

- 1 Hur ska nya vacciner finansieras?
- 3 Kostnadsansvar och incitament för effektivare förskrivning – ny kartläggning
- 4 En ny studie om kundval i äldreomsorgen
- 5 IHEs tioåriga samarbete med University of Zambia
- 6 IHE-FORUM 2006
- 7 Konferenser om hälsoräkenskaper ISPOR i Köpenhamn
- 8 Aktuella publiceringar

# Hur ska nya vacciner finansieras?

Vanliga barnvacciner är billiga att framställa, har få och lindriga biverkningar och ger ett mycket effektivt skydd mot sjukdomar. Därför är det inte förvånande att många tidiga teknologiutvärderingar liksom hälsoekonomiska analyser under 1970-talet fokuserade vacciner och vaccinationer. Under de senaste 20 åren har dock få nya vacciner introducerats. Det har inte funnits anledning att ifrågasätta etablerade former för beslut om rekommendationer och vaccinernas finansiering. Förutsättningarna har emellertid på senare tid ändrats. Vaccinationsfrågor har av flera skäl blivit högaktuella. Bland annat har nya vaccin mot pneumokocker respektive virus som orsakar livmodershalscancer blivit tillgängliga. Mot bakgrund av ändrade förutsättningar genomför IHE en kartläggning av hur den svenska vaccinmarknaden fungerar.

För befolkningen ger vaccinationer både ett direkt och ett indirekt skydd. Den direkta skyddseffekten varierar mellan olika vacciner. För mässling är t.ex. skyddseffekten ungefär 95 procent, medan motsvarande effekt för kikhosta är 70-85 procent. Det totala skyddet och risken för epidemier påverkas även av hur många individer som vaccineras. Om andelen immuna i befolkningen är tillräckligt hög, antingen genom vaccination eller att man tidigare haft sjukdomen, minskar risken för epidemier. Vikten av att uppnå s.k. flockimmunitet är en viktig anledning till att beslut om vacciner fattas i en särskild ordning jämfört med andra läkemedel och att barnvaccinationsprogrammet i Sverige och många andra länder är avgiftsfritt.

## Liten del av utgifterna

I Sverige är det Socialstyrelsen som beslutar om rekommendationer för vaccinationer, medan implementeringen och finansieringen är landstingens och kommunernas ansvar. Uttryckt som

andel av de totala läkemedelskostnaderna utgör vaccinkostnaderna en liten andel – mellan 1 och 2 procent under perioden 1992-2005 (tabell).

År 2005 uppgick de totala vaccinkostnaderna till 435 miljoner kronor.

Denna siffra beaktar dock inte de rabatter som landsting och kommuner får i samband med upphandling. Kostnaderna för barnvaccinationsprogrammet är numera en mindre andel av de totala kostnaderna. Under perioden 1992 till 2005 har andelen kostnader som utgörs av de åtta vaccinerna i det allmänna barnvaccinationsprogrammet minskat från 74 till 31 procent (figur).

## Flera kriterier vid beslut om rekommendationer

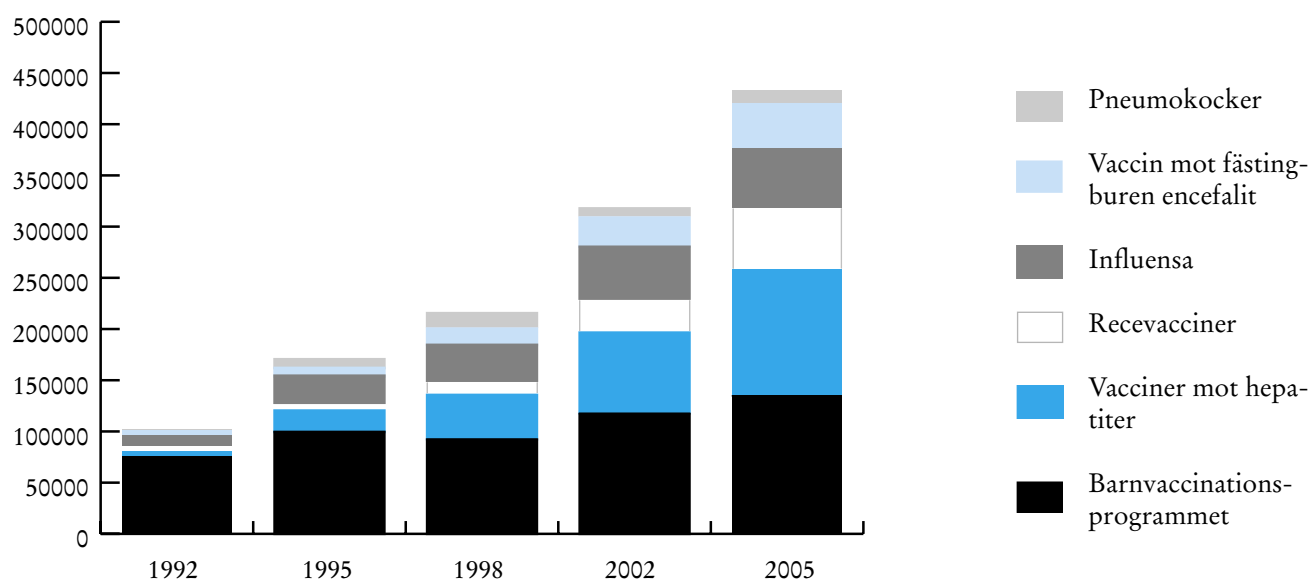
Det är sällan som Socialstyrelsen föreslår förändringar i det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Hösten 2005 rekommenderades ytterligare en dos kikhostevaccin för tioåriga barn, vilket

