



- 1 Cancer och fetma – tema för årets IHE-FORUM
- 3 EURODIALE – ett europeiskt forskningsprojekt
- 4 Ny IHE-rapport om vaccinmarknaden
Ny bok från SNS: Vem styr vården?
- 6 Internationellt symposium om nationella hälsoräkenskaper
Erfarenheter av ett decenniums hälsoekonomiskt modellarbete
- 7 Aktuella publiceringar
- 8 IHE-FORUM 2007

Cancer och fetma

– tema för årets IHE-FORUM

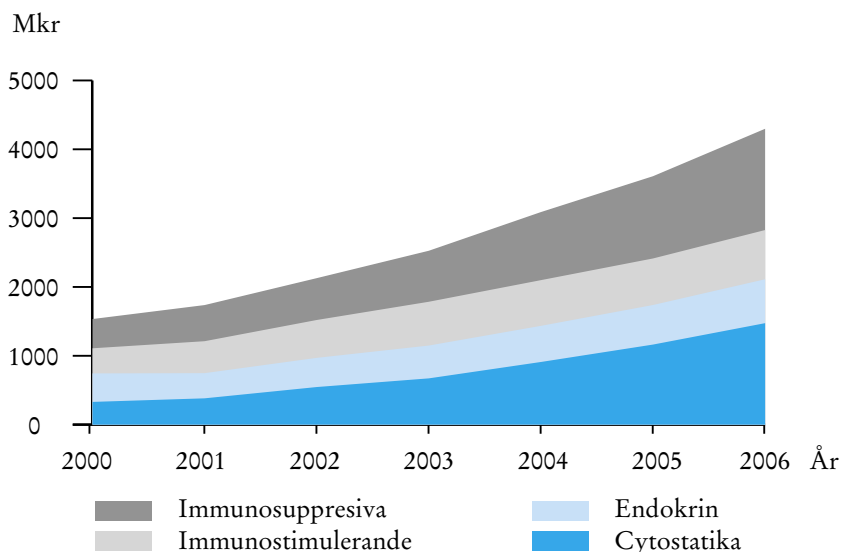
Aktuella diskussioner inom cancer- och fetmaområdet handlar om vad som bör göras preventivt och vilka patienter som har nytta av nya interventioner. I takt med att fler effektiva läkemedel mot cancer introduceras, är cancer ett av de terapiområden vars läkemedelskostnader ökar allra mest. Fetma ökar risken för sjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar – sjukdomar som ger upphov till stora kostnader för samhället. För de tre största tumörgrupperna bröst-, kolorektal- och prostatacancer har nyligen nationella riktlinjer tagits fram för att skapa en cancervård på lika villkor samtidigt som världens resurser ska utnyttjas på bästa möjliga sätt. Vad är nyttan med dessa riktlinjer och hur kan erfarenheterna utnyttjas inom andra områden? Vad kan göras och vem har ansvaret?

Läkemedel för tumörer och rubbningar i immunsystemet är den grupp av läkemedel där försäljningen ökat allra mest under senare år (figur 1). Denna grupp inkluderar cancerläkemedel och de så kallade nya biologiska läkemedlen. Många nya läkemedel har introducerats på marknaden och fler effektiva läkemedel är på väg. Trastusumab (Herceptin®), aromatas-hämmare (Arimidex® eller Femar®) vid bröstcancer och bevacisumab (Avastin®) och cetuximab (Erbix®) vid kolorektalcancer, är några exempel på nya och effektiva läkemedel mot två av våra vanligaste cancerformer. Imatinib (Glivec®) vid kronisk myeloisk leukemi och bortezomid (Velcade®) vid multipel myeloisk leukemi är två ytterligare exempel. Listan kan göras mycket längre. Framstegen innebär att cancerpatienterna lever längre och får behandling under lång tid, men också att återfall kan förebyggas.

Bröstcancersjukvården byggs nu ut så att fler åldersgrupper än tidigare kan mammografiscreenas. I Stockholm sker också en utbyggnad av screeningverksamhet för kolorektalcancer. När det gäller prostatacancerscreening har Socialstyrelsen tagit fram skriftlig information som ska, inför ett beslut om så kallat PSA-test, ges till män som efterfrågar testet.

