

Leading Health Care

LHC REPORT NR 1, 2018

Ebba Sjögren &
Anna Krohwinkel

3 kronor

EN JÄMFÖRELSE AV HUR OLIKA EKONOMISKA
ANALYSMETODER SYNLIGGÖR VÄRDE I VÅRDEN



3 kronor

**EN JÄMFÖRELSE AV HUR OLIKA EKONOMISKA
ANALYMETODER SYNLIGGÖR VÄRDE I VÅRDEN**

Ebba Sjögren & Anna Krohwinkel

Om författarna

Docent **Ebba Sjögren** är verksam som forskare och lärare vid Stockholm Business School (Stockholms universitet) och Institutionen för redovisning och finansiering (Handelshögskolan i Stockholm). Hennes forskning rör bland annat hur professioner inom hälso- och sjukvården organiserar sitt vardagliga arbete samt hur läkemedel utvärderas med ekonomiska analysmetoder. Hon har tidigare medverkat i utredningar av Tio100-projektet samt vårdval inom primärvården, och tillhör Leading Health Cares akademiska nätverk sedan 2010.

Ek. Dr. **Anna Krohwinkel** är forskningschef vid Stiftelsen Leading Health Care. Hennes expertområden inkluderar ett brett spektrum av frågor kring hälso- och sjukvårdens styrning, ledning, organisering och utveckling. Hon har författat och redigerat ett stort antal publikationer om bland annat ersättningssystem, innovation och mottaglighet, samt verksamhetsutveckling i praktiken.

Leading Health Care

Förord

Den som vet alltings pris, känner inte värdet av något. Ungefär så sammanfattade Oscar Wilde synen på ekonomi och pengar. Denna dualism behandlas i rapporten Tre Kronor som du just nu läser. Jag vill inspirera dig att ta ett steg tillbaka och begrunda vad ekonomi egentligen är och hur pengarna, verktyget för att kvantifiera, kan skymma värdena om vi inte hanterar kronor och ören med viss varsamhet.

Rapporten tar upp olika sätt att beskriva världen med pengar, närmare bestämt olika sorters kronor, och dessas förhållande till värdering av särskilt läkemedels roll i vården. Något förenklat finns det tre olika ekonomiska analysverktyg som vanligen används: samhällskronan, budgetkronan och marknadskronan. Dessa skiljer sig åt när det gäller vilka antaganden som görs rörande tidshorisont, organisationsgränser, indirekta effekter och inbyggda beslutsregler.

Att beakta de olika kronornas olika värderingsgrunder och räckvidd kan till exempel hjälpa oss att förstå varför det som ser lovande ut ur ett samhällligt perspektiv, hälsoekonomiskt, inte helt enkelt låter sig göras av den som har ett strikt budgetansvar.

Rapporten problematiserar ett centralt, men outtalat, antagande i många diskussioner om resursfördelning i hälso- och sjukvården: att det är entydigt vad som värderas – och inte värderas – med pengar. Genom att undersöka och jämföra de tre ekonomiska analysmetoderna är målet att öppna för en mer nyanserad diskussion om vilka värden som bör värnas och ge konkreta förslag på hur så kan ske. Ett första steg är att flytta fokus från pengar till ekonomi.

Rapporten har arbetats fram inom ramen för en LHC-fokusgrupp. Jag vill rikta ett stort tack till deltagarna i denna: Madeleine Wallding, Läkemedelsverket, Ulf Janzon och Oskar Lindeberg, MSD, Madlaina Costa-Scharplatz, Novartis, samt Karolina Antonov, Läkemedelsindustriföreningen. Tack!

Varje rapport måste dock skrivas. Jag vill därför rikta ett stort tack till docent Ebba Sjögren, Handelshögskolan i Stockholm och Stockholms Universitet, som både inspirerade fokusgruppen och har hållit i pennan. Och till hennes medskribent, LHC:s forskningschef ek dr Anna Krohwinkel, som alltid ser till att skrivandet blir klart och redigt. Och till Annemarie Brandt, LHC, som såg till att fokusgruppen koordinerades i både tid och rum samt har bidragit med skarp korrekturläsning. Tack!

Jag hoppas nu att du fortsätter läsa och är med och bidrar till dialogen om hur vi får bättre hushållning inom hälsa, vård och omsorg så att resurserna skapar värde!

Stockholm i mars 2018

Hans Winberg,
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

När värden ska värnas måste värderingsgrunder stå i fokus	8
Pengar som problemet	10
Ekonomi är inte pengar	11
En krona är inte en krona	11
Tre kronor: Samhällskronan, budgetkronan och marknadskronan	12
Samhällskronan: En flexibel typ med brett intresse för olika effekter.....	12
Budgetkronan: En något stel typ med organisationen i blickfånget.....	14
Marknadskronan: En fokuserad typ inriktad på att säkra avkastning på finansiella resurser.....	15
Faror med att blanda ihop olika kronor	17
När tiden tappas bort kan det gå både för långsamt och 'fort och fel'.....	17
Om organisationsgränser inte hanteras hamnar saker mellan stolarna.....	18
Exempel 1 – När kronor krockar: "En flerårig behandling är inget budgetproblem, men en 12-veckors kan bli det".....	19
Exempel 2 – När kronor krockar: "Ingen räknar på helheten".....	22
Exempel 3 – Fler exempel på när kronor krockar.....	23
Möjligheter med att få kronor att mötas	24
Värdera tid med pengar.....	24
Synliggör verksamhetsberoenden i tid och rum.....	25
Exempel 4 – Att få kronor att mötas: Främjande insatser på antibiotikaområdet.....	27
Ordning på kronorna	29
Mer hälsa per kronor	33