*Nominell och real kostnadsutveckling åren 1992 – 2005 för vacciner i Sverige*

År	Nominella vaccinkostnader AIP (tkr)	Reala vaccinkostnader, fasta priser 1992 AIP (tkr)	Reala vaccinkostnader per invånare AIP (kr)	Procent av totala läkemedelskostnader AIP
1992	101 445	101 445	12	1,1
1995	171 688	160 829	18	1,3
1998	214 741	197 116	22	1,3
2002	318 011	291 910	33	1,4
2005	435 012	416 275	46	1,8

*Källor: Läkemedelsindustriföreningen, (LIF) 2006 IMS Health; Apotekets läkemedelsprisindex; SCB Befolkningsstatistik.*

### Kostnad (tkr) 1992, 1995, 1998, 2002 och 2005 för olika grupper av vacciner i Sverige



Källor: Läkemedelsindustriföreningen, (LIF) 2006 IMS Health.

var första gången sedan 1996 som en ny rekommendation utfärdades. Det räcker inte att ett vaccin har bra effekt för att det ska bli föremål för en rekommendation från Socialstyrelsen. Det finns flera andra kriterier som myndigheten tar hänsyn till, såsom risk för biverkningar, förutsättningar för acceptans hos befolkningen och berörd vårdpersonal samt konsekvenser för samhällsekonomin. Nya vacciner kan därför vara föremål för diskussion under lång tid innan det eventuellt blir aktuellt med rekommendation. För närvarande finns en handfull nya vacciner under särskild bevakning, däribland vacciner mot rotavirus, pneumokockinfektion, meningokocksjukdom, hepatit B och humant papillom (HP)-virus.

#### Finansiering av kommuner och landsting

Eventuella framtida beslut om att inkludera vacciner mot pneumokocker respektive HP-virus inom det avgiftsfria barnvaccinationsprogrammet skulle få konsekvenser för både landsting och kommuner. Om vaccinet ges inom barnhälsovården är det landstingen som står för kostnaderna, medan kommunerna svarar för vacciner som ges inom skolhälsovården. Grovt räknat bärs idag två tredjedelar av kostnaderna för

vaccin inom barnvaccinationsprogrammet av landstingen. Vaccination mot pneumokocker skulle ges inom barnhälsovården och nästan fördubbla landstingens kostnader för barnvacciner. Å andra sidan kan landstingen också räkna med kostnadsbesparingar i form av färre infektioner. Hälsoekonomiska studier i Norge, som beslutat att införa pneumokockvaccination bland barn, visar att vaccination t.o.m är kostnadsbesparande för samhället med beaktande av indirekta kostnader.

Vaccin mot HP-virus till skolbarn skulle innebära att kommunernas kostnader för barnvaccin ökar i storleksordningen 3-4 gånger. Till skillnad från landstingen kan kommunerna inte räkna med några besparingar i form av minskade kostnader på sikt för cancervård och screening. Det kan få en negativ effekt på kommunernas betalningsvilja, med krav på kompensation eller önskemål om att kostnaderna bärs av landstingen.

#### Vacciner i läkemedelsförmånen?

Ett hittills oprövat finansieringsalternativ är att de läkemedelsföretag som inte vill avvakta Socialstyrelsens beslut ansöker om subvention inom läkemedelsförmånen. Sedan lagen om läkemedelsförmånen ändrades 2002 finns

inget hinder för subvention av vaccin, vilket var fallet tidigare. Subvention av vaccin inom läkemedelsförmånen innebär dock inte att vaccinet kommer att vara tillgängligt på samma sätt som vaccin inom barnvaccinationsprogrammet. Samma egenavgifter och högst kostnadsskydd som för andra läkemedel inom förmånen gäller, liksom att recept måste utfärdas av förskrivare med ansvar för prioriteringar inom en given budgetram där i många fall utgifter för läkemedel ingår (se artikel nästa sida). Det är långt ifrån säkert att tillgången till vaccin inom läkemedelsförmånen kommer vara densamma över hela landet och för hela befolkningen.

#### Vad kan man läsa mer?

IHEs kartläggning av hur den svenska vaccinermarknaden fungerar finansieras av Läkemedelsindustriföreningen (LIF) och publiceras som IHE rapport under vintern 2006. För ytterligare information kontakta Anders Anell eller Anna H. Glengård.