Diskussion om vilka prioriteringar som bör göras inom cancervården har förts i Sverige under lång tid. Under de

Figur 1 Försäljning av läkemedel för tumörer och rubbningar i immunsystemet under perioden 2000–2006, utförsäljningspris



Källa: Apotekets försäljningsstatistik

senaste tre åren har Socialstyrelsen arbetat med nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal-, och prostatacancer. Dessa riktlinjer, som presenterats under våren, ska inte bara säkra att det är de behovsstyrda och effektiva metoderna som används, utan också ge stöd för att urskilja ineffektiva åtgärder och implementeringen av nya.

På flera områden kommer ett genomförande av riktlinjerna ställa krav på ökade resurser och organisatoriska förändringar. Medan de nationella riktlinjerna anger inriktningen är det sjukvårdshuvudmännen som ansvarar för implementeringen av dem. Av en aktuell IHE-studie framgår att landstingen upplever att introduktionen av nya "dyra" läkemedel är svår. Medan flertalet landsting försöker att ha kontroll över kostnadsutvecklingen för dessa läkemedel är det endast ett par landsting som använder särskilda metoder för att prognostisera användningen och kostnader av dem. Riktlinjerna ställer också frågor om tillgången på specialister, exempelvis patologer och urologer, för att säkra behandlingens kvalitet och tillgänglighet.

Fetma

Sedan slutet av 1980-talet har andelen personer med fetma i befolkningen fördubblats, från cirka fem till tio procent. Det innebär att ungefär 700 000 personer i åldrarna 16-84 år har fetma, dvs

ett BMI-värde över 30. Fetma ökar risken för högt blodtryck, diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Även vissa former av cancer såsom cancer i tjocktarm kan relateras till fetma.

Övervikt är betydligt vanligare än fetma. Personer med ett BMI-värde mellan 25 och 30 definieras som överviktiga. År 2005 var hälften av männen överviktiga eller hade fetma i olika grad, enligt SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (figur 2). Motsvarande andel för kvinnor var en tredjedel.

Vägtrafikolyckor, arbetsskador och sjukdomar relaterade till rökning ökar inte längre. Numera är det snarare övervikt och fetma som betraktas som en av våra farligaste riskfaktorer. Fetma och fetmarelaterade sjukdomar ger upphov till samhällskostnader i ungefär samma nivå som vägtrafikolyckorna. IHE har skattat den totala kostnaden till följd av övervikt och fetma bland Sveriges befolkning till cirka 16 miljarder år 2003. De indirekta kostnaderna, dvs kostnader som uppkommer till följd av att en person i arbetsför ålder inte kan arbeta på grund av sin sjukdom, överstiger 12 miljarder kronor och är mer än tre gånger större än de direkta sjukvårdskostnaderna som kan relateras till övervikt och fetma.

Enligt WHO och en nyligen publicerad SBU rapport går det att med hjälp av preventiva åtgärder minska

viktökningen och fetmautvecklingen bland barn och ungdomar. Under senare år har det också utvecklats nya mediciner som leder till viktminskning. För ungdomar med svår fetma används också kirurgiska ingrepp med stor framgång. Att åstadkomma livsstilsförändringar genom åtgärder i förskolor, skolor, arbetsplatser eller genom stadsplanering, kräver resurser. Läkemedel och kirurgiska ingrepp är också förknippade med betydande sjukvårdskostnader och läkemedelssubventioner.

Ett aktivt arbete på alla nivåer, inom forskning, utbildning, stadsplanering och industri har gett resultat när det gäller vägtrafikens risker och Sverige är idag ett av de säkraste länderna i världen att resa i. Finns det samma ambition från myndigheter, organisationer och enskilda att aktivt minska risken för fetmarelaterade sjukdomar? Kan erfarenheterna inom andra sektorer utnyttjas? Vems är ansvaret? Var finns resurserna?

IHE-FORUM 2007

Dessa frågor kommer att diskuteras och debatteras 6-7 september i Lund. Temat för konferensen är Cancer och fetma – vad kan göras och vem har ansvaret? För program och anmälan besök www.ihe.se

Var kan man läsa mer?

