

INSTITUTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEKONOMI

- 1 Hur klara vårdens finansiering om 20-30 år?
- 3 Vad är samhällets kostnader för väntetider?
- 4 Managementinnovationer
- 6 Stick- och skärskador inom vården – ett aktuellt ämne
- 7 Kostnadseffektivitetsanalyser och läkemedelsmarknadens framtida utveckling
- 8 IHE-FORUM 2009

Hur klara vårdens finansiering om 20-30 år

– Varför måste vi bry oss redan nu?

Hur klara vårdens finansiering är årets tema för IHE-FORUM. Medan konferensens första dag kommer fokusera på problem och lösningar på kort sikt kommer andra konferensdagen diskutera vårdens kostnader och finansiering i ett längre perspektiv. Hur kommer åldrande befolkning och framtida forskning påverka kostnaderna för vården? Kräver framtidens vård andra finansieringslösningar och vilka är de i så fall? IHE bad professor *Björn Lindgren* att reflektera om framtiden med utgångspunkt i ett mångårigt forskningsprojekt om framtida behov och sjukvårdens kostnader.

Ingen mänsklig varelse vet vad kostnaderna för vård och omsorg kommer att bli runt år 2040. Men mycket talar för att de kommer att bli avsevärt större än idag, när de stora födelsekullarna från 40-talet och det tidiga 50-talet når de mest vård- och omsorgskrävande åldrarna.

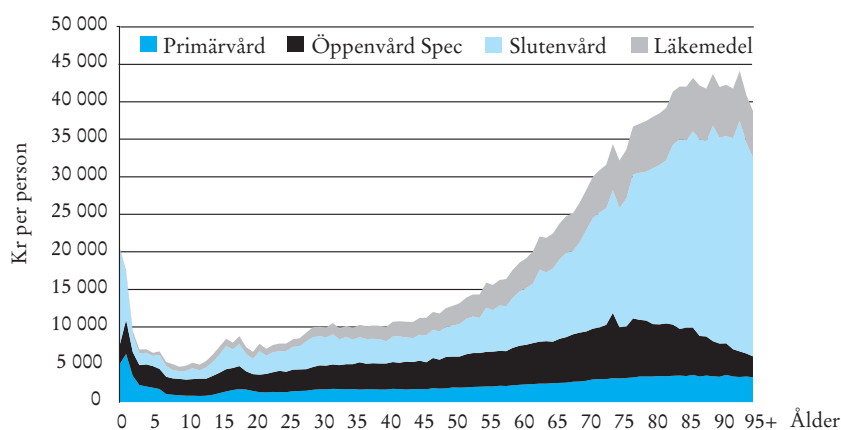
För att reducera osäkerheten kring detta och bestämma vad de framtida kostnaderna realistiskt kan bli under åren fram till år 2040 beslöt en grupp svenska forskare för närmare tio år sedan att utveckla en dynamisk mikrosimuleringsmodell för den svenska befolkningen. För lite mer än ett år sedan blev den klar. Den omfattar 100.000 modellindivider och representerar initialt den svenska befolkningen som den såg ut år 1999 – vad gäller fördelning på ålder, civilstånd, utbildning, inkomst, förmögenhet, födelseland, hälsa och liknande. Den bygger vidare på en modell, kallad SESIM, som utvecklats inom Finansdepartementet.

För den här modellbefolkningen händer det sedan saker år för år, inte bara så att (nästan) varje individ blir ett år äldre. Somliga modellindivider

”dör”, men det ”föds” också nya. Vissa utvandrar, andra invandrar. Somliga börjar en utbildning eller ett jobb, andra blir arbetslösa, och återigen andra lämnar arbetskraften för att pensioneras. Vissa drabbas av sjukdom och behöver vård. Det som avgör utvecklingen för en modellindivid är dels bestämningsfaktorer som är kända från forskningen, dels slumpen.

Vårt mål var att konstruera en modell som skulle kunna ge svar på ganska många frågor som rör de äldres levnads-

Hälsa- och sjukvårdskostnader per person efter ålder och typ av vård. Region Skåne år 2004



Källa: Pontus Johansson, Socialdepartementet

villkor. Här koncentrerar jag mig på hälsa och vård. Resultat från andra områden kommer jag att nämna när de har relevans för hur vården skall kunna finansieras. I modellarbetet valde vi att särskilt fokusera den slutna sjukhusvården. Anledningen var att slutenvården dominerar de svenska vårdkostnaderna och att dess kostnader ökar snabbare med åren för en genomsnittlig individ än andra typer av vårdkostnader. Det gäller särskilt efter 65 år (se figur). I ett pågående utvecklingsarbete försöker vi införa moduler som också fångar upp primärvård, öppen sjukvård vid sjukhusen samt läkemedel.

