Tessem Tangen S, Kåsamoen S & Skillgate E. Costs and utilities of manual therapy and orthopedic standard care for low prioritized orthopedic outpatients of working age: A cost consequence analysis *Clinical Journal of Pain.* (Forthcoming)

Hjalte F & Olofsson S. Samhällets kostnader för att förebygga drunksolyckor. Delprojekt i kostnaderna av samhällets säkerhetsarbete. Lund: IHE Rapport 2013:1

Burström K, Sun S, Gerdtbam U-G, Henriksson M, Johannesson M, Levin L-Å & Zethraeus N. Swedish experience-based value sets for EQ-5D health states. *Quality*

of Life Research, Published online 22 August 2013

Fischer K, Steen Carlsson K, Petrini P, Holmström M, Ljung R, van der Berg H M and Berntorp E. Intermediate-dose versus high-dose prophylaxis for severe hemophilia: comparing outcome and costs since the 1970s. *Blood,* 2013; 122(7): 1129-1136

Anell A & Glenngård AH. Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov? Arbetsätt och samverkan vid åtta mottagningar i Region Skåne samt implikationer för landsting och kommuner Stockholm: Leading Health Care, 2013.

Willis M, Asseburg C & He J. Validation of economic and health outcomes simulation model of type 2 diabetes mellitus (ECHO-T2DM). *Journal of Medical Economics* 2013; 16(8):

1007-1021

Ghatnekar O, Andersson R, Svensson M, Persson U, Ringdahl U, Zeilon P and Borrebaeck Carl AK. Modelling the benefits of early diagnosis of pancreatic cancer using a biomarker signature. *International Journal of Cancer,* Online 6 May 2013

Norlin J M, Steen Carlsson K, Persson U & Schmitt-Egenolf M. Switch to Biological Agent in Psoriasis Significantly Improved Clinical and Patient-Reported Outcomes in Real-World Practice. *Dermatology Published Online First: January 16, 2013*

Fler publiceringar finns på www.ihe.se/publiceringar



Personalnytt

Katarina Gralén arbetar sedan den 1 december som projektledare på IHE. Katarina har en magisterexamen i nationalekonomi och har lång erfarenhet av samhällsekonomiska analyser.

Hon har tidigare deltagit i forskningsprojekt kring betalningsviljan för trafiksäkerhet. Katarina har vidare arbetat med olika samhällsfrågor på Jordbruksdepartementet, Näringsdepartementet och Finansdepartementet.

Katarina är även behörig lärare och har under ett par år arbetat som gymnasielärare i franska och samhällskunskap

På IHE kommer Katarina främst att arbeta med ekonomiska utvärderingar.



IHE håller grundkurs i hälsoekonomi 27-28 januari 2014

Hälsoekonomiska frågor berör allt fler. Jobbar du i sjukvården, hos företag med produkter som riktar sig till sjukvården eller hos myndigheter med ansvar för hälsa och omsorg kommer du allt oftare i kontakt med hälsoekonomi. IHEs grundkurs i hälsoekonomi riktar sig till dig som i ditt arbete behöver kunskaper om vad som menas med kostnadseffektivitet, om ersättningssystem i sjukvården och om myndigheters beslutsfattande.

Syftet med kursen är att ge grundläggande kunskaper i hälsoekonomiska begrepp och metoder samt kunskap om när och hur hälsoekonomi kan användas i praktiken för frågor som berör människors hälsa.

Kursen varvar föreläsningar och övningar. Alla moment leds av IHEs personal.

Läs mer om grundkursen i hälsoekonomi och andra kursalternativ på www.ihe.se/kurser

SKRÄDDARSYDD KURS I HÄLSOEKONOMI EFTER ERA ÖNSKEMÅL

IHE arrangerar även skräddarsydda kurser och seminarier i hälsoekonomi som utformas i dialog med beställaren.

Hälsoekonomiska begrepp, metoder och teorier kan varvas med praktikfall hämtade från terapiområden som är särskilt relevanta för er.

Vill du diskutera hur en hälsoekonomisk kurs kan läggas upp för just er? Kontakta IHE på: kurs@ihe.se / 046-329100