Sara Nordling & Anders Anell. Kostnadsansvar och incitament för förskrivning av läkemedel – Hur gör landstingen 2006? IHE e-rapport 2006:2.

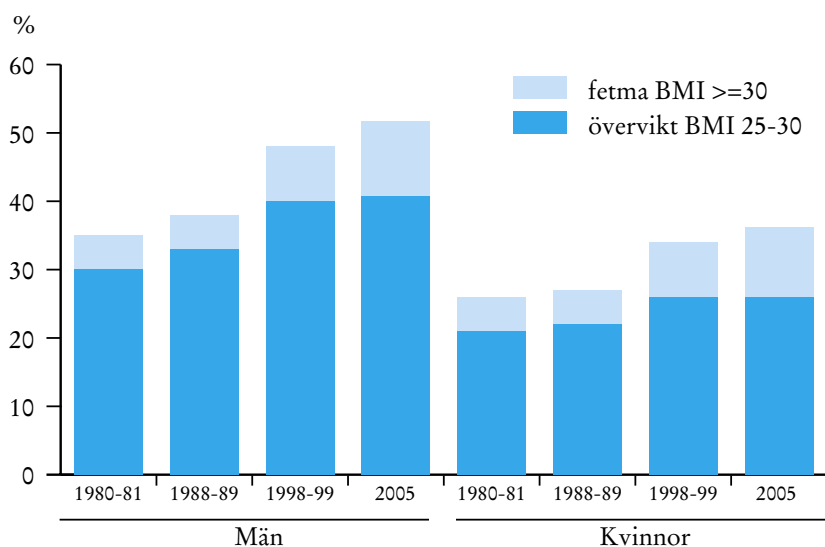
Ulf Persson, Marianne Svensson & Knut Ödegaard. Kostnadsutveckling i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma – några scenarier. Vårdens resurser och utmaningar på längre sikt. Stockholm: Landstingsförbundet, 2004.

Sixten Borg, Ulf Persson, Knut Ödegaard, Göran Berglund, Jan-Åke Nilsson & Peter M Nilsson. Obesity, survival and hospital costs – findings from a screening project in Sweden, Value in Health, September/October 2005.

Ulf Persson & Knut Ödegaard. Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma. IHE e-rapport 2005:3

Socialstyrelsens nationella riktlinjer www.sos.se

Figur 2 Andel män och kvinnor i åldern 16-84 år med övervikt och fetma, olika år.



BMI = (vikt i kg) / (längd i meter)²

Källa: SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (ULF)

EURODIALE

– ett europeiskt forskningsprojekt om diabetespatienter med fotsår

Eurodiale (European Study Group on Diabetes and the Lower Extremity) är ett europeiskt nätverk med deltagare från 14 kliniker i 10 länder. Gruppen bildades år 2000 med syfte att stimulera multidisciplinär forskning om fotkomplikationer hos diabetiker. De länder som deltar i samarbetet är Belgien, Danmark, Italien, Nederländerna, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tjeckien och Tyskland. Gruppens medicinska kompetens utgörs av diabetologer, kärlkirurger och ortopedier. Från IHE deltar *Gunnel Ragnarson Tennvall* och bidrar genom sin medverkan med hälsoekonomisk kompetens för att analysera resursanvändning och kostnader för behandling av fotsår. Studien har till viss del finansierats inom ramen för EU:s 5:e ramprogram, men huvuddelen av projektet har finansierats genom ideella insatser från gruppdeltagarna.

En kartläggning av behandlingspraxis

Mellan september 2003 och oktober 2004 inkluderades drygt 1 200 patienter med fotsår i en prospektiv studie. Patienterna följdes fram till läkning, eventuell amputation eller som längst under 12 månader. Under uppföljningen registrerades ett stort antal uppgifter i en gemensam databas. Förutom patientkarakteristik och kliniska bakgrundsvariabler registrerades kontinuerlig information om resursanvändning och behandlingsresultat under studieperioden. Den resursanvändning som registrerats är information om undersökningar och test för att ställa diagnos, användning av olika tekniker för avlastning av patientens fot, information om arbetsfrånvaro till följd av patientens fotsår samt interventioner av olika slag såsom kärlkirurgi, annan kirurgi och amputationer, slutenvård, antibiotikabehandling, specialistkonsultationer, omläggning och behandling av sår.