När värden ska värnas måste värderingsgrunder stå i fokus

Beslut i hälso- och sjukvårdens vardag kräver kvalificerade avvägningar och prioriteringar. En viktig grund för kloka beslut är samspillet mellan den enskilde patienten och professionella företrädare, och mellan de olika professioner som är ömsesidigt beroende av varandras arbete i mötet med denna patient. På samma sätt förutsätter kloka beslut om villkoren för vårdens vardag interaktion och avvägningar mellan olika parter. Sektorn utmärks av ett kontinuerligt inflöde av impulser, i form av ändrade arbetssätt, nya tekniker, och allt som oftast ökade förväntningar. De som direkt tar del av hälso- och sjukvårdens tjänster, de som arbetar i hälso- och sjukvården, de som levererar produkter och tjänster till hälso- och sjukvården, och de som är medborgare och medfinansiärer har behov och önskemål som måste hanteras. Det är en erkänd sanning att arbetet förutsätter gemensamma ansträngningar. Det är lika välkänt att varaktig och reell samordning mellan olika parter, och olika beslutsnivåer, är svår att åstadkomma.

Att i lag fastslå ett antal grundläggande principer har varit ett av många verktyg för att koppla samman och koordinera olika bedömningar och insatser. Men trots en bred samsyn om vikten av att verka för att upprätthålla människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen (Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 2017:30) är det inte självklart hur dessa värden ska omsättas i praktiken. Det uppstår ständigt nya diskussioner om hur de förhåller sig till varandra och vilka avvägningar som kan och bör göras i fall då dessa och andra viktiga principer inte överensstämmer med varandra. Det finns helt enkelt olika perspektiv på vad som är eller inte är värdefullt och nödvändigt att göra, såväl för den enskilda patienten som för hälso- och sjukvårdssystemet i stort. Det finns en uppsjö av olika verktyg – allt från lagstiftning, utbildning, uppdragsbeskrivningar, behandlingsrekommendationer, beslutsstöd och ersättningsystem – som används för att översätta principer till konkreta beslutssituationer där olika handlingsalternativ formuleras

och vägs mot varandra. Här ligger grunden till den mångfaldiga styrning som präglar vårdens vardag.

Stiftelsen Leading Health Care har under flera år intresserat sig för hur den mångfaldiga styrningen kommer till uttryck, och vilka konsekvenser den får för hälsosektorns nuvarande funktion och utvecklingsmöjligheter. I denna rapport riktas uppmärksamheten mot ekonomiska analyser som verktyg för att realisera olika värden. Rapportens innehåll har formats av samtal i en fokusgrupp under 2017, där diskussionen huvudsakligen förts med utgångspunkt i utvärdering och beslutsfattande rörande receptbelagda läkemedel. Det finns utvecklade processer och strukturer för att mäta och utvärdera användningen av läkemedel med (bland annat) ekonomiska analysmetoder. Frågor kopplade till läkemedels tillgänglighet, finansiering och användning är föremål för återkommande debatt. Hur dylika frågor bestäms, av vem och på vilken grund, har även varit föremål för flera reformer och reformförsök.¹ En diskussion om hur ekonomiska analyser av läkemedels värde görs kan därmed tjäna som belysande exempel på mer generella frågeställningar kring värdebalansering inom andra områden av hälso- och sjukvården. Rapportens mer generella slutsatser diskuteras i sista avsnittet.

¹ Exempelvis genomfördes en större reform i början av 2000-talet då bl. a. Läkemedelsförmånsnämnden (numera Tandvårds och Läkemedelsförmånsverket, TLV) skapades och ett system för generikautbyte infördes. Vid tidpunkten för den aktuella rapportens tillkomst pågick utredningen Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (Dir 2016:95).

Pengar som problemet

Användningen av ekonomiska analyser för att värdera och synliggöra hälso- och sjukvårdens verksamhet i allmänhet, och läkemedelsanvändning i synnerhet, har ökat explosionsartat under de senaste decennierna. För ett offentligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem är det uppenbart en samhällsgemensam angelägenhet att resurser "satsas rätt". Samtidigt finns det många som hävdar att ekonomins betydelse för vårdens utveckling vuxit sig för stor.

Ett återkommande slagträ i olika debatter är att "man inte bara kan bry sig om pengar". När det gäller receptbelagda läkemedel framställs två, något förenklade, lösningar på upplevda brister i tillgänglighet och användning. Å ena sidan hävdar en del industri- och professionsföreträdare att tillgänglighet till läkemedelsbehandling kan bli bättre om mer resurser prioriteras till denna utgift. Med mer satsade pengar kan nya och bättre läkemedelsbehandlingar göras tillgängliga för fler som behöver dem. Å andra sidan för flera politiker, tjänstemän och andra professionella företrädare fram att tillgänglighet till läkemedel inte kan lösas genom prioritering så länge priset för nya behandlingar förblir högt. Med andra ord, det måste bli pengar över för att satsa på fler insatser. Trots att lösningsförslagen är diametralt olika, ligger fokus i båda fallen – lite tillspetsat – på pengar och hur pengarna ska användas.

