

INSTITUTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEKONOMI

- 1 Kostnaden för hjälpmedel
- 3 Kundval i dansk äldreomsorg
- 4 IHE-FORUM 2007
- 6 Det femte globala symposiet i Lund om National Health Accounts
- 6 ISPOR i Dublin
- 8 Aktuella publiceringar

## Kostnaden för hjälpmedel

Den totala kostnaden för hjälpmedel och läkemedelsnära produkter uppgår till ca 4,9 miljarder kronor i 2005 års priser. Mycket talar för att försäljningsvolymerna av hjälpmedel kommer att öka framöver. En viktig faktor bakom det är den framtida förändrade befolkningsstrukturen med allt fler i de allra äldsta åldersgrupperna. Om vi enbart beaktar den framtida befolkningsutvecklingen med en ökad andel äldre förväntas kostnaden under de närmaste 25 åren öka från knappt 5 miljarder till 6,5 miljarder kronor. Detta framkommer i en aktuell studie från IHE som belyser utvecklingen av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i Sverige under 2000-talets inledning.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar landsting och kommuner för hjälpmedel för den dagliga livsföringen, för vård och behandling samt personliga hjälpmedel för skola och utbildning. En stor del av hjälpmedlen förskrivs i primärvården och kommunerna. Vilka produkter som ska betraktas som hjälpmedel och vilka egenavgifter som ska gälla för dessa hjälpmedel regleras av landstingen och kommunerna själva och kan därför variera mellan sjukvårdshuvudmännen.

En annan form av hjälpmedel är de förbrukningsartiklar som används för att tillföra kroppen ett läkemedel, för egenkontroll av medicinering eller som används för stomi. Dessa läkemedelsnära produkter omfattas av läkemedelsförmånen. Vilka produkter som ska ingå i förmånen beslutas av Läkemedelsförmånsnämnden (LFN).

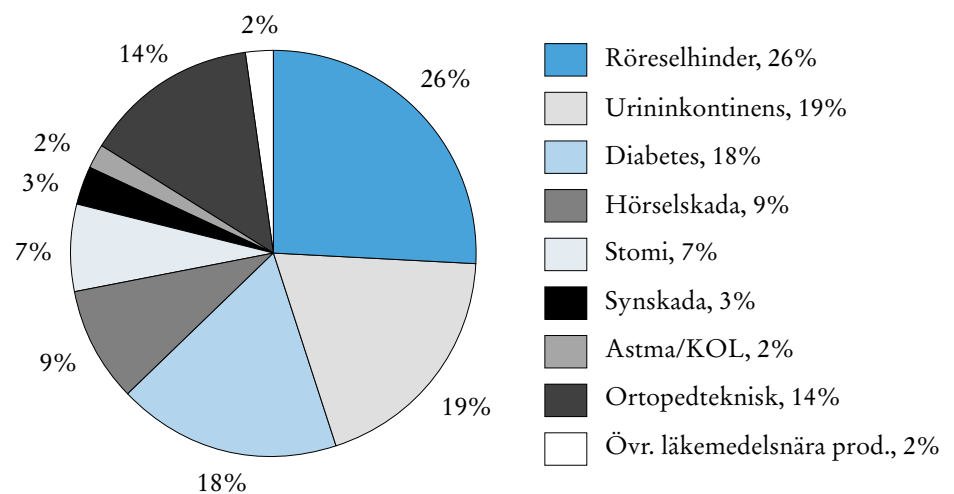
Skattningarna visar att hjälpmedelskostnaden år 2005 uppgick till totalt ca 4,9 miljarder kronor uppräknat till utförsäljningspris. I detta belopp inkluderas hjälpmedel för personer med rörelsehinder, hörselskada, synskada, andnings-

besvär, diabetes, urininkontinens och/eller stomi samt kostnaden för hjälpmedel som förskrivs och tillverkas inom ortopedteknisk verksamhet. Läkemedelsnära produkter omfattar i huvudsak diabeteshjälpmedel, stomihjälp-

medel och inhalationshjälpmedel för patienter med astma eller KOL. Den skattade hjälpmedelskostnaden är sannolikt än högre. I skattningen inkluderas exempelvis inte hjälpmedel till personer med demens, utvecklingsstörning eller andra sjukdomar och skador som påverkar den kognitiva förmågan.

### Kostnadens fördelning

Drygt en fjärdedel av den totala hjälpmedelskostnaden utgörs av hjälpmedel till personer med rörelsehinder (se figur). Kostnaden för hjälpmedel för urininkontinens och diabetes är två andra hjälpmedelsgrupper som utgör en stor andel av den sammanlagda hjälpmedelskost-



Skattad hjälpmedelskostnad fördelad efter typ av funktionshinder.

naden, knappt 20 procent vardera. Vidare framgår att kostnaden för läkemedelsnära produkter (bl a hjälpmedel vid stomi, diabetes samt inhalationshjälpmedel) utgör ca 27 procent av den totala hjälpmedelskostnaden.

Läkemedelsnära produkter finansieras över statsbudgeten. Kostnadsansvaret för hjälpmedel för daglig livsföring och vård/behandling delas mellan landsting och kommuner. Hur stor del av kostnaden som bärs av landsting och kommuner har varit svårt att analysera då kostnadsansvaret skiljer mellan olika landsting och kommuner. En grov uppskattning visar att kostnaden för kommunerna är i storleksordningen 28 procent. Staten bär ca 27 procent av kostnaden medan den resterande delen av den totala kostnadsbördan (45 procent) bärs av landstingen.