Två faktorer, förekomst av infektion och/eller perifer kärlsjukdom, har i ti-

digare studier visat sig vara viktiga för fotsårets läkningsresultat, hur lång tid läkningen tar och vilka behandlingsåtgärder som måste vidtas. Faktorerna har även betydelse ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Analyserna i Eurodialestudien har därför i stor utsträckning fokuserat på dessa tillstånd.

Publiceringar

Under hösten 2005 startade bearbetning och analys av det insamlade materialet. Arbetet har pågått i flera arbetsgrupper med olika fokus under 2006 och varje arbetsgrupp har ansvarat för en slutrapport avsedd för publicering. Hittills har Eurodialeprojektet resulterat i två artiklar. Den första är publicerad i *Diabetologia* 2007 och beskriver bland annat själva projektet och sjukdomens svårighetsgrad hos de patienter som deltagit i studien. Den andra artikeln är under utgivning i *International Journal of Lower Extremity Wounds* och belyser hur vården för diabetiker med fotsår är organiserad i de Europeiska centra som deltagit i studien.

Ytterligare ett par rapporter finns i manuskriptform. En av dem behandlar vilka faktorer som påverkar utfallet av en fotsårsbehandling med fokus på skillnader mellan patienter med respektive utan perifer kärlsjukdom. Den andra rapporten diskuterar skillnader i behandlingsmönster mellan de kliniker som deltagit i studien.

Den hälsoekonomiska delen av projektet är fortfarande under utarbetande, men preliminära resultat visar att resursanvändningen och kostnaderna varierar mycket mellan olika patientgrupper. Variationen är både relaterad till sjukdomens svårighetsgrad, t ex förekomst av infektion eller perifer kärlsjukdom, och till utfallet av behandlingen, t ex om såret läkte eller om patienten blev underbensamputerad.

Det insamlade datamaterialet från Eurodialestudien är unikt genom den stora patientpopulationen som har följts prospektivt i klinisk praxis till

ett definitivt behandlingsutfall, alternativt under 12 månader och utan några förutbestämda interventionsalternativ. Den planerade hälsoekonomiska rapporten är enbart beskrivande, men materialet utgör en exklusiv och värdefull källa för framtida hälsoekonomiska modellsimuleringar där hänsyn kan tas till behandlingsmönster och utfall inom olika subgrupper av patienter med diabetes och fotkomplikationer.

Aktuella publiceringar från Eurodialestudien

Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, Jude E, Piagessi A, Bakker K, Edmonds M, Holstein P, Jirkovska A, Mauricio D, Ragnarson Tennvall G, Reike H, Spraul M, Uccioli L, Urbancic V, van Acker K, van Baal J, van Merode F, Schaper N (2007) High prevalence of ischaemia, infection and serious comorbidity in patients with diabetic foot disease in Europe. Baseline results from the EURODIALE study. *Diabetologia* 50:18-25

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

För mer information besök www.eurodiale.org

En innovativ vaccinnmarknad ställer krav

Sverige har hittills lyckats mycket väl med ambitionen att så många som möjligt ska acceptera vaccination med de vacciner som rekommenderas för barn. Täckningsgraden är hög i ett internationellt perspektiv. Vaccinernas viktiga särdrag såsom betydelsen av en hög täckningsgrad, motiverar att även i framtiden besluta om utformningen av nationella vaccinationsprogram i särskild ordning. Förändrade förutsättningar i form av fler nya vacciner ökar dock kraven på beslutsprocessen. En särskilt tillsatt nationell beslutsnämnd skulle bidra till en ökad tydlighet om vem som beslutar och vilken kompetens som är grunden för besluten. Hälsoekonomiska utvärderingar bör vara självklara underlag vid beslut om vacciner. Ytterligare åtgärder är att vaccinationsprogram finansieras nationellt. Dessa slutsatser drar *Anders Anell* och *Anna H. Glenngård* i en ny IHE-rapport om hur vaccinnmarknaden i Sverige fungerar.