Wisloff T, m.fl. Cost effectiveness of adding 7-valent pneumococcal conjugate (PCV-7) vaccine to the Norwegian childhood vaccination program. *Vaccin* 2006 17; 24(29-30):5690-9

# Kostnadsansvar och incitament för effektivare förskrivning – ny kartläggning

En aktuell kartläggning visar att decentraliseringen av kostnadsansvar för öppenvårdsläkemedel till vårdcentraler och kliniker blir allt vanligare. Under de senaste tre åren har antalet landsting med centralt kostnadsansvar minskat från elva till tre. Författarna Sara Nordling och Anders Anell, IHE, konstaterar att det är svårt att dra några generella slutsatser om decentraliseringens effekter eftersom utformningen av de modeller som används av landstingen varierar. Dessutom har kostnadsutvecklingen för öppenvårdsläkemedel under senare år varit mycket blygsam mot bakgrund av krav på generisk substitution och patentutgångar. Fokus riktas numera mot nya och dyra specialläkemedel.

När kostnadsansvaret för läkemedel förskrivna i den öppna vården fördes över från staten till landstingen år 1998, påbörjades ett omfattande utvecklingsarbete i landstingen att skapa modeller för decentralisering av kostnadsansvaret till vårdcentraler och kliniker. IHE gjorde år 2002 en första kartläggning över landstingens hantering av kostnadsansvaret och i vilken mån incitamentsavtal i syfte att effektivisera förskrivningen användes. Mot bakgrund av de förändringar som skett sedan dess har IHE uppdaterat den tidigare kartläggningen.

## Kostnadsansvaret för öppenvårdsläkemedel

För fyra år sedan hade elva landsting kvar kostnadsansvaret för öppenvårdsläkemedel centralt. År 2006 har antalet landsting med centralt kostnadsansvar minskat till tre (se tabell). Övriga har antingen decentraliserat ansvaret till primärvårds- och sjukhusförvaltningar eller till vårdcentraler och kliniker. Landstingen använder i huvudsak två olika modeller. Den *befolkningsbaserade* modellen utgår från att primärvården ansvarar för all förskrivning av allmänläkemedel och sjukhusen för all förskrivning av specialläkemedel. Den *förskrivarbaserade* modellen utgår från att varje vårdenhets kostnadsansvar för sin egen förskrivning.

Tre hinder har av landstingen själva identifierats för en fortsatt decentralisering. Det första hindret är att landsting med hög andel privatläkare har svårt att hitta en lösning på hur privatläkarna och

de offentliga företrädarna ska få samma ansvar för läkemedelskostnaderna. Det andra hindret är att en enhet med kostnadsansvar inte får vara för liten så att de kan bära kostnadsansvar för patienter med hög läkemedelskostnad. Det tredje hindret är att listningssystem och någon form av kapiteringsersättning anses som viktiga förutsättningar för att föra ner en rättvis budget till vårdcentraler.

## Förskrivningsmål och incitamentsavtal

Som ett komplement till de vanliga uppföljningarna av kostnader och förskrivningsvolym tar 15 landsting fram 5-10 kvalitativa förskrivningsmål. Förskriv-

ningsmålen berör läkemedelsgrupper som statiner, ACE-hämmare, protonpumpshämmare, sömnmedel och teststickor för blodsockerkontroll. Nya former av kvalitetsmål handlar om läkemedel och miljö för att minska mängden läkemedelsrester i naturen eller om äldre och läkemedel. Jämfört med den förra kartläggningen är det fler landsting som använder kvalitativa förskrivningsmål och målen är numera relativt lika till antal och utformning mellan landstingen.

Många landsting har även utformat incitamentsavtal i syfte att förbättra kvaliteten i förskrivningen. De flesta avtal bygger helt på följsamheten till förskrivningsmålen. Tre landsting har incitamentsavtal där både följsamheten till budgeten och förskrivningsmålen/rekommendationslistan ger ersättning. En del landsting som använde incitamentsavtal i IHEs tidigare kartläggning har slutat med avtalen, medan andra har valt att utveckla dem. Det som anses tala emot användning av särskilda incitamentsavtal för läkemedel är att en sådan princip inte baseras på målsättningen att alla behandlingar ska prioriteras efter samma grunder.



### *Landstingens hantering av kostnadsansvaret för öppenvårdsläkemedel 2006 (2002)*

Modell	Antal år 2006 (2002)	Landsting
Befolkningsbaserat	10 (6)	Östergötland, Jönköping, Blekinge, Halland, (Västra Götaland 1 beställare), Värmland, Dalarna, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten, Norrbotten
Förskrivarbaserat	8 (4)	Stockholm, Uppsala, Sörmland, Kalmar, Skåne, Västra Götaland, Örebro, Gävleborg
Centralt	3 (11)	Kronoberg, Västmanland, Gotland

*Not: Kursiverade landsting har fattat beslut om modell efter år 2002.*

# En ny studie om kundval i äldreomsorgen

Kundval i äldreomsorgen innebär att äldre efter ett biståndsbeslut kan få välja vem som ska utföra vissa insatser. I en tidigare forskningsrapport för Nordiska Ministerrådet konstaterade *Marianne Svensson*, IHE, och professor *Per Gunnar Edebalk*, Socialhögskolan i Lund, att det är svårt att dra några generella slutsatser om kundvalets effekter. Detta beror inte minst på skillnader i kundvalssystemens utformning mellan olika kommuner. I en aktuell rapport har författarna tagit utgångspunkt i dessa skillnader för att bland annat försöka besvara frågan hur kvalitetskonkurrensen påverkas av kundvalets konstruktion.