”Åldern har en viss betydelse, men den främsta bestämmningsfaktorn är individens hälsa.”

Hotbilden

Vi har prövat flera olika scenarier. I vårt *basalternativ* förväntas det totala antalet vård dagar på sjukhus för personer som är 65 år eller äldre öka med 70 procent fram till år 2040. Om kostnaden per vård dag fortsätter att öka i samma takt som hittills, skulle det innebära en ökning i de totala kostnaderna för sjukhusvård på 270 procent. Basalternativet förutsätter att man tillfredsställer efterfrågan på slutenvård i samma relativa utsträckning som år 1999. För att få en bild av vad detta innebär, kan sägas att de sammanlagda kostnaderna i dag för slutenvård och äldreomsorg motsvarar drygt 20 procent av vad hushållen betalar i *direkta* skatter. År 2040 beräknas denna andel ha ökat till 36 procent, om inte skattesatserna höjs eller avgifterna blir högre.

Till skillnad mot många andra beräkningar, exempelvis den som Långtidsutredningen 2008 gjort, är det inte åldern i sig som bestämmer kostnader för vård och omsorg i vår modell. Åldern har en viss betydelse, men den främsta

bestämningsfaktorn är individens hälsa. Denna blir visserligen i allmänhet sämre med åren, men den är inte opåverkbar. Oavsett ålder är sannolikheten för god hälsa större för människor med högre inkomst och bättre utbildning samt för dem som är födda i Sverige. Den är också större för den som är man, är gift och har barn under 7 år.

Kan kostnadsutvecklingen dämpas?

Kostnadsutvecklingen kan dämpas, om befolkningens hälsa förbättras, om forskningen vid medicinska fakulteter och i läkemedelsindustrin blir inriktad mot teknologier som sparar pengar snarare än förbättrar överlevnad och livskvalitet, om effektiviteten i vården höjs, om relativa löner och priser försämras för anställda och leverantörer i vården och/eller om hårdare prioriteringar i vården genomdrivs.

För egen del tror jag att få vill hejda utvecklingen mot bättre men dyrare behandlingsmetoder, att effektiviteten i vården kan höjas men inte att potentialen är tillräckligt stor, att relativa löner och priser snarare talar för att kostnaderna ökar än minskar och att det i längden blir omöjligt att förneka människor att få del av forskningens framsteg. Det innebär att den mest framkomliga vägen är åtgärder som förbättrar folkhälsan. Det finns många förebyggande och hälsofrämjande åtgärder som är kostnadseffektiva i det perspektivet.

”...den mest framkomliga vägen är åtgärder som förbättrar folkhälsan.”

Vilka finansieringsmöjligheter står till buds?

Finansieringsmöjligheterna består bl a av en omfördelning av offentliga budgetar, höjda skatter, höjda egenavgifter, mer frivillig värd försäkring, ökad invandring och ökad sysselsättning.

Större delen av de kommunala och

landstingskommunala budgetarna består av utgifter för barn, ungdom och äldre. År 2040 förväntas antalet personer som är 65 år eller äldre ha ökat sin andel av befolkningen från 17 till 24

”...hälsofrämjande åtgärder kan ta 20-30 år innan de får full effekt. ...Därför är det bråttom.”

procent. Personer över 80 år förväntas samtidigt ha ökat från 5 till 8 procent av befolkningen. Andelen under 18 år förväntas vara densamma som idag. Såvida inte produktiviteten i barnomsorg och skola samt andra verksamheter som riktar sig mot barn och ungdom ökar kraftigt, är det svårt att se vilka omfördelningar som kan tillföra de resurser som krävs.

Hur mycket skatterna kan höjas i ett land som redan har bland de största procentuella skattetrycken i världen är öppet för diskussion. Likaså möjligheterna att höja egenavgifterna i ett land som har bland de högsta egenavgifterna i Europa och där våra simuleringar visar att andelen fattigpensionärer kommer att öka kraftigt i Sverige, från ett par procent till 12-13. Ökad invandring löser inga problem enligt tidigare forskning och enligt våra simuleringar – invandrare blir också gamla. Den mest framkomliga vägen är via förbättrade förutsättningar att delta i arbetslivet – även efter 70 år. Detta förutsätter i sin tur en bättre folkhälsa. På det viset är det inte bara så att behovet av vård reduceras utan även så att möjligheterna förbättras för att finansiera vården för dem som bäst behöver den.