Med tanke på vaccinationers stora betydelse för individer, sjukvård och samhälle bör en framtida expertnämnd för beslut om vaccinationsprogram tillsättas. Denna nämnd bör omfatta hälsoekonomisk expertis och efterfråga hälsoekonomiska studier av nya vacciner som är anpassade till svenska förhållanden. Ett viktigt kriterium i samband med beslut om revideringar i det allmänna barnvaccinationsprogrammet är även acceptans hos berörd vårdpersonal och befolk-

ning. Detta kriterium ger argument för en försiktighetsprincip. Mot denna princip kan dock ställas intresset av att individer, vård och samhälle så snabbt som möjligt får ta del av de vinster som möjliggörs genom nya vacciner. En framtida expertnämnd bör därför efterfråga forskning om hur acceptans och trovärdighet för ett vaccinationsprogram bäst kan bevaras och använda sådan kunskap som grund för beslut.

Eftersom täckningsgrad är en viktig målsättning bör nationella vaccina-

tionsprogram uppfattas som tvingande av landsting och kommuner. Ett steg i denna riktning är att Socialstyrelsen i december 2006 beslutade att barnvaccinationsprogrammet ska vara en föreskrift. Det innebär att landsting och kommuner måste erbjuda befolkningen vaccination i enlighet med programmet. Det är dock inte tvingande att programmet ska tillhandahållas avgiftsfritt. Den offentliga finansieringen av barnvaccinationsprogrammet har hittills inte varit ifrågasatt eftersom det handlat om relativt sett små utgifter för landsting och kommuner. En mera innovativ vaccinnmarknad kan i detta avseende ge problem om det inte samtidigt finns en beredskap att finansiera de vacciner som bedömts vara kostnadseffektiva. Det gäller i synnerhet för kommunerna som inte har något annat finansieringsansvar för läkemedel och vars kostnader kan komma att mångdubblas vid introduktion av ytterligare innovativa vacciner.



Ny bok från SNS

Vem styr vården?



Svensk sjukvård tycks vara under konstant omvandling. Knappt har en reform sjösatts så aviseras nästa. Endast sedan 1990 har en lång rad nya lösningar för vårdens organisation presenterats. Beställar-utförarseparation, valfrihet och vårdgarantier är bara några exempel. Trots den ihärdiga strävan att förnya sjukvårdens organisation tycks inte medborgarnas tillfredsställelse med systemet öka. Snarare tvärtom. Ett uttryck för missnöjet med vården är den växande kritiken mot landstingen, sjukvårdens främsta politiska företrädare. Ett annat den ökade benägenheten att anmäla vårdens personal till HSAN, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Paradoxalt nog har samtidigt nya sjukvårdspartier etablerats i en rad landsting under senare år. Det vittnar om ett missnöje med den förda

sjukvårdspolitiken, men också om att medborgarna faktiskt vill påverka vården genom sina val.

Våren 2007 föreslog den statliga Ansvarsutredningen att landstingen skall slås samman till regioner. Om detta genomförs står svensk sjukvård inför ännu en omfattande reform, den kanske största sedan landstingen skapades 1862. Hur påverkas styrning och politisk kontroll inom systemet av det? Spänningen mellan systemets olika nivåer kommer knappast att försvinna: kommunerna som har getts ansvar för en allt större del av även den sjukvårdande verksamheten, regionerna som själva vill bestämma hur vården skall organiseras i deras del av landet och staten som i allt högre utsträckning tycks vilja att vårdens skall präglas av nationella riktlinjer. Kritiker av Anslags-

på ökad tydlighet

Flera finansieringsmöjligheter

Det finns tre möjligheter att finansiera nya vacciner: (1) som del i barnvaccinationsprogrammet eller annan subvention beslutad av landsting och kommuner, (2) subvention inom läkemedelsförmånerna beslutad av Läkemedelsförmånsnämnden (LFN), samt (3) genom privat finansiering direkt från individer eller deras arbetsgivare.