**I**kundvalssystem för äldreomsorg är den ersättning som utförarna får bestämd av kommunen och lika för alla utförare (givet uppdraget). Eftersom utförarna inte kan påverka priset brukar den konkurrenssituation som uppstår kallas för kvalitetskonkurrens. Utförarna konkurrerar genom att på olika sätt stärka (och bibehålla) kvalite-

ten i hemtjänsten för att få brukare att välja just dem som utförare. Eftersom utförarna inte garanteras några brukare, så har de incitament att agera så att brukare väljer just dem och att de stannar kvar.

Studien, som gjorts på uppdrag av Konkurrensverket, bygger på intervjuer med tjänstemän och utförare i Nacka och Solna kommuner. Dessa kommuner är särskilt intressanta eftersom de har lång erfarenhet av kundval i hemtjänsten samtidigt som utformningen av kundvalssystemet skiljer.

## Kundvalets konstruktion och kvalitetskonkurrens

Utifrån studien kan vissa reflektioner göras om hur kvalitetskonkurrensen påverkas av kundvalets konstruktion. Prövningsformen, auktorisation eller upphandling, kan påverka vilken typ av företag som väljer att etablera sig. Ett auktorisationsförfarande kan underlätta inträdet och att många utförare etablerar sig i kommunen. Även företagets storlek kan påverkas av prövningsformen. I Solna, som prövar utförare genom upphandling, är större utförare etablerade, medan Nacka har fler mindre utförare. Samtidigt bör tilläggas att det kanske inte är formen för prövningen som är avgörande för hur många utförare som "väljer" att etablera sig i kommunerna. Frågan kanske snarare handlar om huruvida det ställs höga eller låga krav i samband med prövningen.

Ett stort antal utförare kan innebära en tuffare konkurrens, men kan också göra det svårt för brukarna att välja. Antalet utförare kan också påverka sam-

verkan mellan utförare och andra aktörer som brukaren är beroende av – inte minst vid stora omvårdnadsbehov där samverkan är en viktig förutsättning för att uppnå god omvårdnad.

Att låta utförare avgränsa sitt åtagande efter definierade geografiska områden, typ av service och tidsmässig omfattning kan ge en ökad profilering av utförare till de områden där de är verksamma. Profilering förekommer, men inte i särskilt stor utsträckning. Utföraren har ingen möjlighet att själv styra uppdragen mot de kompetensområden som man valt att profilera sig mot.

Ett viktigt inslag i kundvalet är också att om brukaren är missnöjd, kan han eller hon byta utförare. Genom att underlätta bytet stärks konkurrensen ytterligare. Samtidigt bör det betonas att i ett kundvalssystem är själva bytet i sig inte ett mål, utan istället *möjligheten* till att byta utförare.

## Vilka uttryck tar sig kvalitetskonkurrensen för utförare?

I en situation med kvalitetskonkurrens förväntas utförarna agera för att stärka kvaliteten för att få brukare att välja dem eller att behålla de brukare som man har sedan tidigare. Att stärka bemötandet och relationen mellan personal och brukare betonas av både utförare och tjänstemän och är egenskaper som utförare arbetar särskilt med. Hur brukaren bemöts och hur brukaren upplever relationen med vårdpersonalen är viktiga egenskaper för hur brukaren uppfattar kvaliteten i den hemtjänst de får. Att kunna matcha brukare med "rätt" personal och att utveckla kontaktmannaskapet anses vara viktigt. Även den initiala kontakten med nytilkommande brukare betonas. Ett ytterligare exempel på hur utförarna agerar för att stärka bemötandet är att förbättra tillgängligheten per telefon – både för brukare och för biståndshandläggare.

## Var kan man läsa mer?

[Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg](#). Svensson M & Edebalk PG. Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie 2006:6. Rapporten kan laddas ner från [www.kkv.se](http://www.kkv.se)

[Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet](#). Edebalk PG & Svensson M. Nordiska Ministerrådet TemaNord 2005:507. Rapporten kan laddas ner från [www.norden.org](http://www.norden.org)

## Introduktion av nya läkemedel

Nya läkemedel som är teknologiskt avancerade och därmed dyra betraktas i de flesta landsting som en svår fråga att hantera. De flesta landsting försöker på något sätt kontrollera kostnadsutvecklingen för dessa läkemedel. Det är emellertid endast två landsting som använder särskilda modeller för att prognostisera användning och kostnader av nya läkemedel för en klinik eller motsvarande. Flera landsting arbetar med att utveckla motsvarande arbetsformer.