Utvägen

Förebyggande och hälsofrämjande åtgärder kan ta 20-30 år innan de får full avsedd effekt. Ändringar i regelverk och ändrat ansvar för myndigheter tar också tid, innan de fungerar som det

var tänkt. Det gör också individers anpassning till nya regler. Därför är det bråttom. Redan har man försummat att ta till vara de första fyrtiotalisternas erfarenheter och arbetsförmåga genom att pensionera dem ”i förtid”. Om mindre än tre år är antalet personer som pensioneras större än antalet personer som kommer som nya på arbetsmarknaden.

Det är hög tid att få en långsiktig överenskommelse (liknande pensionsuppställningen) över blockgränserna för att garantera en inte bara stabil finansiell lösning utan också en stabil politisk lösning. I en sådan ser jag att det måste finnas en klar och tydlig avgränsning av vad som är det allmännas ansvar – kärnan i den offentligt finansierade vårdens uppdrag – och vad som är den enskilda individens eget ansvar. Där har frivilliga kompletterande vårdförsäkringar sin roll.

Det finns ett enkelt svar på finansieringsfrågan. Som nation kan vi naturligtvis aldrig ha bättre vård än vad vi har råd med. Frågan här är i stället varit den lite mer komplicerade: hur skall vi få råd till det vi vill ha?

Björn Lindgren

Björn Lindgren är professor i hälsoekonomi vid Lunds universitet samt Research Associate vid National Bureau of Economic Research (NBER), USA. Åren 1982-1991 var han VD för IHE.

Var kan man läsa mer?

Modellen, statistiska skattningar av samband, simuleringresultat för olika scenarier och tolkningar redovisas i Klevmarken A, Lindgren B (red) *Simulating an Ageing Population – A micro-simulation approach applied to Sweden. Contributions to Economic Analysis 285. Emerald Group Publishing, Bingley, UK, 2008. ISBN: 978-0-444-53253-4.* Forskningsprojektet har stötts av FAS.

Vad är samhällets kostnader för väntetider?

– en kartläggning i Skåne

Långa väntetider i vården innebär negativa konsekvenser både för patienter och för samhället i stort – patienten i form av försämrad livskvalitet och samhället i form av kostnader för sjukskrivningar. Under våren har IHE på uppdrag av Region Skåne försökt att beräkna samhällets kostnader för de sjukskrivningar som beror på väntetider till specialistbesök. Skattningarna som gjorts tillsammans med epidemiologen *Thor Lithman*, visar att det för samhället finns stora kostnadsbesparingar att göra genom att korta väntetiden för besök hos specialist.

I rapporten beräknas produktionsbortfallet för den tid patienten får vänta från det att han/hon blev sjukskriven tills hans/hennes första möte med specialist. Skattningar har gjorts för de nio vanligaste diagnoserna på väntetidslistan i Region Skåne år 2005. Diagnoserna är skulderledsbesvär, knäartros, höftartros, ljumskbråck, senil katarakt, karpaltunnelsyndrom, sömnstörning, triggerfinger och ryggvärk.

Med produktionsbortfall menas de kostnader för samhället som uppstår till följd av sjukdom och beräknas för den tid som personen är frånvarande från arbetet. Tiden värderas utifrån lönekostnaden, dvs personens lön inklusive sociala avgifter. I studien har vi an-

vänt den genomsnittliga bruttoarbetsinkomsten för män och kvinnor i åldern 20-64 år i Sverige år 2005.