I denna rapport problematiseras ett centralt, men outtalat, antagande bakom båda dessa argument: att det är entydigt vad som värderas – och inte värderas – med pengar. Genom att undersöka några vanligt förekommande ekonomiska analysmetoder – den samhällsekonomiska analysen, budgetanalysen och den marknadsekonomiska analysen – är målet att öppna för en mer nyanserad diskussion om vilka värden som bör värnas och ge konkreta förslag på hur så kan ske. Ett första steg i att utveckla diskussionen om hälso- och sjukvårdens förutsättningar och utmaningar är att flytta fokus från pengar till ekonomi.

Ekonomi är inte pengar

Pengar är alltid en representation, en omräkningsfaktor för olika typer av resurser. I hälso- och sjukvårdens verksamhet ingår många olika typer av resurser såsom bland annat personalens arbetstid, patienters tid och livskvalitet, professioners kompetens, läkemedel, medicintekniska produkter, organisationers risktagande, samt omsorgs- och socialförsäkringsinsatser. När olika resurser representeras med en gemensam måttstock blir det möjligt att analysera hur dessa olika resurser används. Det går att fatta beslut om hur resurser ska satsas, och hushållas med.

Alla ekonomiska tekniker har ett gemensamt fokus på resurshushållning, och använder pengar som en gemensam omräkningsfaktor. Men vad som omräknas till pengar, och hur denna omräkning sker, görs med utgångspunkt från olika antaganden. Tillsammans påverkar dessa antaganden vad det är som värderas med en viss uträknad krona.

En krona är inte en krona

Tidshorisonten är en dimension där ekonomiska analysverktyg bygger in olika antaganden. Är det resurshushållning på kortare sikt, såsom ett år, som ska mätas och utvärderas, eller är det resurshushållning i ett flerårigt perspektiv? Detta får betydelse för vad som synliggörs och värderas i kronor.

Vilken betydelse som tillskrivs *organisationsgränser* skiljer sig också åt. Är det bara organisationens egna resurser som utvärderas, eller sätts ett värde också på sådant som händer bortom organisationens gränser?

Vid användningen av olika ekonomiska analysverktyg görs också olika antaganden om huruvida *indirekta effekter* ska tillskrivas ett ekonomiskt värde, och därmed ingå i bedömningar av resursanvändning.

Slutligen skiljer sig ekonomiska analysverktyg åt i sättet på vilket bedömningen av god respektive dålig prestation definieras, och om det finns *inbyggda beslutsregler*.

Genom att göra olika antaganden i relation till ovanstående fyra dimensioner kommer olika analysmetoder att ge olika svar på frågan om vad som ger ”värde för pengarna”. Svaret på *när* och *för vem* resurser satsas rätt är *per definition* beroende av vilken sorts ekonomisk analys som görs – och vilken krona som därmed synliggörs. Det finns helt enkelt viktiga skillnader mellan kronor och kronor. För att illustrera detta ska vi stifta närmare bekantskap med tre kronor som har en avgörande betydelse för dagens hälso- och sjukvård.

Tre kronor: Samhällskronan, budgetkronan och marknadskronan

När läkemedelsanvändning mäts och utvärderas finns det, något förenklat, tre vanligt förekommande kronor: *samhällskronan*, *budgetkronan* och *marknadskronan*. Dessa skiljer sig åt när det gäller vilka antaganden som görs rörande tidshorisont, organisationsgränser, indirekta effekter och inbyggda beslutsregler. Vilka aktörer som använder sig av dessa tre kronor, och när, varierar också.

Samhällskronan: En flexibel typ med brett intresse för olika effekter

	Tidshorisont	Organisationsgränser	Indirekta effekter	Beslutsregel
Samhällskronan	Flexibelt, ofta flerårigt	Flexibelt	Flexibelt, kan beaktas	Relativ ranking

Den samhällsekonomiska analysen syftar till att bedöma olika insatser kostnadseffektivitet. Inom hälso- och sjukvården är samhällskronan nära förknippad med hälsoekonomi som kunskapsområde. När det gäller läkemedelsanvändning används samhällskronan som ekonomiskt analysverktyg i samband med exempelvis Tandvårds- och läkemedelsverkets utvärdering av produkters subventionsstatus. I TLV:s beslutsprocess ingår att ta in och utvärdera kostnadseffektivitetsberäkningar från det marknadsförande läkemedelsbolaget. Samhällskronan används alltså för analyser av resursanvändning som görs *innan* ett läkemedel får tillträde till den svenska marknaden.

I en sådan kalkyl är det mindre viktigt exakt i vilken organisation och vid vilken tidpunkt som plus och minus dyker upp. Det är den större, aggregerade helheten som är intressant. Samhällskronan lämpar sig därmed för att räkna på exempelvis hur kortsiktigt ökade kostnader i primärvården för en preventiv insats ska värderas i förhållande till ett minskat behov av specialistvård senare, och förhoppningsvis även minskade framtida kostnader förknippade med allt från minskad sjukskrivning till ökad livskvalitet under lång tid framöver.