## Var kan man läsa mer?

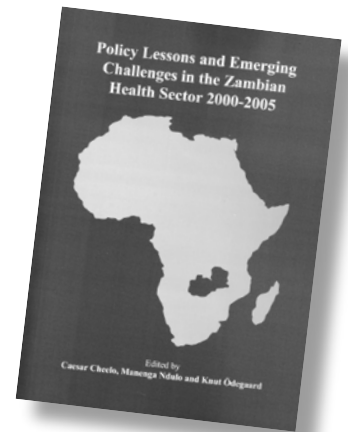
[Kostnadsansvar och incitament för förskrivning av läkemedel – Kartläggning av landstingens utvecklingsarbete år 2006](#). Nordling S & Anell A. IHE e-rapport 2006:2. Studien har finansierats av Sveriges Kommuner och Landsting samt Läkemedelsindustriföreningen (LIF) och kan laddas ner från [www.ihe.se](http://www.ihe.se)

[Kostnadsansvar och belöningsystem för förbättrad läkemedelsanvändning – Kartläggning av landstingens förändringsarbete](#). Nordling S, Anell A & Jansson S. IHE-rapport 2003:1



# IHEs tioåriga samarbete med ekonomiska institutionen vid University of Zambia

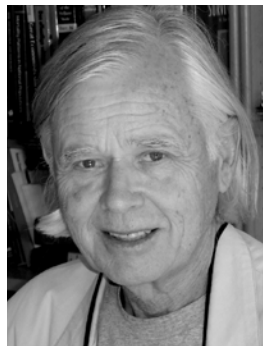
Under den senaste tioårsperioden har IHE varit aktivt engagerad i ett samarbetsprojekt som syftar till att överföra hälsoekonomisk kompetens till Zambia. Projektsamarbetet har finansierats med medel från Sidas övergripande stöd till hälsosektorn i landet. Arbetsformen för projektet har varit att medarbetare vid IHE i samarbete med lärare vid den ekonomiska institutionen vid University of Zambia, har genomfört studier om resursanvändning och finansiering av hälso- och sjukvården i Zambia på uppdrag av hälsoministeriet i landet. Samarbetet har bland annat resulterat i den aktuella boken "Policy Lessons and Emerging Challenges in the Zambian Health Sector 2000-2005".



Bokens redaktörer är förutom Knut Ödegaard vid IHE, Caesar Cheelo och Manenga Ndulo vid ekonomiska institutionen, University of Zambia. I boken presenteras sammanfattande texter av de viktigaste studierna som genomfördes under åren 2000 – 2005. Boken är en uppföljning av en tidigare utgiven bok - "Zambia's Health Reforms, Selected Papers 1995-2000". Böckernas huvudtema är: sjukdomsburden i landet, tillgången på hälso- och sjukvårdstjänster offentlig och privat samt utgifter för hälso- och sjukvården i landet och dess finansiering.

**Två studier om resursanvändning**  
IHEs främsta uppgift i samarbetet är att till ekonomer verksamma i Zambia introducera ekonomiska metoder för analys av resursanvändning och finansiering inom hälso- och sjukvårdssektorn. Standardmetoden för ekonomisk utvärdering av lämpliga terapival vid sjukdomsbehandling är kostnadseffektivitetsansatsen. För effektivitetsanalys av resursanvändning har DEA-ansatsen (data envelopment analysis) utvecklats till att bli ett standardverktyg. I den aktuella boken redovisas tillämpningar av de båda ansatserna med empiriska data från Zambia.

Kostnadseffektivitetsansatsen används i en av studierna för att utvärdera ett nytt läkemedel för malariabehandling. Malaria är ett betydande folkhälsoproblem i Zambia. Officiell statistik visar att nära 40 procent av alla öppenvårdsbesök i landet beror på malaria och drygt en femtedel av alla dödsfall förorsakas av malariabehandling. Ett stort



*Knut Ödegaard,  
projektledare  
IHE  
Foto: IHE*

problem med dagens malariabehandling, inte bara i Zambia utan i hela världen, är att malariamyggen har utvecklat resistens för de läkemedel som under många år utgjort stommen i behandling av malariabehandling. Sedan ett par år tillbaka har ett nytt läkemedel introducerats. Detta läkemedel är än så länge effektivt, eftersom malariamyggen inte utvecklat resistens mot detta, men är samtidigt betydligt dyrare.

En viktig aspekt att beakta vid ekonomisk utvärdering av läkemedel för malariabehandling är att resistensen kan förväntas öka över tiden. Ola Ghatnekar och Knut Ödegaard, tillsammans med medarbetare från Zambia, beaktat läkemedlets förväntade resistensutveckling i en ekonomisk utvärdering av det nya läkemedlet. Resultaten som presenteras i boken visar att det nya läkemedlet är kostnadseffektivt jämfört med tidigare använda läkemedel, även om det är dyrare.