Grundmaterialet i rapporten baseras på data från Försäkringskassans sjukförsäkringsregister och Region Skånes vårddatabaser. Produktionsbortfallet för väntetiderna för de nio utvalda diagnoserna skattades med två olika metoder där såväl underlaget som beräkningsmetoderna för väntetiderna var olika. Den ena metoden, den *retrospektiva*, utgår från specialistdiagnosen och söker bakåt i tiden för att finna aktuellt primärvårdsbesök. Den andra metoden, den *prospektiva*, utgår från primärvårdsdiagnosen och söker framåt i tiden till mötet hos specialist. De två metoderna innebar att uppskattning av

Genomsnitts- och medianväntetiderna samt skattat produktionsbortfall för väntetider (prospektiv metod) för urval av diagnoser. Region Skåne år 2005

Diagnos	Antal personer	Medel (dagar)	Median (dagar)	Produktionsbortfall (Mkr)
M75 Skulderledsbesvär	65	122	109	7,6
M17 Knäartros	46	113	83	4,5
M16 Höftartros	29	85	53	2,4
G56 Karpaltunnelsyndrom	37	88	55	2,7
M54 Ryggvärk	252	113	56	27,4

väntetidernas omfattning kunde göras med större säkerhet.

Kostnader för väntetider

Produktionsbortfallet för väntetiderna för de nio diagnoserna skattades i den retrospektiva metoden till drygt 33 miljoner kronor. Motsvarande värde enligt den prospektiva metoden uppgick till knappt 46 miljoner kronor.

Det är samtidigt troligt att denna skattning av samhällets kostnader för väntetider är underskattad. Vid skattningen saknas en del väntetider. Det sker om exempelvis patienten inte fått rätt diagnos i primärvården utan först vid sitt första specialistbesök. Skattningen av väntetiden bygger också på att patienten varit sjukskriven under hela perioden mellan sitt primärvårdsbesök och specialistbesök för att de ska inkluderas i studien. Men så är inte alltid fallet. Exempelvis kan patienten fått vänta på sitt sjukintyg och arbetat under tiden. Hur många patienter och hur många väntetidsdagar som det handlar om är svårt att uppskatta.

Kostnader för sjukskrivning

Skattningen av väntetiden motsvarar ”sjukskrivning i väntan på diagnos”. Detta innebär att kostnaden för väntetider endast utgör en del av patienternas totala sjukskrivningstid. I studien skattas också produktionsbortfallet för sjukskrivningarna, dels för samtliga diagnoser i Region Skåne år 2005, dels för de nio utvalda diagnoserna.

Produktionsbortfallet för sjukskrivningarna för samtliga diagnoser beräknades till drygt 8 miljarder kronor och utgjordes av drygt 10 miljoner sjukskrivningsdagar. Motsvarande kostnad för de nio diagnoserna skattades till 857 miljoner (900 000 sjukskrivningsdagar).

Detta innebär:

▶ att sjukskrivningskostnaden för de nio största väntetidsdiagnoserna motsvarar cirka tio procent av produktionsbortfallet till följd av sjukskrivning för alla diagnoser.

▶ att kostnaden för väntetider för de nio diagnoserna motsvarar ca fem procent av diagnosernas totala kostnad för sjukskrivningar.

Väntetider

Enligt vårdgarantin ska en patient kunna erbjudas ett besök inom den specialiserade vården inom högst 90 dagar efter beslut om remiss. Kartläggningen av väntetider i Skåne år 2005 visar att hälften av patienterna med skulderledsbesvär och pågående sjukskrivning får vänta mer än 109 dagar för att komma till specialist (se tabell föregående sida). Den högsta kostnaden för väntetider finns för diagnosen ryggbesvär, 27,4 Mkr.

I rapporten analyseras även totala antalet sjukskrivningar i Region Skåne under senare år. Vad som framgår är att antalet sjukskrivningar för de nio diagnoserna har minskat med ca 12 procent mellan åren 2004 och 2007. Dessutom har vårdköläget i Region Skåne delvis förbättrats vilket gör att även kostnaderna för väntetider sannolikt minskat sedan år 2005.

Var kan man läsa mer?

Rapporten *Produktionsbortfall till följd av sjukskrivningar i Region Skåne 2005 – fokus på 9 diagnoser* kan skrivas ut från www.ihe.se

Rapporten har författats av *Frida Hjalte, Ulf Persson och Thor Lithman*.

Managementin

– vad vet vi om deras betydelse

Det är lätt att hitta exempel på produktinnovationer som leder till mindre personalkrävande vård och därmed lägre kostnader – kanske framför allt inom slutenvården. Många gånger är det läkemedel som ger sådana positiva effekter. Men varför är det svårare att hitta exempel på vetenskapligt publicerade studier som visar hur managementinnovationer sparar in sjukvårdsresurser? Kan en förklaring vara att det saknas incitament att utveckla sådana innovationer?