Samhällskronan går att anpassa utifrån det specifika problemområde som ska analyseras och den frågeställning man söker svar på. Det finns inga formella krav på hur samhällskronan ska beräknas, även om det självklart finns etablerade och standardiserade metoder för hur beräkningar ska utformas. Det går alltså att räkna på olika typer av indirekta kostnader och intäkter, såsom minskningar respektive öknings i livskvalitet, vilka tillskrivs ett ekonomiskt värde.

Det finns ingen inbyggd beslutsregel för vad som är ett tillräckligt respektive otillräckligt värde på samhällskronan. Med andra ord finns det ingen absolut definition av adekvat kostnadseffektivitet.² I beräkningarna använder man sig ofta av måttet kostnad/kvalitetsjusterat levnadsår (QALY), men vilket värde som är (för) dyrt eller

² Endast om kostnadseffektivitetens beräkning ger ett negativt värde – vilket ska tolkas som att man har intäkter istället för kostnader för en viss insats – är det entydigt positivt. För att kostnad/QALY ska bli negativ måste antingen täljare eller nämnare vara negativ. En negativ kostnad skulle innebära att kostnaden för ett läkemedel understiger dess positiva effekter. Det är teoretiskt möjligt. Alternativet är svårare. Ett negativt QALY-värde skulle betyda att tillståndet är ”värre än att vara död”.

billigt bestäms inte av den ekonomiska analysmetoden. Däremot går det att göra en relativ ranking av olika insatser, där en lägre kostnad/QALY är bättre än ett högre värde. Beslutsfattande instanser kan också etablera en praxis för vad som anses vara dyrt eller billigt (se t.ex. Svensson, Nilsson & Arnberg, 2015).

Budgetkronan: En något stel typ med organisationen i blickfånget

	Tidshorisont	Organisationsgränser	Indirekta effekter	Beslutsregel
Budgetkronan	Ej flexibelt, vanligtvis verksamhetsåret eller kortare	Avgörande	Beaktas ej	Ej minusresultat

Budgeten är kanske det mest igenkända och vanligt förekommande ekonomiska analysverktyget. Budgetar förekommer i snart sagt varje privat och offentlig organisation, och ofta även på flera olika nivåer i en organisation. Detta verktyg används, mer eller mindre uttalat, för två huvudsakliga aktiviteter: planering och uppföljning av organisationens verksamhet. I det senare ingår även ansvarsutkrävande gentemot framför allt chefer på olika nivåer.

Ett antal egenskaper gör att budgeten är ett lämpligt verktyg för att planera och utvärdera resurshushållning inom organisationer. För det första är budgetkronan anpassad till att strikt följa organisationsgränser. Ett bidragande skäl till detta är att budgetkronan begränsar sig till att värdera direkt finansiell prestation och resursförbrukning. Endast sådana resurser som kan uttryckas i finansiella termer, i form av intäkter eller kostnader, kan beaktas. De finns även en mängd lagar och regler som bestämmer hur organisationers finansiella rapportering ska utformas. Det går alltså inte för organisationen själv att fritt bestämma vad som ska räknas som en intäkt eller en kostnad, eller när någonting är en tillgång med ett visst ekonomiskt värde. Regleringen av budgetkronan inbegriper även dess tidshorisont.

Av skatteskal måste de flesta organisationer rapportera sin finansiella prestation per verksamhetsår om 12 månader.

Sammantaget är budgetkronan alltså relativt sett mindre flexibel och mer standardiserad än den tidigare beskrivna samhällskronan, samt organisationsfokuserad. Budgetkronan är därmed ett verktyg som är lämpat för att styra verksamhetsnära prioriteringar, utifrån de ekonomiska flöden och finansiella resurser som en specifik organisation förfogar över. Budgetkronan har ingen inbyggd beslutsregel, men vedertagen praxis är att det inte ska vara minus i budgeten. Detta tydliga kriterium för ett gott utfall – att hålla budgeten – har gjort att budgetkronan blivit ett av de vanligaste verktygen som används för att ställa beslutsfattare och verksamhetschefer till svars för vad just deras organisation åstadkommit.³

Marknadskronan: En fokuserad typ inriktad på att säkra avkastning på finansiella resurser

	Tidshorisont	Organisationsgränser	Indirekta effekter	Beslutsregel
Marknadskronan	Flexibelt, ofta kortsiktigt	Avgörande	Beaktas ej	Riskjusterad avkastning (teoretiskt) Maximering (de facto)

Marknadskronan är utformad för att bedöma vilken av olika satsningar som ger bäst finansiell avkastning. I en marknadsekonomi är marknadskronan av stor betydelse, eftersom den är med och skapar

³ Det ställs särskilda krav på hur offentliga organisationers budgetar ska se ut. Kommunallagen (2017:725) innehåller ett budgetbalanskrav som kringsskrär möjligheten att driva verksamheten med underskott. Balanskravet innebär att kommuner och landsting skall upprätta en budget för varje kalenderår (budgetår) så att intäkterna överskrider kostnaderna. Om de redovisade kostnaderna överstiger intäkterna ett räkenskapsår ska det negativa resultatet och det egna kapitalet återställas inom tre år. För staten finns i sin tur det finanspolitiska ramverket som utvecklades efter 1990-talets finanskris med en rad åtgärder, inklusive det ännu gällande, men nyligen uppdaterade, överskottsmålet (Finansutskottets betänkande 2016/17:FiU20; SOU 2016:6).

en måttstock för att bedöma huruvida ett investeringsalternativ ger tillräckligt bra ersättning för den risk som tas genom att satsa resurser. Marknadskronan kan också användas för att jämföra mellan olika investeringsalternativ, för att se vilket som kan tänkas ge bäst avkastning.