**Effektiviteten i resursanvändningen**  
DEA-ansatsen är ett kraftfullt verktyg för analys av effektiviteten och produktiviteten i en verksamhet för produk-

tion av varor och/eller tjänster. DEA-ansatsen mäter effektiviteten som ett relativt mått på produktionen. I ett urval av jämförbara produktionsenheter, identifieras med hjälp av DEA-ansatsen produktionsenheter som är mest effektiva i sin resursanvändning. Produktionsenheterna kan vara fabriker som producerar varor eller organisationer som producerar tjänster t.ex. sjukhus, kliniker och vårdcentraler.

I boken presenteras två arbeten som bygger på DEA-ansatsen. Dessa studier har bland annat gjorts av Knut Ödegaard, Pontus Roos, tidigare medarbetare vid IHE, och Felix Masiye, ekonom verksam i Zambia. Studiernas slutsats är att det är stora skillnader i effektiviteten i resursanvändning mellan de sjukhus som ingått i studierna. Dessa slutsatser måste emellertid tolkas med försiktighet då kvaliteten på dataunderlaget bakom skattningarna är bristfälliga. Samtidigt märks ett stort intresse från sjukvårdshuvudmännen i Zambia och krafttag görs nu för att höja kvaliteten på insamlade nyckeldata för att förbättra framtida utvärderingar av effektiviteten i resursanvändningen.

## *Var kan man läsa mer?*

**Policy Lessons and Emerging Challenges in the Zambian Health Sector 2000-2005.** Cheelo C, Ndulo M & Ödegaard K (eds.) IHE & University of Zambia, 2006

**Zambia's Health Reforms Selected Papers 1995-2000.** Seshamani V, Mwikisa NC & Ödegaard K (eds.) IHE & University of Zambia, 2002

# IHE-FORUM 2006

Med över 300 deltagare genomfördes årets IHE-FORUM traditionsenligt i början av september. Temat var "Hur utforma framtidens vård – skapa nytt eller hålla fast vid det som varit?" Upplägget för konferensen var något förnyat. Under de två dagarna bland plenarföreläsningar och paneldiskussioner fanns också två pass med parallella sessioner.

I den första av tre inledande plenarföreläsningar avhandlade **Richard Saltman**, professor vid Emory University i Atlanta, pågående trender inom primärvården i Europa. Baserat på studier av primärvården i Europa hade Saltman kommit fram till tre slutsatser:

- ▶ växande komplexitet i organisation och innehåll
- ▶ olika mönster i personalsammansättning och relation till andra vårdformer
- ▶ ingen tydlig och dominerande organisationsform kan skönjas.

Olika strategiska alternativ finns för primärvårdens framtida ställning i sjukvårdssystemet och vilken roll läkarna skall spela. Det beror mycket på balansen mellan det kliniskt professionella respektive administrativa innehållet för primärvårdsläkarna och vilket inflytande primärvårdsläkarna kommer att få.

I den andra föreläsningen beskrev **Chris Salisbury**, professor vid University of Bristol, den nuvarande utvecklingen i England. Den äldre och dominerande modellen är att varje medborgare är registrerad hos en läkare, som ger merparten av vården och också fungerar som ingång till specialist- och sjukhusvård. Finansieringen sker genom NHS (National Health Service), till vilken primärvårdsläkarna också är knutna. Men nu ökar kraven på förändringar. Kraven omfattar bl a valfrihet, tillgänglighet, kvalitet och samarbetsformer hos personalen. Det satsas på ökad information till allmänheten genom sajten NHS Direct och NHS Walk-in centres. De senare drivs av sjuksköterskor och inriktas huvudsakligen mot enklare åkommor. Dessa nya aktiviteter är uppskattade liksom olika försök med nya former med ökad val-

frihet. Utvecklingen leder också till övergång till flerläkarstationer. Likaså att andelen kvinnliga läkare nu närmar sig hälften och att andelen deltidsanställda stiger. Vilka konsekvenser den nya trenden medför diskuteras mycket och enligt Salisbury ser man positivt på kvalitetsutvecklingen och patienternas påverkansmöjligheter medan jämlikheten över landet och effektiviteten kan riskeras.

**Anders Anell**, VD för IHE, diskuterade i ett tredje anförande den svenska primärvården och hur befolkningen vill ha den. Det finns påtagliga problem med samspelet med olika specialister och med förtroendet hos allmänheten. I jämförelse med andra länders många olika organisations- och ersättningsformer är den svenska modellen med offentliga vårdcentraler och anställda läkare mer ovanlig. I en enkät hade en population av Sveriges befolkning fått ta ställning till olika primärvårdsmodeller och rankat deras olika egenskaper. Av resultatet att döma är inflytande, möjligheter att välja vårdgivare och väntetider viktigast. Inställningen till typ av vårdgivare varierar. En del vill lista sig hos allmänläkare, andra hos vårdteam, vilket kan tolkas som att möjligheter att välja mellan olika alternativ gör fler nöjda.