I en nyligen publicerad studie (Busse m fl 2009) görs en intressant internationell belysning av olika försök för att förbättra management av kroniska sjukdomar och potentiella kostnadskonsekvenser av dessa. Kroniska sjukdomar svarar för den största sjukligheten och dödligheten i Europa, och följaktligen påverkar de kostnaderna för hälso- och sjukvård i stor utsträckning. I rapporten identifieras olika områden som är viktiga att fokusera på för en förbättrad management av kroniska sjukdomar.

Det första är prevention och tidig diagnostisering. Forskning pekar på att insatser på bred front, där man kombinerar olika interventioner, lönar sig. Ett andra område som behöver satsas på är kvalifikationer hos nya vårdgivare såsom sjuksköterskor i primärvården. Nya kvalifikationer, strukturer och miljöer kan hjälpa till för att förbättra management av kroniska sjukdomar.

Ett tredje område är utvecklingen av vårdprogram, vilket många europeiska länder, inklusive Sverige, har gjort. Målet har varit att öka koordineringen genom att fokusera på hela vårdkedjan, med utgångspunkt i vetenskapligt evi-

Innovationer

Utslutelse för kostnadsutvecklingen?

dens och patientengagemang. Effekterna av detta arbete är dock osäkert och fler studier av fördelarna med vårdprogram efterlyses. I rapporten framförs att många studier pekar på fördelarna med att följa evidensbaserade riktlinjer. Endast ett fåtal studier har emellertid visat att vårdprogram verkligen minskar dödlighet och ger positiva effekter på hälsorelaterade mått.

Ytterligare ett område som rapporten tar upp, är vikten av integrerade vårdmodeller där kroniska patienter tillåts få vård från olika vårdgivare. Flera komponenter har betydelse för hur väl vården fungerar såsom stöd till egenvård och sjukvårdssystemets uppbyggnad. NHS i England har t ex introducerat sådana modeller och pilotprojekt återfinns också i Spanien som låter vårdprocessen skötas av endast en instans.

Q-projekten

Även i Sverige pågår intressanta projekt som syftar till att förbättra och effektivisera behandlingen av patienter med kroniska sjukdomar. Exempel på detta är de två kvalitetsprojekten för patienter med hjärtsvikt och diabetes, Q-svikt och Q-diabetes, som pågår i Skåne och Göteborgstrakten. Det är Sveriges Kommuner och Landsting, Läke-medelsindustriföreningen, Läke-medelsverket, Tandvårds- och Läkemedelsförmånverket, Socialstyrelsen och SBU som gemensamt har ställt sig bakom att driva dessa projekt.

Projekten syftar bland annat till att genom ekonomiska incitament förbättra vården av patienter med hjärtsvikt och diabetes. Detta sker genom att utveckla ett prestationsbaserat belönings-system - ett så kallat Pay-for-Performance (P4P). Utöver målsättningen att skapa ett underlag för diskussion om

vårdens ersättningssystem är målet att öka användningen av kvalitetsregister i primärvården genom att visa på nyttan av projekten.

I Q-sviktprojektet medverkar ett tjugotal vårdcentraler i trakterna kring Kristianstad och Hässleholm. Av den förstudie som presenterats i projektet Q-svikt framgår bland annat att nationella och regionala riktlinjer idag efterföljs i liten utsträckning (Kullberg m.fl., 2008). Inom öppenvården fann man uppgift om genomförd ekokardiografi (EKO) hos knappt hälften av patienterna och av de genomgångna EKO-undersökningarna hade knappt hälften av patienterna normal ejektionsfraktion. Enligt internationella och nationella riktlinjer ska diagnosen av hjärtsvikt verifieras med hjälp av ultraljud, så kallat ekokardiografi.

Förstudien inkluderade drygt 450 patienter med hjärtsvikt i slutenvård och i rapporten betonas att patientmaterialet är för litet för att kunna dra några säkra slutsatser. Det finns flera tänkbara orsaker till att drygt hälften av patienterna i öppenvården inte har någon uppgift om EKO, exempelvis långa väntetider till EKO, att patienten reagerat positivt på insatt behandling eller att undersökningen är genomförd i slutenvård men inte kommenterad i dokumentationen i primärvården.