Författarna gör bedömning att finansiering genom läkemedelsförmånerna även i framtiden bör ligga på en låg nivå för vacciner. Utgångspunkten för denna slutsats är att många av de vacciner som kan anses kostnadseffektiva vid en bedömning av LFN blir ännu mera kostnadseffektiva om de istället ingår i ett nationellt och avgiftsfritt program med avgiftsfrihet. Denna slutsats gäller för vacciner där resonemang om flockimmunitet är relevant.

En ytterligare åtgärd för att nå målet om hög täckningsgrad är att vaccinationsprogrammen finansieras nationellt. Frågan om hur nationella vacci-



nationsprogram ska finansieras kan dock inte avgöras isolerat utan måste sättas in i ett större sammanhang. Kostnadsutvecklingen för receptläkemedel har under senare år varit blygsam, medan kostnaderna för specialitläkemedel och vacciner ökat snabbare än tidigare. Framtida diskussioner om kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet mellan staten och landstingen, liksom avtal om statliga läkemedelsbidrag, bör därför beakta hela läkemedelsområdet, inklusive vacciner.

Var kan man läsa mer?

Anders Anell & Anna H. Glenngård. Vacciner i Sverige - ett hälsoekonomiskt perspektiv. Lund : IHE Rapport 2007:1

kommitténs förslag har inte saknas, och debatten om sjukvårdens styrning lär fortsätta.

I den nya boken *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård* (SNS Förlag) ger en rad framstående forskare sin syn på hur sjukvården i Sverige styrs idag och varför så många tycks missnöjda med systemet, trots alla politiska ansträngningar. Sökljuset riktas mot sjukvårdens organisation, det vill säga hur sjukvårdssystemet är uppbyggt och vem som egentligen bestämmer inom det. Den bild av sjukvården som tecknas i boken är mångfasetterad och speglar författarnas olika forskningsbakgrund och intressen, men också deras personliga syn på förutsättningarna för politisk styrning av sjukvården. En rad aktuella frågor inom svensk sjukvård diskuteras,

som primärvårdens roll, patienternas svaga ställning, den fragmentariska vårdkedjan för de äldre och framväxten av en kommersiell marknad för hälso-relaterade tjänster.

En genomgående tema i boken är de ökade förväntningarna på sjukvården från medborgarnas sida, som skapar en stor politisk utmaning inom ett system där resurserna är begränsade och man kommit överens om att vård skall ges först till dem som är sjukast. Frågan om systemets organisation och styrning kommer därmed också att handla om gränserna för vår solidaritet. Vem accepterar att stå tillbaka för att någon annan ska få vård? Och vem litar vi tillräckligt på för att ge makt att fatta beslut om detta?

Redaktör för boken är Paula Blomqvist, statsvetare med inriktning mot

hälso- och sjukvårdsforskning vid Uppsala universitet. Övriga medverkande är [Anders Anell](#), IHE, Peter Garpenby och Per Carlsson, Prioriteringscentrum och Linköpings universitet, Mats Thorslund, Karolinska Institutet, Sven Siverbo, Handelshögskolan i Göteborg, Ulrika Winblad, Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet och Roger Qvarsell, Linköpings universitet. Boken ges ut av Studieförbundet Näringsliv och samhälle (SNS) i samarbete med Institutet för Framtidsstudier, Stockholm, och riktar sig till alla som är intresserade av hur den svenska hälso- och sjukvården är organiserad.

Paula Blomqvist

Statsvetare och bokens redaktör

Internationellt symposium om nationella

Det femte globala NHA symposiet arrangeras av IHE den 6-7 juli i Lund. Som vi berättat om i tidigare nummer av IHE information är symposiet en av flera förkonferenser till den hälsoekonomiska världskongressen som äger rum i Köpenhamn i sommar. Symposiet är, liksom tidigare år, gemensamt finansierat av Sida och USAID. Temat för årets symposium är "Promoting accountability for investments of health resources", vilket speglar hur NHA används för att mäta insatser ämnade att stärka och förbättra länders hälsosystem. IHE kommer, förutom att stå för arrangemanget, även medverka genom bl a presentationer. IHE har under en längre tid bedrivit projekt på uppdrag av Sida med inriktning på hälsoränskap.