I likhet med samhällskronan så har marknadskronan ett flexibelt synsätt på tid. Det går att räkna på händelseförlopp som sträcker sig över många år. Men det är också möjligt att räkna på marknadskronan på mycket kort sikt, i princip i realtid.⁴ Samtidigt har marknadskronan, liksom budgetkronan, ett tydligt fokus på de direkta finansiella flöden som är kopplade till en viss organisation. Men medan budgetkronan fokuserar på organisationsenheten så är marknadskronan huvudsakligen inriktad mot kapitalägarens resurshushållning.

Finansieringen av innovationer inom hälso- och sjukvården är ofta avhängig att någon kapitalägare, till exempel aktieägare i ett läkemedelsföretag, är villig att ta risker med sina pengar, i utbyte mot en framtida avkastning. Att marknadskronan räknas hem är exempelvis av stor betydelse för majoriteten av svenska medborgare, vars framtida pension beror på avkastningen på deras pensionsavsättningar.

Marknadskronan har tydliga inbyggda föreställningar om vad som är ett gott utfall. En teoretisk idé är att avkastningen på en investering ska ge tillräcklig ersättning för den risk som investeringen utgör. Enligt denna beslutsregel ska kapitalägare, över tid, aldrig få mer än den riskjusterade avkastningen. I praktiken har dock maximering av avkastning vuxit fram som en *de facto* beslutsregel, något som varit föremål för återkommande kritik från bland annat regelsättare, forskare och media.⁵

⁴ Exempelvis går det att beräkna kapitalmarknadens förväntade totala avkastning (räntabilitet på eget kapital) för ett noterat bolag genom att ställa det aktuella marknadsvärdet (av eget kapital) i relation till årets förväntade resultat.

⁵ Se t ex Lazonick, William och Mary O'Sullivan. 2000. Maximizing shareholder value: A new ideology for corporate governance. *Economy and Society*, 29(1), 13-35.

Faror med att blanda ihop olika kronor

Gemensamt för olika resurser som t ex läkemedel, professionell kompetens, IT-system, byggnader och mycket mer är att vi använder dem för att skapa värde. Detta värdeskapande kan ske på olika platser i och utanför hälso- och sjukvårdssystemet. Det skapade värdet kan också realiseras över olika tidsperioder, från omedelbart till över mycket lång tid. Därtill kan det finnas olika dimensioner i vad som betraktas som värdefullt, t ex medicinsk kvalitet och patientupplevt bemötande. Samtliga av dessa aspekter kan på olika sätt beskrivas i pengar. Därmed krävs en medvetenhet om vad de kronor vi räknar borde representera, och vad de faktiskt kan sägas representera. Annars finns en risk att beslut blir ensidiga, och att det uppstår brister i ansvarsutkrävande. Att ”pengafrågan” blivit föremål för sådan utbredd och polariserad kritik tolkar vi delvis som ett uttryck för att olika kronor blandas utan närmare hänsyn till deras olikheter.

När tiden tappas bort kan det gå antingen för långsamt och eller fort och fel

Ett första problem med att blanda kronor är att tidsperspektivet osynliggörs. Olika ekonomiska analyser värderar tid på skilda sätt. När budgetkronan och marknadskronans korta tidshorisont ställs mot samhällskronans potentiellt mycket längre tidsperspektiv finns risken att det uppstår tröghet i hur beslut fattas och genomförs. Ett välkänt område där sådan tröghet uppstår är vid införandet av innovationer. Ekonomisk osäkerhet vid framtagande av innovationer är ett generellt problem, särskilt i tidiga faser av utvecklingsarbete. De ekonomiska resurser som krävs under utvecklingsarbetet skapar ett tryck på att få avkastning på denna satsning genom ett snabbt införande (marknadskronan). Samtidigt kan de relativt snabba omställningar som innovationer ger upphov till skapa svårigheter i att hantera kortsiktiga förändringar i exempelvis kostnader (budgetkronan). Inom vården uppstår ytterligare osäkerhet i införandefasen, då användning av nya lösningar ofta missgynnas på

grund av osäkerhet gällande medicinsk effekt, patientsäkerhet och andra – ur ett finansiellt perspektiv – indirekta konsekvenser av klinisk användning (sambandskronan) (läs mer om dessa problem i Krohwinkel, Rognes och Winberg, 2017).