I samarbete med IHE

P4P-modellerna som tillämpas i projektet har tagits fram i samarbete med IHE. Modellen innebär bl a att vårdcentralerna får en extra ersättning på

maximalt 50 000 kr per år om de förbättrar vården av hjärtsviktpatienter så att de bl a minskar inläggningar på sjukhus och att patienterna får en bättre livskvalitet. Ersättningsmodellen bygger inte enbart på målsättning om kliniska behandlingsresultat såsom minskad slutenvård och ökad livskvalitet. Även förbättrad diagnostisering och om vårdcentralen löpande registrerar patientdata och kvalitetsindikatorer i kvalitetsregistret är underlag för ersättningen.

Var kan man läsa mer?

Busse R, Brumel M, Scheller-Kreinse B & Zentner A. The Initiative for Sustainable Healthcare Financing in Europe: Managing Chronic Disease in Europe. Cox Report 2 – FEB 2009. Le Gouvernement Du Grand-Duché de Luxembourg. www.sustainhealthcare.org

Kullberg H, Olsson B & Landgren M. Q-svikt Projekt för verksamhetsförbättring inom vården av hjärtsviktpatienter. Resultat av förstudie under tiden 2007-08-01 - 2007-12-15.

Olsson m.fl. Projekt för verksamhetsförbättring inom vården av hjärtsviktpatienter (Q-svikt) – resultat av förstudie. Poster som presenterades på Riksstämman i november 2008.

Rapport och posterpresentation finns att ladda ner på Q-projektens hemsida www.qprojekten.se



Stick- och skärskador inom vården – ett aktuellt ämne

Smittskyddsinstitutets tema för år 2009 är vårdrelaterade smittor. Projekten som bedrivs inom ramen för temaåret delas upp i olika fokusområden, varav ett är blodburen smitta. Blodburen smitta innebär att ett smittämne överförs med blod eller blodprodukter till den smittades blod direkt eller via slemhinna. En blodburen smittväg för personal inom sjukvården är via nålstick eller skärskador. Det har visats att 80 procent av all svensk sjukvårdspersonal har haft minst ett sådant tillbud under sin yrkesövning. I en studie som nyligen publicerats i *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* av IHEs *Anna Häger Glenngård* och *Ulf Persson* beräknas sjukvårdens kostnader för stick- och skärskador och potentiella inbesparade kostnader av att införa säkerhetsprutor med kanyl i svensk sjukvård. Det finns en rad olika säkerhetsprutor tillgängliga på den svenska marknaden. Användningen av dessa har hittills varit begränsad till ett par kliniker i Sverige.

De flesta patienter som blir stuckna bär inte på något blodburet smittämne. Man uppskattar att omkring 0,42 procent av samtliga svenskar är smittade med hepatit B, 0,56 procent med hepatit C och 0,036 procent med HIV. Vid en stick- eller skärskada är risken att bli smittad med hepatit B tio gånger större än att bli smittad med hepatit C och hundra gånger större än att bli smittad med HIV. Personal som arbetar inom vården där risk för exposition finns, ska vara vaccinerad mot hepatit B, medan det däremot inte finns något vaccin att tillgå mot hepatit C eller HIV.

Frekvens av sticksår

I studien om sjukvårdens kostnader för stick- och skärskador inhämtades information om frekvensen av rapporterade stick- och skärskador genom e-post till hygiensjuksköterskor på landets sjukhus. Hygiensjuksköterskor på 18 av de 85 sjukhus som tillfrågades inkom med uppgifter om frekvens och omständigheter avseende rapporterade stick- och skärskador. I genomsnitt rapporterades 3,14 skador per 100 heltidsanställda inom svensk hälso- och sjukvård. Av de rapporterade skadorna involverar omkring 60 procent kanyler. Övriga skador är primärt stick- och skärskador på suturnålar och skalpeller. Underrapporteringen är sannolikt stor – kanske så stor som 90 procent.

Kostnaden för utredning av skada

Kostnaden för att utreda och handlägga en stick- och skärskada beräknades till omkring 2 500 kronor per tillbud. Detta motsvarar omkring 16 miljoner per år för rapporterade stick- och skärskador i Sverige. Den potentiella inbesparade kostnaden av att införa säkerhetsprutor med kanyl beräknades till närmare 8 miljoner. Majoriteten av kostnaderna kan härledas till utredning av skadan. Kostnaden för att behandla en uppkommen skada är liten i sammanhanget eftersom Sverige är ett lågprevalent land vad gäller förekomst av hepatit- och HIV-smitta hos befolkningen.