Intresset för och kunskapen om nationella hälsoränskap (NHA) har stadigt vuxit sedan mitten av 1990-talet,

inte minst bland utvecklingsländer. Idag har mer än 60 låg- och medelinkomst länder tagit fram NHA åtminstone en gång. För att jämförelser av utgifter för hälso- och sjukvården mellan olika länder samt över tiden ska vara möjligt är det viktigt att samma metodologi används vid framtagande av NHA. Det är också viktigt att länder uppdaterar sina hälsoränskap kontinuerligt.

Under symposiets första dag kommer IHE att ge en översiktlig presentation av hur långt länder runt om i världen har kommit avseende framtagande och institutionalisering av NHA. Information till presentationen inhämtas i samarbete med organisationer som Världsbanken och WHO samt hälsoministerier och andra institutioner i olika länder. Vidare ska IHE agera moderator i en session där grundläggande metodologiska frågor om NHA tas

upp och representanter från ett antal länder får möjlighet att berätta om sina erfarenheter av nationella hälsoränskap.

En fördel med NHA är att de ger en fullständig bild över ett lands hälso- och sjukvårdsutgifter. IHE genomförde under 2006 en studie med syfte att analysera vilka behov av information globala hälsoinitiativ har i sina utvärderingsaktiviteter och huruvida NHA kan uppfylla deras krav på information. Resultaten från studien ska presenteras vid en session om hur hälsoränskap kan användas vid implementering och utvärdering av reformer inom hälsosektorn under symposiets andra dag. Exempel på globala hälsoinitiativ som finns representerade i studien är Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM), Roll back Malaria and Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI). Stu-

Erfarenheter av ett decenniums hälsoeko

Vid sommarens internationella hälsoekonomikonferens i Köpenhamn kommer *Ulf Persson* och *Michael Willis* vid IHE att arrangera en av konferensen många parallella sessioner. Temat för sessionen är "Economic Modeling of a Chronic, Progressive Disease: The History, Challenges, and Lessons Learned from Diabetes Mellitus" och syftar till att diskutera och sammanfatta lärdomarna av tio års hälsoekonomisk modellering av typ 2-diabetes.

Hälsoekonomisk modellering inom diabetesområdet har haft en ledande roll både beträffande själva metodutvecklingen av hälsoekonomiska modellstudier i allmänhet och som beslutsunderlag för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Därför är det särskilt angeläget att samla lärdomarna från detta mångåriga modellarbete - inte minst för att förbättra framtida hälsoekonomiska modeller.

Under sessionen deltar Elizabeth Fenwick, University of Glasgow, William Herman, University of Michigan, Clare McGrath, Pfizer respektive Joakim Ramsberg, Läkemedelsförmåns-

nämnden. Sessionens inledande presentation kommer lyfta fram viktiga utvecklingstendenser i DM modellering. En andra presentation kommer att belysa på vilka sätt som läkemedelsindustrin i större utsträckning kan använda modellering för att effektivisera företagets produktutveckling. Det kan till exempel handla om att tidigare kunna urskilja mindre angelägna läkemedel i den interna beslutsprocessen eller att modellerna kan tjäna som underlag vid designen av kliniska prövningar såsom att identifiera jämförbara alternativa behandlingsterapier och relevanta patientgrupper.

Huvuddelen av sessionen kommer





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

Glengård H. A & 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, 5:3.

Hjelmgren J & Anell A. Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden. Health Policy 2007. doi:10.16/j.healthpol.2007.02.006

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. doi 10.1111/j.1365-2133.2006.07707.x

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, Tennvall GR, Reike H, Spraul M, Uccioli L, Urbancic V, van Acker K, van Baal J, van Merode F, and 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, Ödegaard, K & Persson, U. Hjälpmedel och läkemedelsnära produkter – en kartläggning av marknaden. Lund: IHE e-rapport 2007:1

hälsoräkenskaper

dien baseras på intervjuer och frågeformulär som skickats ut till personer som arbetar inom eller samarbetar med globala hälsoinitiativ. Majoriteten ansåg det relevant att använda hälsoutgiftsdata i sina respektive verksamheter samt att de i dagsläget använder hälsoutgiftsdata för att följa och utvärdera verksamheten, dock i olika utsträckning beroende på initiativ/program. De flesta var förtroliga med begreppet hälsoräkenskaper och nästan alla uppger att de använder den typen av data. Endast några få respondenter ansåg att hälsoräkenskaper inte fyller någon funktion i deras respektive verksamheter. Studiens resultat visar vidare att det finns en stor efterfrågan på detaljerade räkenskaper med data uppdelad på exempelvis specifika sjukdomar och interventioner.