Den andra dagen inleddes med att **Bodil Jönsson**, professor vid Lunds Tekniska Högskola, framförde tankar om dagens tema: Läkemedelsanvändning och patientnytta. Hon slog ett slag för att föra fram patienten som lärare och diskuterade praktiska och teoretiska modeller för detta.

Problemen med läkemedelsförskrivningen i England togs upp av **Neal Maskrey**, som leder en verksamhet inom National Prescribing Centre i Liverpool. Volym- och kostnadsutveckling följer i stort samma mönster som i övriga Europa och bristerna i det kliniska



Journalisten **Ulf Wickbom**, årets moderator, i samtal med **Dorry Wunderlich**, IHE. Foto: IHE

beslutsfattandet är likartade. Strävandena att nå fullständig evidensbaserad läkemedelsbehandling är dömda att misslyckas. Dokumentationen inför varje enskilt beslut är helt enkelt för omfattande inom ramen för den tid förskrivaren har till förfogande. Maskrey beskrev en metodik med stegvisa åtgärder där selektivt utnyttjande av tillgängliga informationskällor, kollegial samverkan, utbildning m.m. successivt kan förbättra kvalitén i behandlingen. En viktig faktor är att få patienten involverad i denna process.

IHE-FORUM avslutades med en debatt utifrån Ansvarskommitténs uppdrag om hur den framtida vården skall utformas. Kommitténs ordförande **Mats Svegfors**, betonade att hans uppdrag inte bara omfattar sjukvården utan hela maktstrukturen i och mellan samhällets olika nivåer. På grund av valrörelsen hade kommittén också valt att vänta med offentliggörandet av hittills överenskomna förslag. Han, liksom panelen i övrigt bestående av **Paula Blomqvist**, **Anna Hedborg** och **Bengt Westerberg**, framförde dock att nuvarande regionala enheter är för små. Den ökande specialiseringen medför centralisering och internationalisering. Finansieringsproblemen och inställningen till privata aktörer kommer också att bli föremål för debatt. Man var enig om att svensk sjukvård hävdar sig väl i ett internationellt perspektiv, men det finns många problem att åtgärda för att bibehålla denna position.

September 2006

*Bo Holmberg*  
Apotekarsocieteten

## Internationellt möte om hälsoräkenskaper

Den 19-20 oktober arrangerade IHE, i samarbete med svenska biståndsorganet Sida, ett internationellt möte om hälsoräkenskaper "Hur långt har vi kommit, och hur ska vi planera inför framtiden?". Mötet bygger på det fleråriga samarbete som IHE deltagit i tillsammans med andra intresserade organisationer och institutioner såsom Världsbanken, WHO, OECD, Sida, Amerikanska biståndsorganet USAID och företaget Abt Associates. Detta samarbete syftar till att så många länder som möjligt tar fram till-

förlitlig statistik kring sina hälso- och sjukvårdsutgifter, så kallade hälsoräkenskaper. Flerårigt samarbete har bl.a. utmynnat i att en internationell standardiserad räkenskapsmetod nu finns tillgänglig, samt att regionala nätverk bildats med länder som tar fram hälsoräkenskaper.

Under mötet i Lund enades de 25 deltagarna om att man ska fortsätta att vidareutveckla metodologin kring hälsoräkenskaper och stödja de regionala nätverken samt bygga upp kapaciteten i länder för att kontinuerligt uppdatera

sina hälsoräkenskaper. Man enades också om vikten av att stödja institutionalisering av hälsoräkenskaper, d.v.s. att länder uppdaterar sina räkenskaper varje till vartannat år. Målet är att beslutsfattare efterfrågar och använder hälsoräkenskaper vid policybeslut för att förbättra allokering av resurser i hälsosektorn. I nuläget har runt 70 länder världen över publicerat hälsoräkenskaper och intresset växer. Sida stödjer denna utveckling i samarbete med IHE.

## IHE arrangerar det femte globala NHA symposiet i Lund sommaren 2007

Nästa år arrangeras den sjätte hälsoekonomiska världskongressen i regi av International Association Health Economics (iHEA). Kongressen äger rum i Köpenhamn den 8-11 juli. I anslutning till konferensen arrangerar IHE i samarbete med Sida och USAID det femte globala symposiet om nationella hälsoräkenskaper. Symposiet är en av flera förkonferenser till världskongressen och äger rum den 6-7 juli i Lund.

Det preliminära temat "Monitoring health systems strengthening", ska belysa att beslutsfattare kan använda NHA som ett verktyg i sitt arbete med att stärka och förbättra landets hälsosystem. Symposiet förväntas locka omkring 200 deltagare från hela världen: från hälsoministerier, universitet, forskningsinstitut, biståndsorganisationer samt Världsbanken och WHO. Programmet innehåller sessioner som fokuserar såväl framtagande som användning av verktyget för att underlätta reformer

och uppföljning av fattade beslut. Presentationer kommer att hållas av företrädare för olika organisationer som är involverade i arbetet med att ta fram och/eller använder NHA i sitt arbete.