### Kostnadernas utveckling

Kostnadsutvecklingen under de senaste fem åren skiljer mellan hjälpmedel och läkemedelsnära produkter. Kostnadsutvecklingen för hjälpmedel har bromsat upp, medan kostnadsutvecklingen för läkemedelsnära produkter har ökat. I reala termer (nominell prisökning justerat för inflation) ökade den totala kostnaden för läkemedelsnära produkter med 20 procent under perioden 2001-2005. Störst var kostnadsökningen för insulinpumpar med tillbehör. Kostnaden för dessa produkter mer än fördubblades under perioden. Huvudskälet till denna kraftiga kostnadsökning är att nya och mer kostsamma produkter har introducerats på marknaden.

Orsaken bakom de senare årens uppbromsning av kostnadsutvecklingen för tekniska hjälpmedel är flera. För rullstolar exempelvis noteras minskade försäljningsvolymerna sedan år 2000. Under 1990-talet ökade försäljningen av antalet rullstolar med i genomsnitt fem procent per år, medan försäljningen under åren 2000 – 2005 minskade med knappt tre procent per år. Samtidigt har försäljningen av andelen eldrivna rullstolar ökat under den senaste femårsperioden, medan andelen manuella rullstolar minskat. Denna produktutveckling har i sin tur medfört en viss kostnadsökning då eldrivna rullstolar är dyrare än manuella.

Att försäljningen av rullstolar har minskat trots att befolkningen och andelen äldre har ökat indikerar att det finns andra faktorer som påverkar försäljningsvolymerna och därmed hjälpmedelskostnadens utveckling. Tänk-

bara förklaringar är kvalitetsförbättringar i sortimentet, vilket påverkar hjälpmedlens livslängd och ökar möjligheten till återanvändning av hjälpmedel, att behoven av hjälpmedel minskar till följd av effektivare behandling/rehabilitering eller en restriktivare förskrivning till följd av en ekonomisk åtstramning.

### Framtida kostnader

Mycket talar för att försäljningsvolymerna av hjälpmedel kommer att öka framöver. Tillgången av hjälpmedel är viktig för att äldre med funktionsnedsättning ska kunna bo kvar i sitt eget hem och klara sina vardagliga aktiviteter. I takt med att allt mer vård, omvårdnad och rehabilitering kan ges i den äldres hem kommer sannolikt hjälpmedlens betydelse öka. Även produktutvecklingen av hjälpmedel, inte minst så kallade IT-hjälpmedel, kan innebära att fler och även nya grupper kan hjälpas av hjälpmedel. För de allra äldsta kan detta få betydelse för att underlätta vardagen för dementa och deras anhöriga.

I detta perspektiv är sannolikt den framtida befolkningsförändringen viktig för hur kostnaden för hjälpmedel kommer att utvecklas. Utöver befolkningsutvecklingen finns det också andra faktorer som kommer att påverka kostnadernas utveckling. I takt med att personer med funktionshinder lever ett aktivare liv (exempelvis reser, deltar i arbetsliv och andra aktiviteter) ställs också högre krav på hjälpmedlen. Man kanske inte bara vill ha ett väl fungerande hjälpmedel utan också hjälpmedlets utseende och design kan få större betydelse. Ökade krav kan också komma från omvårdnadspersonal av arbetsmiljömässiga skäl. Vad kommer dessa krav att innebära för kostnadsutvecklingen?

Ett försök att belysa den framtida förväntade kostnadsutvecklingen för hjälpmedel och läkemedelsnära produkter redovisas också i denna studie. Våra skattningar visar att om vi enbart beaktar den framtida befolkningsutvecklingen med en ökad andel äldre kan kostnaden under de närmaste 25 åren förväntas öka från knappt 5 miljarder till 6,5 miljarder kronor (2005 års priser). Vi vet också att nya mer effektiva hjälpmedel och läkemedelsnära produkter kommer ut på marknaden, vilket kan förväntas leda till krav om ökad tilldelning. Våra konservativa skattningar visar att dessa faktorer kan förväntas leda till ytterligare kostnader på närmare en miljard kronor utöver

den kostnadsökning som befolkningsökningen förväntas ge.

### Fortsatt arbete

Nyttan av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter är att öka patienternas livskvalitet och deras förväntade livslängd. Utöver denna hälsofrämjande och kvalitetshöjande aspekt finns också en förhoppning att hjälpmedel och läkemedelsnära produkter leder till inbesparade kostnader någon annanstans i vården eller omsorgen. Exempelvis kan hissar och personlyftar ge personer med funktionshinder möjlighet att bo kvar i sitt eget hem och på så sätt minska efterfrågan på särskilda boenden. Det är också möjligt att förflyttningshjälpmedel (ex eldrivna rullstolar) kan minska efterfrågan på hemtjänst och färdtjänst samtidigt som möjligheten för personer med funktionshinder att delta i sociala aktiviteter ökar. Dessa exempel visar på insatser som kan ge effekter såväl i form av minskade kostnader som i ökad livskvalitet.