När resursanvändningen över tid inte analyseras på ett systematiskt sätt riskerar det även att uppstå tröghet i att fasa ut arbetsmetoder eller behandlingsformer vars direkta och indirekta effekter är otillräckliga jämfört med tillgängliga alternativ. Nedprioriteringen av utgifter för preventionsinsatser eller botande behandling i nutid, vilka på sikt bidrar till att framtida ohälsa minskar eller undviks, är ett uttryck för detta problem (se Exempel 1).

Ett något mindre uppmärksammat problem, åtminstone i den offentliga debatten, är att det också kan bli 'fort och fel' i vissa beslut. Exempelvis kan resurser satsas i slutet av verksamhetsåret för att utnyttja ett 'budgetutrymme' innan periodens slut (s.k. utbetalningstryck). Den utbredda användningen av kortsiktiga projekt, med tillhörande finansiering, för att hantera mergrundläggande strukturproblem skulle också kunna tolkas som en olycklig effekt av ett mindre utvecklat tidsperspektiv.

Om organisationsgränser inte hanteras hamnar saker mellan stolarna

Ett andra problem med att utskiljningslöst blanda kronor från olika ekonomiska analyser är att organisationsgränser inte beaktas på ett systematiskt sätt. Därmed riskerar det att uppstå glapp mellan vad olika parter fattar beslut om, och satsar resurser på. Det är exempelvis ett välkänt problem att patienter med komplexa och sammansatta behov kan 'falla mellan stolarna' då olika vårdgivare fokuserar på sina avgränsade uppdrag. Preventionsarbete, hanteringen av kroniska medicinska tillstånd, och äldre personers sammansatta behov av vård och omsorg, är områden där samverkansproblem många gånger har identifierats. Även behandlingen av allvarliga sjukdomar med potentiellt snabb negativ progression, exempelvis cancer, kan ge upphov till samordningsproblem mellan diagnostisering och behandling.

Att ingen tar ansvar för den så kallade helheten, trots en bred förståelse för värdet av samordning, kan delvis härledas till krocken mellan samhällsekonomiska analyser och styrning som bygger på budgetkronan. Exempelvis utformas ersättnings- och uppföljningssystem vanligen med utgångspunkt från den så kallade påverkansprincipen, som innebär att ansvar bara ska utkrävas för handlingar och resultat som den verksamhet som styrs själv har full kontroll över. Genom att praktisera påverkansprincipen och exempelvis ge enhetsspecifika ersättningar, ökar fragmentiseringen mellan verksamheter, eftersom uppmärksamheten riktas mot resursoptimering hos individuella vårdgivare på kort sikt, snarare än resultatet av den sammantagna vårdprocessen (se Exempel 2).

EXEMPEL 1

När kronor krockar: "En flerårig behandling är inget budgetproblem, men en 12-veckors kan bli det"

Det finns många exempel som synliggör vilka problem som kan uppstå när olika kronors tidshorisont krockar med varandra. Ett i närtid aktuellt exempel som påtalades i fokusgruppens samtal var läkemedelsbehandling för att bota patienter med kronisk hepatit, orsakad av Hepatit C-virus.

Hepatit C är en virusorsakad leverinflammation, som ofta övergår i en kronisk infektion med ökad risk för allvarliga långtidskomplikationer.⁶ Kronisk hepatit ger således upphov till en rad direkta och indirekta konsekvenser i form av bl. a. ökade vårdkostnader, samt minskad livskvalitet och ökad risk för förtida dödlighet.

Under senare år har nya läkemedel godkänts som kan bota Hepatit C-infektionen.⁷ Användningen av dessa läkemedel uppmärksammades

⁶ Omkring 75 % av de som smittas med Hepatit C-virus utvecklar en kronisk infektion med hepatit. Även om den har en långsam progress, bedöms närmare 20 % av de med kronisk hepatit utveckla levercirros inom 20 år från smittotillfället, vilket ger en påtaglig risk för allvarliga komplikationer som leversvikt och levercancer (RAV, 2017, s. 1).

⁷ <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2014/11/Genombrott-for-behandling-av-kronisk-hepatit-C-virusinfektion/>

tidigt för att direkt påverka budgetkronan, genom ökade läkemedelskostnader.⁸ En särskild satsning inom ramen för det statliga bidraget till läkemedelsförmånen var ett försök att påskynda införandet,⁹ då detta bedömdes ha positiva effekter räknat i samhällskronor. Emellertid begränsades den rekommenderade användningen till de svårast sjuka patienterna. Det ursprungliga motståndet mot en bredare användning av läkemedel för att bota Hepatit C kan kontrasteras mot långvarig läkemedelsbehandling av andra kroniska sjukdomar, exempelvis reumatologiska sjukdomar. Dyliga behandlingar kan över tid medföra stora kostnader per patient, men den direkta påverkan på budgetkronan blir mindre och mer förutsägbar för varje år.

Efter att fokusgruppen avslutade sitt arbete under våren 2017 kom NT-rådet i december samma år med nya rekommendationer kring behandling av kronisk hepatit. Här framhålls att det finns mycket god vetenskaplig evidens för en mycket stor effekt av läkemedelsanvändning (samhällskronan). Parallellt med rekommendationerna har nya avtal utarbetats med vissa läkemedelsföretag som skapat en "definierad maximal behandlingskostnad per patient".¹⁰ Detta kan tolkas som ett försök att både minska storleken och öka förutsägbarheten i effekten på budgetkronan. Särskilt när det gäller en botande behandling ligger det väl i linje med marknadskronans värdering av tidigare intäkter att läkemedelsföretag kan vara villiga att förhandla om priset per patient, för att ökad förskrivningsvolymen.