För mer information om symposiet kontakta Annika.Bergman@ihe.se

En preliminära agenda finns på IHEs hemsida, www.ihe.se.

Anmälan till symposiet och världskongressen görs via iHEAs hemsida www.healtheconomics.org/congress/2007/

ekonomiskt modellarbete

att bestå av en diskussion om vad vi har lärt oss av de sista tio årens modellarbete inom diabetesområdet och hur dessa kan appliceras till modellstudier inom andra kroniska sjukdomar.

Specifika frågor som kommer att diskuteras är:

- Är den information som modellstudierna ger användbar och tillräckligt explicit för att fungera som underlag vid exempelvis subventionsbeslut av läkemedel?
- Används modellerna på ett tillfredsställande sätt?
- Vilka är modellernas styrkor och svagheter och vilka är de metodologiska utmaningar framöver?
- Vad kan göras för att förbättra modellbaserad hälsoekonomisk data?

För program och information om konferensen besök www.healtheconomics.org/congress/2007/

IHE-FORUM 2007

6-7
september

Cancer och fetma

– vad kan göras och vem har ansvaret?

- Vad är nytt inom cancer- respektive fetmaområdet?
- Hur ska sjukvården hantera nya ”dyra” läkemedel?
- Hur ska screening för cancer prioriteras?
- Bör kirurgisk behandling koncentreras?
- Vad är nyttan med nationella riktlinjer?
- Vem har ansvaret för åtgärder mot fetma?
- Hur mycket ska staten bestämma över sjukvården?

Medverkar gör:

Christina Bergdahl, Blodcancerförbundet
Jonas Bergh, Radiumhemmet, Stockholm
Per Boström, Roche AB
Bo Brismar, Stockholms läns landsting
Per Carlsson, PrioriteringsCentrum
Göran Ekelund, kirurgkliniken, Universitetssjukhuset Mas
Bodil Ericsson, Sveriges Kommuner och Landsting
Johannes Järhult, kirurgkliniken, Länssjukhuset Ryhov
Bo Könberg, landshövding Södermanlands län
Carola Lemne, Danderyds sjukhus AB
Lars-Åke Levin, Center för utvärdering av medicinsk teknologi
Björn Lindgren, LUCHE vid Lunds Universitet
Anders Lönnberg, Novartis
Torbjörn Malm, Socialstyrelsen
Claude Marcus, Karolinska Institutet
Mef Nilbert, onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

Ulf Persson, IHE
Lars Pählman, kirurgiska kliniken, Akademiska Sjukhuset i Uppsala
Carsten Rose, onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund
Liselotte Schäfer Elinder, Centrum för folkhälsa, Stockholm
Håkan Sörman, Sveriges Kommuner och Landsting
Sven Törnberg, onkologiskt centrum, Karolinska Universitetssjukhuset
Susanne Waldau, Västerbottens läns landsting
Björn Wettermark, Apoteket AB och Stockholms läns landsting
Barbro Westerholm, riksdagsledamot
Olivia Wigzell, Socialstyrelsen
Carl-Axel Wildt, Överviktigas riksförbund syd
Gunnar Ågren, Statens folkhälsoinstitut
Klas Öberg, Socialstyrelsen

Moderator journalisten *Ulf Wickbom*

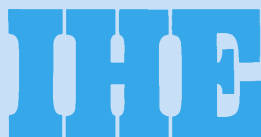
Tid: 6-7 september

Plats: Scandic Star, Lund

Sista anmälningsdag: 29 juni

Deltagaravgift: 3 700 kr (exkl. moms), inkluderar luncher och middag torsdag kväll

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



IHE information 2/2007

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, 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 2007