Liknande frågeställningar uppstår för de läkemedelsnära produkterna. Är det så att förbättrade produkter och en intensivare användning av läkemedelsnära produkter för diabetiker leder till en bättre diabetesvård och därmed minskad utveckling av makro- och mikrovaskulära komplikationer? I så fall kan förväntas en minskad efterfrågan på sjukvård för fotvård, amputationer, kronisk njursvikt, synkomplikationer och hjärt- och kärlsjukdomar. Samtidigt ökar livslängden och livskvaliteten för de diabetiker som i mindre grad drabbas av komplikationerna.

IHE har fått i uppdrag av Sveriges kommuner och landsting samt Swedish Medtech att belysa den samhällsekonomiska kostnaden och nyttan av hjälpmedel. Studien som kommer att utgå från några exempel på hjälpmedel kommer att presenteras våren 2008.

### Var kan man läsa mer?

Hjälpmedel och läkemedelsnära produkter – en kartläggning av marknaden. Författare till rapporten är Marianne Svensson, Knut Ödegaard och Ulf Persson. Studien kan beställas eller laddas ner från [www.ihe.se](http://www.ihe.se)

# Kundval i dansk äldreomsorg

Idag ses ett ökat intresse för kundval i svensk äldreomsorg. Kartläggningar från Socialstyrelsen visar att 22 kommuner i Sverige införde kundval år 2006, vilket var en fördubbling jämfört med år 2003. Av samma studie framgår att det var minst lika många kommuner som planerade att införa kundval i äldreomsorgen. Dessutom har en statlig utredning tillsatts med uppdraget att utreda förutsättningarna för ökad valfrihet inom vård och omsorg som ges till äldre och personer med funktionshinder enligt socialtjänstlagen. Mot denna bakgrund är det intressant att lyfta blickarna mot Danmark och det nationella kundvalssystem som infördes där år 2003.

Att kunna peka på utvecklingstendenser sedan det danska nationella kundvalssystemet infördes är svårt. Detta sammanhänger inte minst med bristen på utvärderingar av det danska kundvalssystemet. Implementeringen av kundvalet har också påverkats av den stora kommunreformen 2007, som innebar att Danmarks drygt 270 kommuner slogs samman till 99 stycken. Några tendenser kan dock skönjas.

## Utbredningen

Även om kundvalet i sig omfattar hela hemtjänsten, var det få danska kommuner som i slutet av år 2006 hade kundval som omfattade hela hemtjänsten.

▼ fyra procent av kommunerna hade kundval för samtliga tjänster, dvs hade minst två utförare för personlig omsorg, praktiskt hjälp och matservice.

▼ 39 procent av kommunerna hade kundvalsmöjlighet inom både personlig omsorg och praktisk hjälp.

▼ tre av fyra kommuner hade kundval i minst en av de tre hemtjänstinsatserna.

▼ störst är utbredningen för praktisk hjälp och minst för matservice.

Mellan åren 2004 och 2005 har kundvalets utbredning ökat, för att därefter stagnera. Sannolikt har detta varit en effekt av den väntade kommunreformen som infördes år 2007. Utbredningen av kundval för praktisk hjälp kan sannolikt förklaras av att det sedan många år funnits etablerade företag för servicetjänster som bland annat är en följd av subvention av hushållsnära tjänster för pensionärer.

En övervägande majoritet av samtliga kommuner valde initialt certifiering

vid prövning av utförare och även senare kartläggningar visar att denna bild kvarstår. Statistik över kommuners ersättningsnivåer till utförarna visar på skillnader (givet typ av hemtjänstinsats) vilket också är att vänta. Kommunernas ersättningsnivåer kan skilja beroende på exempelvis skillnader i vårdtyngd bland brukarna. Frågan är om ersättningsnivåerna och skillnaderna mellan kommunerna är rimliga. Förutsättningar för jämförelse av nuvarande ersättningsnivåer har skapats genom krav på kommunerna att rapportera ersättningsnivåer till en nationell databas.

Var fjärde brukare har svårt att avgöra hur de upplever själva valsituationen och mindre än tio procent säger att de upplever det som svårt att välja utförare. Många av dem som hade svårt att välja upplevde att de inte fått tillräckligt med information och att de inte fått tillräckligt med hjälp av biståndshandläggaren. Att informera om kundval är svårt. Informationen är omfattande, vilket biståndshandläggare lyfter fram som en av kundvalets nackdelar. Valet är svårt för brukaren att överblicka. En studie antyder att de yngre äldre har lättare att förstå hur kundvalet går till, medan de äldre har svårare att förstå vad det innebär. Biståndshandläggaren kan inte välja åt brukaren, men kan upplysa brukaren och anhöriga om vilka utförare som kan tillgodose brukarens behov och önskemål.

Cirka ett år efter det att kundvalssystemet infördes hade 16 procent av hemtjänsttagarna i Danmark hjälp av en privat utförare. Efter två år hade andelen ökat till 21 procent. För personlig omsorg hade andelen ökat från två till fem procent. Många av dessa brukare har också hjälp av den kommunala utföraren.