8 <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/03/Hepatit-C-lakemedel-bakom-hojda-lakemedelskostnader/>

9 <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/03/Statliga-pengar-viks-for-hepatit-C-lakemedel/>

10 http://www.janusinfo.se/Documents/Nationellt_inforande_av_nya_lakemedel/Hepatit-C-171215.pdf



EXEMPEL 2

När kronor krockar: "Ingen räknar på helheten"

Även när försök görs för att förändra hur ekonomiska resurser utvärderas och fördelas kan svårigheter uppstå. Detta framträder exempelvis i en tidigare studie av avtalet om Zytiga, ett prostatacancerläkemedel för vilket det infördes ett så kallat riskdelningsavtal baserat på kliniskt utfall.¹¹ Enligt avtalet skulle en del av kostnaden för läkemedlet återbetalas för de patienter som efter 12 veckor inte uppvisat en klar medicinsk förbättring. Denna modell byggde på att varje landsting och dess kliniker följde upp resultatet av att sätta in Zytiga för varje enskild patient. Detta resultat rapporterades tillbaka till Janssen Cilag AB för eventuell återbetalning i de fall som Zytiga inte gett resultat. Implementeringen av riskdelningsavtalet stötte emellertid på ett antal utmaningar kopplade till utformningen och användningen av ekonomiska styrverktyg.

Flertalet av de av verksamhetsföreträdare beskrivna hindren hör samman med en ensidig och omfattande användning av budgetkronan. Exempelvis framkom det att beställarnas budgetprocess var dåligt anpassad till riskdelningsmodeller, eftersom denna vanligen sköts årsvis och kräver en viss prognostisering av läkemedelskostnader. Riskdelning försvårar budgetering enligt ordinarie metod och process då det inte finns en på förhand given läkemedelskostnad på landstings- eller klinisknivå, eller ens en slutlig kostnad vid slutet av budgetperioden. Dessa problem bottnar i budgetkronans tidshorisont. Även budgetkronans inbyggda syn på organisationsgränser och olika kostnadsposter bidrog till att underminera riskdelningsavtalet. På klinisknivå var budgetposterna för läkemedel och andra resurser såsom personal uppdelade, vilket medförde att en ökning av resursåtgången för administrativt arbete, till exempel för uppföljning av utfallet av Zytiga, inte kunde vägas in i budgeteringen av läkemedlet. Bristen på helhetsgrepp skapade hinder för att på ett bättre sätt samordna resurser med behandlingar, samt

för att kunna se huruvida ett införande gav ett positivt utfall på det stora hela, inte bara inom ramarna för en specifik budget (till exempel läkemedelsbudgeten).

Exemplet med Zytiga är av mer allmängiltigt intresse eftersom produkten bedömdes ha en otillfredsställande kostnadseffektivitet (sambandskronan), först av TLV och sedan även av dåvarande NLT-rådet. Läkemedlet blev ändå rekommenderat baserat på det förhandlade riskdelningsavtalet. Sammantaget framträder ett behov av att verksamhetsstyrningen på ett bättre sätt speglar bärande antaganden i sambandskronan, där resurshushållning mer flexibelt betraktas över organisationsgränser och över tid.

EXEMPEL 3

Fler exempel på när kronor krockar

Det finns många exempel på problem som uppstår när budgetkronan, sambandskronan och marknadskronan sammanblandas. Några sådana går att läsa mer om i följande rapporter från Leading Health Care:

- Preventionsarbete, exemplet rökavvänjning: Nilsson, Maria, Linus Johansson Krafve och Claes-Fredrik Helgesson. 2012. Vem vill ha rökavvänjning? Att styra motivationen eller låta motivationen styra. Leading Health Care Report 2012:3.
- Förändring i var läkemedelsanvändningen sker, exemplet Humira: Författare: Rognes, Jon, Anna Krohwinkel och Peter Markowski. 2015. Drivkrafter och hinder vid läkemedelsbehandling i hemmet istället för på mottagning: Analys av fallet Humira. Leading Health Care Report 2015:3.
- Förändring i vårdnivå från akutvård till specialiserad närvård, exemplet KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom): Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij. 2010. Hälsa per krona. Leading Health Care Report 2010:1.

¹¹ Rognes, Jon, Anna Krohwinkel och Peter Markowski. 2015. Ersättning baserat på utfall – en modell för riskdelning. Analys av mottaglighet och hinder vid införandet av utfallsbaserad ersättning för läkemedlet Zytiga. Leading Health Care Report 2:2015.

Möjligheter med att få kronor att mötas

Värdera tid med pengar

En mer systematisk hantering av olika ekonomiska analyser kan borga för en mer explicit värdering av tidsdimensionen vid införande och utfasning av läkemedel. Många upplever att det idag finns trögheter i båda dessa processer. Sådana trögheter är negativa för marknadskronan och samhällskronan, eftersom dessa uttrycklingen värderar pengar i relation till tid. Däremot kan tröghet vid införande av läkemedel exempelvis vara positivt ur budgetkronans mer kortsiktiga perspektiv. Dock är principen om att säkra rätt patienters snabba tillgänglighet till verksamma produkter och tjänster ett värde som alla verksamma i hälso- och sjukvården vill värna. Därmed förefaller det finnas möjligheter att skapa en större samsyn kring hur tid kan värderas, genom en samordning av olika ekonomiska analysmetoder.