Kostnaderna för att utreda stick- och skärskador i Sverige tycks vara lägre än i andra europeiska länder och i USA. Det kan förklaras av att förekomsten av blodburna sjukdomar är lägre i Sverige. I Sverige rapporterades under perioden 1998-2007 ett fall av hepatit B smitta och fyra fall av hepatit C smitta till sjukvårdspersonal och inget fall av HIV. I flera andra länder finns bekräftade fall av HIV-smitta till sjukvårdspersonal. Vidare involveras läkare vid provtagning i högre utsträckning i många länder än i Sverige, vilket ger högre kostnader.

Studien är begränsad till att beräkna sjukvårdens direkta kostnader förknippat med stick- och skärskador samt för att introducera säkerhetsprutor med kanyl. Därmed inkluderas inte aspekter

som rädsla för att sticka sig eller den oro som personal känner efter att ha drabbats av en stick- eller skärskada. Vidare är studien begränsad till att beräkna kostnader för rapporterade skador. Kostnader som eventuellt uppstår som konsekvens av en icke rapporterad skada är inte inkluderade.

För mer information

Glenngård AH, Persson U. Costs associated with sharps injuries in the Swedish health care setting and potential cost savings from needle-stick prevention devices with needle and syringe. *Scand J Infect Dis.* 2009;41(4):296-302.

Vårdrelaterade smittor – Smittskyddsinstitutets Tema 2009

Smittskyddsinstitutet kommer under temaåret 2009 bland annat att presentera det arbete som utförs för att säkerställa sambandet mellan smittorna vid misstänkt smitta av hepatit B eller hepatit C i vården. Det finns nu möjligheter att snabbt styrka smittkällan, vilket kommer att underlätta för den smittade personalen att få skadan klassificerad som yrkesskada. Smittsamband går att fastställa även om flera år passerat från smittotillfället.

För mer information om Smittskyddsinstitutets temaår, kontakta Helen Norder vid Smittskyddsinstitutet, e-post helene.norder@smi.se

Kostnadseffektivitetsanalyser och läkemedelsmarknadens framtida utveckling

Läkemedelsmarknaden kännetecknas av olika regleringar som strävar efter att inte enbart åstadkomma en rationell läkemedelsanvändning och kostnads-kontroll, utan också en läkemedelsmarknad som främjar innovationer. Exempel på sådana regleringar är patent, parallellhandel, generisk substitution, referensprissättning och andra former av prisregleringar. I vissa länder, däribland Sverige, används även ekonomiska utvärderingar som ett centralt underlag inför beslut om subvention och pris på läkemedel. I en aktuell uppsats i Ekonomisk Debatt belyser IHEs *Ulf Persson* och *Sara Nordling* tillsammans med *Billie Pettersson*, MSD, hur utvärderingar av ett läkemedels kostnadseffektivitet i samband med subventionsbeslut påverkar prissättningen av läkemedlet och vilken roll dessa utvärderingar kan få för att skapa en hållbar långsiktig läkemedelsmarknad.

I Sverige är det Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som fattar beslut om pris och subvention för läkemedel. Ett läkemedel får endast ingå i läkemedelsförmånen och därmed subventioneras om TLV anser att det är kostnadseffektivt och uppfyller solidaritets- och behovsprincipen.

Mycket centrala underlag för TLVs beslut är ekonomiska utvärderingar. Förutsättningar för dessa utvärderingar och hur och när dessa utförs har stor bäring på subventionssystemet och därmed på hela läkemedelsmarknadens

funktionssätt. Förutom rent teoretiska invändningar mot hur dessa utvärderingar genomförs har kritik även framförts mot tolkningen av underlaget och vilka alternativ man valt att jämföra med. Ett exempel på sådan kritik är att patentskyddade läkemedel jämförs med läkemedel vars patent har löpt ut. Enligt kritikerna urholkas patentsystemet när man i princip kortar ett läkemedels patentiid, vilket medför att incitamenten att utveckla nya läkemedel minskar.

Stora utvecklingskostnader

Vanligtvis tar det 10–15 år att utveckla ett nytt läkemedel och kostnaden för detta forsknings- och utvecklingsarbete för ett enda läkemedel har skattats till drygt 1 300 miljoner US-dollar. Läkemedlens betydande utvecklingskostnader komplicerar prissättningen av läkemedel. Genom att ge de innovativa företagen ett patent för sitt läkemedel får företaget möjlighet att ta ut ett pris som också täcker utgifterna för att utveckla läkemedlet. Via patentsystemet fördröjs möjligheten för andra företag att kopiera produkterna och pressa priserna. Ett patent fungerar som belöning för innovation och skapar därmed incitament för vidare forskning.