## Var kan man läsa mer?

Svensson M & Edebalk PG. Kundval i dansk äldreomsorg. Bilaga 3 I: Ökad konsumentnytta inom vård och omsorg – förslag för konkurrens och ökat företagande. Konkurrensverket rapportserie 2007:3

## Kundvalssystemet i korthet

I Danmark infördes ett generellt kundvalssystem för hemtjänsten den 1 januari 2003. Systemet innebär att en brukare av hemtjänst har rätt att välja en annan utförare än kommunen. Kundvalet omfattar personlig omsorg, praktisk hjälp och matservice. Kommunen ställer upp kvalitetskrav på verksamheten och fastställer ersättningen för de utförda tjänsterna. I princip ska ersättningen svara mot kommunens självkostnad för att utföra de olika hemtjänstinsatserna. Enligt lagen ska ersättningen differentieras efter typ av tjänst och om kommunerna har möjlighet kan ytterligare differentiering förekomma.

Kommunstyrelsen får själv välja om de vill upphandla eller certifiera utförarna. Certifiering ses i lagen som huvudalternativet. Genom att kommunen of-

fenliggör kvalitetskrav och ersättningen för tjänsten, kan leverantörer ansöka om certifiering i kommunen och uppfyller de villkoren godkänns de av kommunen. Alternativt kan kommunen använda sig av upphandling, dvs anbudskonkurrens. Kommunen får då kontraktera minst två och högst fem leverantörer när det gäller personlig omsorg och praktisk hjälp. För matservice kan fler leverantörer förekomma. Kommunen väljer också om upphandling ska omfatta hela eller delar av hemtjänsten. Enligt den danska lagen måste den kommunala hemtjänsten också delta i upphandlingen på samma villkor som privata utförare. I samband med att kundvalssystemet infördes ställdes också krav på att kommunerna ska skilja myndighetsutövningen från utförandet av hemtjänsten.

# IHE-FORUM 2007

Årets IHE-FORUM i början av september med drygt 200 deltagare hade två mycket aktuella teman: Cancer och Fetma. Inom båda dessa områden diskuteras idag vad som kan göras preventivt respektive vilka patienter som har nytta av nya interventioner. Allt fler läkemedel introduceras mot cancer och är ett av de terapiområden vars läkemedelskostnader ökar mest. Fetman i samhället orsakar sjukdomar, som också drar med sig ökade sjukvårdskostnader.

*Mef Nilbert*, onkologiprofessor från Lund, inledde den första dagen med att diskutera nya vägar för cancerbehandling. Läkemedelsforskningen har blivit allt intensivare och det finns nu ca 200 substanser i pipeline och det godkänns 1-2 nya cancermedel per år. Behandlingsmöjligheterna har därmed ökat och bl a inneburit en mer målstyrd intervention. Viljan till insatser varierar dock mycket mellan de olika landstingen. Forskningsinsatserna omfattar att finna markörer, resistens och kombination av nya mål-molekyler. Att hitta genetiska profiler är dock svårt.

*Ulf Persson*, VD för IHE, beskrev hälsoekonomi som ett verktyg för prioriteringar inom cancerområdet. Genom den snabba utvecklingen av möjligheter till förbättrad cancerbehandling krävs förbättrade hälsoekonomiska analyser av kostnader och hälsoeffekter. Inför lansering av t ex nya läkemedel används ex ante-studier medan ex post omfattar studier efter lansering. Beräkningar av QALY, d v s kvalitetsjusterade levnadsår, är en viktig komponent i sammanhanget. En känslig fråga är därvid hur stor betalningsviljan är för ett QALY och internationellt diskuteras konsekvenser i QALY-termer för adjuvant (botande) respektive palliativ (livsuppehållande) vård. Med ökad satsning på ex ante- respektive ex post-studier skulle man få snabbare introduktion av nya respektive utrangering av föråldrade behandlingar.

I ett tredje anförande redogjorde *Torbjörn Malm*, projektledare på Socialstyrelsen, slutsatser och konsekvenser av Socialstyrelsens cancerriktlinjer. Dessa omfattar cancerformerna bröst, prostata och colorektal. I arbetsprocessen ingår ett 100-tal experter och de dokument som presenterats omfattar

dels fakta, dels beslutsstöd för t ex regionala vårdprogram, policybeslut och individuella vårdbeslut. Olika åtgärder vid de tre cancerformerna rangordnas på en tiogradig skala och det har konstaterats att det råder stora regionala skillnader i hantering av dessa och därmed kvalitén av vården. För att få större enhetlighet utformas övergripande kvalitetsindikatorer.

## Parallella sessioner

Eftermiddagen startade med tre parallella sessioner, som upptog ämnena hanteringen av nya ”dyra” läkemedel, prioriteringen av screening för cancer respektive koncentrerad av kirurgisk behandling. Av dessa deltog underrepresenterad i det första, som leddes av *Bodil Ericsson* från Janssen-Cilag, tidigare Sveriges Kommuner och Landsting. I en paneldiskussion med *Christina Bergdahl*, Blodcancerförbundet, *Björn Wettermark*, Läkemedelscentrum inom Stockholms läns landsting, *Per Boström*, Roche och *Carsten Rose*, onkolog från Lund, togs olika aspekter på temat upp.

Bergdahl utgick från patientperspektivet och konstaterade att forskningen lett fram till både bättre diagnos och behandling av cancer. De ökade kostnaderna var ett problem, mer för de betalande institutionerna än för de behandlande läkarna. Därmed blev vården ojämnlik över landet.