För mer information om programmet, kontakta *Anna H Glenngård* på IHE, [ag@ihe.se](mailto:ag@ihe.se)

Anmälan till symposiet och världskongressen görs via iHEAs hemsida [www.healthconomics.org/congress/2007/](http://www.healthconomics.org/congress/2007/)

## ISPOR i Köpenhamn

ISPOR – International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research - arrangerade den nionde europeiska konferensen i slutet av oktober i år. Mötet hölls i Köpenhamn och temat för konferensen var "Asking critical questions". IHE bidrog till årets konferens med flera postrar. Bland annat har IHE medverkat i ett större in-

ternationellt arbete om ADHD som presenterades med tre postrar på konferensen.

De övriga posterpresentationerna var: **Epoietin alpha treatment** for cancer patients with chemotherapy induced anaemia – A cost-effectiveness analysis for Sweden. (Borg S, Glenngård AH & Persson U)

**The use of budget** impact modelling to assess the economic consequence of changing the prescription pattern of proton pump inhibitors (PPI) in Sweden. (Hjelmgren J & Persson U)

**Cost-effectiveness** of treating anaemia due to renal failure with epoietin alpha in Sweden. (Glenngård AH, Schön S & Persson U)

B



## Aktuella publiceringar

Cheelo C, Manenga N & Ödegaard K (eds). Policy Lessons and Emerging Challenges in the Zambian Health Sector 2000-2005. IHE & University of Zambia 2006.

Glenngård A H & Hjalte 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.

Glenngård A H & Persson U. En blodtransfusion i Sverige – så mycket kostar den samhället. Läkartidningen 2006; 103(38): 2752-2756.

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

Hjelmgren J, Anell A & Nordling S. Hur vill befolkningen att primärvården ska organiseras? En studie baserad på 'Discrete Choise' metodik (DCE). IHE e-rapport 2006:1.

Hjelmgren J, Ghatnekar O, Reimer J, Grabowski M, Lindvall M, Persson U & Hagell P. Estimating the value of novel interventions for Parkinson's disease: A nearly decision-making model with application to dopamine cell replacement. Parkinsonism and Related Disorders 12(2006) 443-452.

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.

Nordling S & Anell A. Kostnadsansvar och incitamentsavtal för förskrivning av läkemedel – Kartläggning av landstingens utvecklingsarbete år 2006. Lund: IHE e-rapport 2006:2.

Svensson M & Edebalk PG. Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg. Stockholm: Konkurrensverkets uppdragsforskning 2006:6.

Tunsäter A, Moutakis M, Borg S, Persson U, Strömberg L & Nielsen AL. Retrospective incremental cost analysis of a hospital-based COPD Disease Management Programme in Sweden. Health Policy 2006, Aug 14. <http://www.sciencedirect.com>

Öien RF & Ragnarson Tennvall G. Long term follow up of leg ulcer care with accurate diagnosis and treatment shows considerably reduced prevalence, care time and costs. J Wound Care 2006; 15: 259-262.

## Kommande publiceringar

Borg S, Persson U, Allikmets K & Ericsson K. Cost-Effectiveness of Anticoagulation with Bivalirudin Versus Heparin With or Without Glycoprotein Inhibitors in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention (PCI) in Sweden: A Decision Analysis Model. Clinical Therapeutics, 2006.

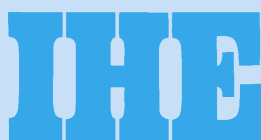
Hjelmgren J, Svensson Å, Jörgensen E T, Lindemalm-Lundstam B & Ragnarson Tennvall G. Cost-effectiveness of tacrolimus ointment versus standard treatment in patients with moderate and severe atopic dermatitis – a health-economic model simulation based on a patient survey and clinical trial data. British Journal of Dermatology (BJD) 2006.

Jess T, Riis L B, Vind I, Winther K A, Borg S, Binder V, Langholz E, Thomsen O Ø & Munkholm P. Changes in clinical characteristics, course and prognosis of inflammatory bowel disease during the last five decades: a population-based study from Copenhagen, Denmark. Inflammatory Bowel Diseases 2006.

Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, Jude E, Piagessi A, Bakker K, Edmonds M, Holstein P, Jirlovská 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 EURODIALE study. Diabetologia 2006.

Ragnarson Tennvall G, Hjelmgren J & Malmberg L. Feedback microwave thermotherapy (PLFT) versus alpha-blockade in the treatment of benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms – a health-economic analysis based on a modelling approach. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology 2006.

Ragnarson Tennvall G, Hjelmgren J & Öien R. Experiences from a Swedish survey of treatment costs for venous leg ulcers. The cost of treating large ulcers of long duration is more than twice as high as for other ulcers. World Wide Wounds 2006.



IHE information 3/2006

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](mailto:info@ihe.se), Hemsida: [www.ihe.se](http://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