Kostnadseffektivitetsutvärderingar i samband med patentutgångar

Läkemedelsmarknaden kännetecknas även av en rad andra faktorer som komplicerar prisbildning, t ex parallellhandel, generisk substitution, referensprissättning och andra former av prisregleringar. I den aktuella artikeln ger författarna en beskrivning av dessa olika prisregleringsinstrument och hur de inbördes integrerar och kan motverka avsedda syften.

Fokus i arbetet ligger på vilken roll kriteriet kostnadseffektivitet har för prissättningen för läkemedel i Sverige. Författarna försöker genom illustrativa exempel belysa fördelar och nackdelar med nuvarande prisregleringssystem för läkemedel i Sverige.

Med hjälp av olika scenarier illustreras de dilemma som kan uppstå när patent för ett läkemedel går ut samtidigt som andra prissättningssystem verkar för andra läkemedel för samma sjukdom. Vad får detta för samhällsekonomiska effekter? Kan det innebära välfärsförluster för patienter för att producenter medvetet avvaktar att lansera en produkt eller att incitamentet för den innovativa industrin att utveckla nya läkemedel saknas? Författarna avslutar med att diskutera hur det befintliga regelverket i Sverige kan användas så att välfärdförlusterna minimeras.

Var kan man läsa mer?

Ulf Persson, Sara Nordling & Billie Pettersson. Kostnadseffektivitetsanalyser – ett instrument för en långsiktigt hållbar läkemedelsmarknad? Ekonomisk Debatt, 2009; 37 (3):1-12

För aktuella
publceringar
besök
www.ihe.se



Hur klara världens finansiering?

3-4 september 2009 i Lund

IHE-FORUM 2009 tar upp frågor om möjligheterna att finansiera vården idag och i framtiden. Vad kan vi lära av 90-talets kris i sjukvården? Hur prioriteras vården idag? Hur kommer åldrande befolkning och framtida forskning påverka kostnaderna för vården? Vad betyder innovationer för kostnadsutvecklingen? Vilka är alternativen för världens framtida finansiering?

Dessa högaktuella frågor kommer att diskuteras av ledande hälsoekonomer, verksamhetsföreträdare och beslutsfattare. Medverkar gör bland andra:

Stefan Ackerby, Sveriges Kommuner och Landsting
Åke Andén-Sandberg, Karolinska Universitetssjukhuset
Richard Bergström, Läkemedelsindustriföreningen
Mona Boström, Stockholms läns landsting
Margareta Blennow, Södersjukhuset, Stockholm
Mats Brommels, Karolinska Institutet
Dan Ericsson, Finansdepartementet
Jonas Eriksson, Sveriges Kommuner och Landsting
Toivo Heinsoo, utredare Patientens rätt
Ellen Hyttsten, Sjukvårdsrådgivningen SVR
Gunilla Hulth-Backlund, TLV
Claes Jublin, Landstinget i Östergötland
Bengt Jönsson, Handelshögskolan, Stockholm
Thomas Kjellström, Helsingborgs lasarett

Magnus Kåregård, Region Skåne
Lars-Åke Levin, CMT
Anne-Marie Lindgren, Arbetarrörelsens Tankesmedja
Björn Lindgren, Lunds Universitet
Ragnar Norrby, Smittskyddsinstitutet
Karin Prellner, Lunds Universitetssjukhus
Per Rosén, Region Skåne
Stefan Rydén, Region Skåne
Maarten Sengers, Socialstyrelsen
Göran Stiernstedt, Sveriges Kommuner och Landsting
Anders Tegnell, Socialstyrelsen
Lena Unemo, Finansdepartementet
Barbro Westerholm, riksdagsledamot

Moderator journalisten *Ulf Wickbom*

Tid: 3-4 september

Plats: Scandic Star, Lund

Sista anmälningsdag: 3 juli

Deltagaravgift: 4 200 kr (exkl. moms), inkluderar luncher och middag torsdag kväll

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



IHE information 2/2009

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, uppge såväl gammal som ny adress!

Layout och original: Britta Jeppsson Grafisk form • Tryck: Wallin & Dalholm Boktr. AB, Lund 2009