Wettermark redogjorde för ett strategiarbete inom Stockholms läns landsting, vilket skall leda till att i ett tidigt skede få fram underlag för en bättre värdering och användning av läkemedel. I den nämnda strategin analyseras utvecklingen och tar bl a upp olika modeller för kvalitetsuppföljning och hälsoekonomiska analyser.

Boström konstaterade att drygt 22 tusen svenskar årligen dör i cancer och 50 tusen får diagnos för olika cancer-

former. Även om kostnaderna för cancerläkemedlen ökar allt mer är deras andel av den samlade vård- och samhällskostnaden minskande.

Rose beskrev kostnadsutvecklingen för cancerläkemedel på den onkologiklinik där han är verksamhetschef. En mycket svår roll då han mot sjukhusledningen måste hålla sig till budget, men mot sina kollegor måste fatta beslut om en dyr behandling för enskilda patienter skall genomföras eller ej.

I dagens avslutande paneldiskussion behandlades frågan om nyttan med nationella riktlinjer. *Susanne Waldau*, Västerbottens läns landsting, verkade för att implementera riktlinjerna i verksamheten. Tillvägagångssättet omfattade bl a konferenser och bättre uppföljning genom att tillsätta särskilda arbetsgrupper. Erfarenheterna var hittills positiva och man ansåg sig ha fått bättre prioriteringsunderlag.

*Jonas Bergh*, Radiumhemmet i Stockholm, ansåg att det är viktigt att Sverige fortsätter att ligga i frontlinjen för cancerforskningen. Han efterlyste en lagstiftning som preciserade patienternas rättigheter i cancer vården. Den högteknologiska forskningens förmåga att nå ut till bassjukvården är ett problem. Likaså bristen på prevention och tidig diagnostik.

*Torbjörn Malm* betonade att syftet med riktlinjerna bl a var att skapa underlag för horisontella och vertikala prioriteringar och det sker genom en aktiv dialog mellan berörda parter, t ex Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och landstingen med de ingående kommunerna. *Lars-Åke Levin*, hälsoekonom från Linköping, ansåg att riktlinjerna är ett viktigt instrument för att utjämna de skillnader som finns över landet och konstaterade att de pengar man har är utgångspunkten.

## Tema fetma

Forumets andra dag, med temat Fetma, inleddes av *Claude Marcus*, Karolinska Institutet, som diskuterade fetma ur ett folkhälsoperspektiv och med särskild tonvikt på problem som gäller barn och



*Professor Claude Marcus och docent Liselotte Schäfer-Elinder.*

*Foto: IHE.*

tidig uppväxt. Pojkar och flickor mellan 6 och 10 år utvecklas mycket olika och är varierat mottagliga för olika influenser. För att motverka den ökande fetman vidtas olika åtgärder. Motion är viktig, men skall inte övervärderas. Andra interventioner, som visat sig ge resultat, är att minska stillasittandet, ändra kostvanorna och minska intaget av sötsaker. Små insatser med medverkan från skolor och föräldrar är värdefulla.

*Liselotte Schäfer Elinder*, Centrum för Folkhälsa, Stockholms läns lansting, tog upp betydelsen av förebyggande åtgärder. Fetma är ett allt mer uppmärksammat folkhälsoproblem, både i Sverige och i utlandet. I USA är 2/3 av befolkningen överviktiga och det har nu gått så långt att det hotar den amerikanska ekonomin. Även u-länderna uppmärksammar problemet. Det pågår allt mer omfattande analyser av orsaker och samband då det gäller fetma och genom olika initiativ försöker man bromsa utvecklingen. Behandlingen omfattar allt från kirurgi till livsstilsförändringar. De preventiva insatserna måste också stärkas, t.ex. att ha restriktioner kring utbudet av livsmedel. Det gäller huvudsakligen information, baserad på vetenskap, men också genom ekonomiska och politiska styrmedel.

#### **Vems ansvar?**

Frågan om vem, som har ansvaret för åtgärder mot fetma – individen eller samhället var sedan inriktningen på en paneldiskussion. Inledare var *Björn Lindgren*, LUCHE (Lunds universitets centrum för hälsoekonomi), som ansåg att det ökade intresset för problemet med fetma var både ekonomiskt och

folkhälsomässigt. Individen väljer själv sin livsstil. Valet påverkar dock livskvaliteten och får långsiktiga konsekvenser. Det allmännas intresse är att individen är informerad om detta. Det kan man göra genom information, reglering, beskattning och stödåtgärder. Olika samhällsinsatser måste värderas ur ett kostnadseffektivitetsperspektiv, men ytterst är det individen som har de största direkta och indirekta kostnaderna.

*Johanna Sjölander*, primärvårdsläkare från Nora, har ägnat stort intresse för överviktsproblemet. Det är svårt att påverka och kan ses som ett missbruk. Hon har positiva erfarenheter av korta, motiverande samtal med de drabbade. Det saknas vårdprogram och konkreta resurser i vården på området, som skulle öka möjligheten att påverka.

*Carl-Axel Wildt*, Överviktigas riksförbund, beskrev personligt och gripande samhällets och omgivningens inställning till de överviktiga. Man ser det ofta som en sjukdom, som delvis är självförfädd. Det ökade intresset från politiskt håll är positivt, men att konkret följa t ex Livsmedelsverkets och Statens Folkhälsoinstitutets ”79 punkter” har fallit i glömska.

*Håkan Sörman*, Sveriges Kommuner och Landsting, betonade att man ser allvarligt på ökningen av övervikten i samhället, inte minst på den oroande ökningen av sjukvårdskostnaderna. Bara de kirurgiska insatserna är nu 1 miljard kronor per år. Medvetenheten hos landsting och kommuner ökar dock och man inser vikten av förebyggande åtgärder. I det arbetet vill man ha arbetsgivarna med i båten.

*Gunnar Ågren*, Statens Folkhälsoinstitut, inledde med att påpeka att svaret på den inledande frågan var att såväl individen som samhället har ansvar för åtgärder mot fetma. Ågren ansåg att det är en felaktig avvägning mellan förebyggande och vårdande insatser där de berörda institutionerna gick i otakt. Ett annat sätt att beskriva obalans var enligt Ågren att 1,3 miljarder av jordens befolkning är överviktiga medan 800 tusen svälter. Ett av problemen är ”subventioneringen” av ohälsan genom en felaktig jordbrukspolitik.

Stockholm den 17 september 2007  
*Bo Holmberg, Apotekarsocieteten*



*IHE-Forum 2007 avslutades med en debatt om hur mycket staten skall bestämma över sjukvården. I denna deltog *Olivia Wigzell*, Socialstyrelsen, *Bo Könberg*, landshövding i Sörmland, *Carola Lemne*, Danderyds sjukhus och *Anders Lönnberg*, Novartis och SLL. Debatten leddes av moderatören *Ulf Wickbom* och bjöd på intressanta reflektioner på ett kärt tema – en perfekt avslutning på två innehållsrika dagar. Foto: IHE.*

# Det femte globala symposiet i Lund

IHE har under en längre tid bedrivit projekt på uppdrag av Sida med inriktning på hälsoräkenskaper. I juli i år arrangerade IHE det femte globala symposiet om nationella hälsoräkenskaper i Lund. Symposiet var en av flera förkonferenser till den hälsoekonomiska världskongressen som hölls i Köpenhamn i regi av iHEA – International Health Economics Association. Symposiet pågick under två dagar och var, liksom tidigare år, gemensamt finansierat av Sida och USAID. Temat för årets konferens var ”*Building accountability for investments of health resources*”, vilket speglar att National Health Accounts kan användas för att mäta insatser ämnade att stärka och förbättra hälso-system i olika länder.

**S**edan det första NHA symposiet hölls i Rotterdam har deltagarantalet fördubblats, vilket speglar både ett växande intresse och ökade kunskaper om nationella hälsoräkenskaper. Syftet och förhoppningen med årets symposium, som lockade omkring 180 deltagare från över 50 länder, var att kunna sprida kunskap om NHA och pågående utveckling samt att ge förnyad kraft till arbetet med NHA på såväl global som nationell nivå. NHA fokuserar på flödet av finansiella medel från finansörer till olika vårdgivare och inkluderar alla utgifter, oberoende av vem som betalar och kan användas till beslut om fördelning av knappa resur-

ser inom hälso- och sjukvårdssektorn. En fördel med NHA är att de ger en fullständig bild över ett lands hälso- och sjukvårdsutgifter. Bland deltagarna på detta års symposium återfanns beslutsfattare och forskare inom hälso-sektorn hälsoministerier, universitet, forskningsinstitut, Världsbanken (WB), Världshälsoorganisationen (WHO), Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) samt bilaterala biståndsorganisationer.

## Utveckling av NHA

Konferensen inleddes med en översiktlig presentation av IHE om hur långt länder runt om i världen har kommit

med framtagande av NHA. Den relativt snabba ökningen av NHA i utvecklingsländer har möjliggjorts av finansiellt stöd från givarländer och idag har mer än 60 låg- och medelinkomstländer tagit fram NHA åtminstone vid ett tillfälle. Även om intresset för NHA har vuxit kraftigt över en tioårsperiod är det långt kvar innan potentialen utnyttjats fullt ut.

Med syfte att underlätta kunskapsöverföring kring NHA mellan olika länder har ett antal regionala nätverk bildats. Under symposiet presenterade företrädare från respektive nätverk – Eastern Central and Southern Africa (ECSA), Francophone Africa (FA), Latin America and the Caribbean (LAC), Middle East and Northern Africa (MENA), och Commonwealth of Independent States (CIS) – den senaste utvecklingen i regionen. Från föredragen framkom att framsteg gjorts inom institutionalisering av NHA och att intresse för ”NHA subaccounts”, det vill säga framtagande av disaggregerad data (exempelvis inom särskilda sjukdomsområden eller läkemedelsanvändning) ökat markant inom regio-

## ISPOR i Dublin

I oktober i år hölls den tionde årliga europeiska konferensen av ISPOR – ”International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research” i Dublin. Temat för årets konferens var ”Expanding European Horizons for Pharmacoeconomics and Outcome research”, vilket belyser den ökande användningen av Health Technology Assessment (HTA) runt om i Europa. Många av panelsessionerna och workshops under konferensen illustrerade erfarenheter från bland annat myndigheter och industrin, vilka klargjorde möjligheter samt svårigheter som kan uppstå då HTA ökar i betydelse. IHEs bidrag till årets konferens var medverkan i en ”issue panel” om de kostnadseffektanalyser som IQWiG i Tyskland planerar inför nästa år, ordförande vid en session om diabetes samt två posterpresentationer inom diabetes- och vaccinområdet.

**I**den ena studien ”*Cost-Effectiveness of Strict “Get To Goal” Treatment Directives in the Treatment of Younger Patients with Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus*” (Michael Willis, Christian Asseburg, Sixten Borg, Ulf Persson & Cheryl Neslusan) jämfördes kostnadseffektivitet för intensiv ”get to goal” behandling som håller blodsockervärdet (HbA1c) under 7 procent, med mindre strikt behandling där blodsockervärdet ligger på 8,5 procent. Det senare behandlingsalternativet ses ofta i praktiken för unga patienter som nyligen diagnostiserats med typ 2 diabetes medan det förstnämnda idag rekommenderas av de amerikanska och europeiska diabetesförbunden. En sto-

# om National Health Accounts

nerna. Nätverksrepresentanterna betonade dock svårigheter vid användning och framtagning av NHA. Problem som avsaknad av teknisk kunskap och kapacitet, svårigheter med metodologi, datainsamling och klassificeringsproblem visade sig vara vanliga inom många länder. Problem med så kallad "brain drain", dvs att personer med specifikkunskaper tenderar lämna landet, kvarstår i många av de afrikanska länderna.

Marockos biträdande hälsominister, Omar Chibane, var en av symposiets keynote speakers. Fokus i presentationen låg på användande av NHA i policy processer inom hälsosektorn i Marocko. Han menade att NHA har varit ett givande redskap i Marocko då det hjälpt till att identifiera problem förknippat med finansiering av sjukvårdssektorn. NHA har kunnat användas för att göra evidensbaserade beslut inom hälsosektorn. Dock betonade Chibane att det uppstått åtskilliga problem med datainsamling från sjukvårdsproducenter och att regelbundet samla in hushållsdata. Dessa problem togs även upp av symposiets andra keynote

speaker, Dr Joseph Kutzin, hälsoekonom och expert på hälsosystem vid WHO. Kutzin talade om vikten av att använda trovärdig och aktuell data vid arbete med att stärka hälsosystemen. Vidare betonade han att trots de framsteg som gjorts att systematiskt producera hälsoekonomiska data återstår mycket arbete för att förbättra materialet.

## Fortsatt arbete mot global standardisering

Eftersom NHA möjliggör jämförelser av utgifter för hälso- och sjukvården mellan olika länder samt över tiden är det också viktigt att länderna använder samma metodologi och dataklassificering. Åtskilliga föredragshållare under symposiet efterfrågade en förbättring av metoden och standardisering av data mellan länder och var eniga om att behovet för harmonisering av system inom och mellan länder kvarstår.

Idag pågår ett harmoniseringsarbete för standardisering av metod och dataklassificering för NHA. Initiativ till denna internationella harmonisering togs av OECD i syfte att förbättra glo-

bal jämförelse och öka analysmöjligheterna. OECD publicerade en manual för hälsoräkenskaper, SHA, Systems of Health Accounts, år 2000. Idag samarbetar OECD, WHO och Eurostat för att ytterligare standardisera globala hälsoräkenskapsmetoder. Under flera sessioner ledda av bland annat OECD och WHO fokuserades framskridandet av SHA. Joseph Kutzin betonade dock i sin presentation vikten av att applicera relativt enkla och flexibla förändringar av metod och klassificering inom SHA eftersom hälsosystem kan skilja markant länder emellan.

För deltagarna på detta femte globala NHA symposium blev det tydligt att åtskilliga framsteg har gjorts både beträffande institutionalisering och utveckling av subaccounts. Men ett fortsatt arbete krävs för att kunna utnyttja dess potential fullt ut. Vidare fordras fortsatt harmoniseringsarbete för metodutveckling och dataklassificering, vilket också ligger på agendan för framtida utveckling av NHA. Nästa NHA-symposium kommer att hållas i Peking år 2009.

kastiskt Markovbaserad mikrosimuleringsmodell användes för att beräkna kostnader, levnadsår och kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) för de båda behandlingsstrategierna över 25 år. Resultaten visar en liten ökning av intjänade levnadsår och en reducering av QALYs för den intensiva "get to goal" behandlingen, till en högre kostnad. Bieffekter från den intensiva behandlingen, framförallt viktökning och andra insulinrelaterade livskvalitetsreducerande påföljder förklarade främst reduktionen av QALYs. Denna studie betonar vikten av att se till patienternas preferenser och vad en striktare kontroll av blodsockervärde kan leda till.

Den andra studien som presentera-

des av IHE var "A cost-effectiveness analysis of a universal vaccination program with the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV-7) in Sweden" (Annika Bergman, Jonas Hjelmgren, Torbjörn Wisloff, Ivar Sonbo Kristiansen & Ulf Persson). Studien utfördes på uppdrag av Socialstyrelsen och syftet var att analysera de samhällsekonomiska konsekvenserna av att införa pneumokockvaccinet PCV-7 i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige. PCV-7 är ett vaccin utvecklat för spädbarn och ger gott skydd mot invasiv pneumokocksjukdom samt ett visst skydd mot öroninflammation och lunginflammation. En Markovmodell användes för att beräkna kostnadseffek-

tivitet av vaccinering av alla spädbarn i Sverige, jämfört med ingen vaccination. Resultaten indikerar att ett allmänt pneumokockvaccinationsprogram i Sverige skulle kunna förhindra ett avsevärt antal infektioner – huvudsakligen akut otitis media – och minska pneumokockrelaterad sjuklighet och dödlighet. Resultaten från kostnadseffektivitetsanalysen tyder på att de positiva hälsoeffekterna av vaccination kan uppnås inom begreppen "måttliga" eller "låga" kostnader per QALY eller levnadsår, enligt Socialstyrelsens bedömning.

B



## Aktuella publiceringar

Anell A & Glengård H A. Vacciner i Sverige – ett hälsoekonomisk perspektiv. Lund: IHE Rapport 2007:1.

Borg S, Glengård H A, Österborg A & Persson U. The cost-effectiveness of treatment with erythropoietin compared to red blood cell transfusions for patients with chemotherapy induced anaemia: A Markov model. *Acta Oncologica*. (Kommande)

Glengård A H, Hjalte F & Hjortsberg C. National Health Accounts – Demand and use of health expenditure data. Selected Papers from IHE studies II. Lund: IHE, 2007.

Glengård A H & Maina M T. Reversing the trend of weak policy implementation in the Kenyan health sector? – A study of budget allocations and spending of health resources versus set priorities. *Health Research Policy and Systems* 2007 Mar 29; 5:3.

Glengård A, Persson U & Schön S. Cost-effectiveness analysis of treatment with epoietin alpha for patients with anaemia due to renal failure – The case of Sweden. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* (kommande).

Hjelmgren J & Anell A. Population preferences and choice of for primary

care models: A discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy* 2007 Oct; 83 (2-3): 314-22.

Hjelmgren J, Svensson Å, Jörgensen E T, Lindemalm-Lundstam B & Ragnarson Tennvall G. Cost-effectiveness of tacrolimus ointment vs. standard treatment in patients with moderate and severe atopic dermatitis: a health-economic model simulation based on a patient survey and clinical trial data. *British Journal of Dermatology* (BJD) 2007; 156 (5): 913-921.

Jansson S. Implementing accountability for reasonableness – the case of pharmaceutical reimbursement in Sweden. *Health Economics, Policy and Law* 2007; 2: 153-171.

Persson U & Ramsberg J. Hur använder LFN hälsoekonomisk utvärdering? *Läkartidningen* 2007; 104 (42): 3046-3050.

Persson U. Reembolso y guías clínicas para fármacos en Suecia: Se basan las decisiones en evaluaciones económicas? (Reimbursement and drugs clinical guidelines in Sweden: Are decisions based on economic evaluations?). *Política Farmacéutica Europea en el Mercado, Global, Contenidos del I y II, Foro Europeo de Política farmacéutica*. (The II European Forum on Pharmaceutical Policy 3rd of April 2006 in the Ministry of Industry, Madrid, Spain.) Madrid; Fundación Gaspar Casal 2007.

Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, Jude E, Piaggese A, Bakker K, Edmonds M, Holstein P, Jirlovskaja A,

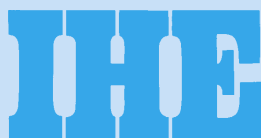
Mauricio D, Ragnarson Tennvall G, Reike H, Spraul M, Uccioli L, Urbancic V, van Acker K, van Baal S, van Merode F & Schaper N. High prevalence of ischemia, infection and serious co-morbidity in patients with diabetic foot disease in Europe. Baseline results from the EUODIALE study. *Diabetologia* 2007; 50 (1): 18-25.

Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, Jude E, Piaggese A, Bakker K, Edmonds M, Holstein P, Jirlovskaja A, Mauricio D, Tennvall GR, Reike H, Spraul M, Uccioli L, Urbancic V, van Acker K, van Baal J, van Merode F & Schaper N. Optimal organization of health care in diabetic foot disease: introduction to the Eurodiale study. *Int J Low Extrem Wounds* 2007; 6 (1): 11-17.

Svensson M & Edebalk PG. Kundval i dansk äldreomsorg. Bilaga 3 I: Ökad konsumentnytta inom vård och omsorg – förslag för konkurrens och ökat företagande. Stockholm: Konkurrensverket, 2007. (Konkurrensverket rapportserie 2007:3)

Svensson M, Ödegaard K & Persson U. Hjälpmedel och läkemedelsnära produkter – en kartläggning av marknaden. Lund: IHE e-rapport 2007:1

Tunsäter A, Moutakis M, Borg S, Persson U, Strömberg L & Nielsen AL. Retrospective incremental cost analysis of a hospitalbased COPD Disease Management Programme in Sweden. *Health Policy* 2007; 81: 309-319.



IHE information 3/2007

Redaktör: Marianne Svensson  
Ansvarig utgivare: Ulf Persson  
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, uppges såväl gammal som ny adress!

Layout och original: Britta Jeppsson Grafisk form • Tryck: Wallin & Dalholm Boktr. AB, Lund 2007