Ett verktyg för att synliggöra tid är att påvisa alternativkostnaden av att vänta och se, med hjälp av de tre kronorna (budgetkronan, samhällskronan och marknadskronan). Detta kan avhjälpa den så kallade 'steady-state'-problematik som uppmärksammats vid införande av innovationer (Christensen, Kaufman och Shih, 2008). Denna problematik bottenar i ett ensidigt fokus på att utvärdera resursanvändningen kopplad till det nya alternativet, då det antas att verksamhetens nuvarande utformning kan fortsätta oförändrad utan negativa konsekvenser. När de resurser som används i den befintliga verksamheten osynliggörs, framstår den nya arbetsmetoden eller behandlingsformen ofta som mindre fördelaktig. Att utvärdera konsekvenserna av att *inte* införa eller fasa ut en behandlingsmetod, gör att det ställs mer likartade krav på det befintliga och det nya handlingsalternativet. En sådan analys kan även tydliggöra var det kan behövas omfördelning och eventuellt omprioritering av resurser såväl mellan, som inom organisationer.

Analysen av alternativkostnader kan vara relevant att göra såväl på nationell och regional nivå, som på lokal organisationsnivå. En sådan analys kan vidareutveckla värderingen av tid inom ramen för processer för så kallat ordnat införande. Ordnat införande är idag en

nationell process som syftar till att synliggöra och samordna landstingens arbete med att införa nya läkemedel i vården. Att öka kapaciteten för sådana utvärderingar kan eventuellt påskynda enskilda processer. En mer genomgripande förändring vore att vidareutveckla enskilda landstings och organisationers kapacitet att förutse hur nya arbetsmetoder och behandlingsformer kan få kort- och långsiktiga effekter på budgetkronan och samhällskronan. Idén med ordnat införande skulle också kunna vidgas på nationell nivå till att än mer synliggöra konsekvenserna av läkemedelsinförande bortom hälso- och sjukvården, exempelvis för svensk forskning och export. Detta skulle vara i linje med den Nationella läkemedelsstrategins ambition att säkra tillgänglig och långsiktig hållbar läkemedelsförsörjning.

Synliggör verksamhetsberoenden i tid och rum

Det är välkänt att ekonomi- och verksamhetsstyrning ofta osynliggör verksamhetsberoenden, och därmed kan försvåra samverkan i löpande verksamheter såväl som utvecklingsarbete som involverar flera organisatoriska enheter. Att synliggöra verksamhetsberoenden är därmed en annan metod att försöka bryta särskilt budgetkronans och marknadskronans avgränsade perspektiv. Här pågår det olika försöksverksamheter inom läkemedelsområdet. Hittills finns det sämre erfarenheter av riskdelningsavtal på landstingsnivå (se Exempel 2). Ett nytt förslag på antibiotikaområdet är att skapa ett gemensamt nationellt system, där staten och landstingen samarbetar (se Exempel 4).

När det gäller utrymmet för innovation är det också värt att notera att alltför detaljerade ersättningssystem, exempelvis där betalning utgår per fördefinierad åtgärd, kan begränsa den flexibilitet som behövs för att testa nya produkter och metoder i praktiken. Exempel på hur ersättningen kan göras mer generell är t.ex. en ökad användning av anslagsfinansiering, ersättning för en individs samlade vårdbehov, eller ersättning som ges utifrån aggregerade resultat för en viss patientpopulation. Gemensamt för dessa ersättningsformer är att de ger större frihet i utförandet och utrymme för

variation i arbetssätt inom och mellan verksamheter. Olika typer av innovationsfonder eller innovationsupphandlingar som ger ökat utrymme för experimenterande kan också ingå. Temporära finansieringsformer för specifika ändamål (projekt eller andra tidsbundna avtal) används ofta för att skarva mellan budgetstyrningens resultatenheter och årscykler i relation till innovationers bredare fokus och/eller längre tidshorisont. Samtidigt bör noteras att projekt sällan är en långsiktig lösning för att öka motagligheten för innovationer i vårdens vardagsarbete, speciellt om den ordinarie ekonomistyrningen är detaljerad och/eller fragmenterad.¹²

¹² För en detaljerad genomgång av för- och nackdelarna med alternativa ersättningsformer i relation till samverkan respektive innovation, se LHC-rapporterna *Ekonomi på tvären* (LHC 2014:1) och *Ekonomi för framtiden* (LHC 2017:2).

EXEMPEL 4

Att få kronor att mötas: Främjande insatser på antibiotikaområdet

På antibiotikaområdet har det sedan en tid rått allt större samförstånd på såväl nationell som internationell policynivå om behovet av att skapa bättre incitament för utveckling av nya terapier, samt effektiv användning av såväl gamla som nya antibiotika. En återkommande analys är att det under längre tid funnits ett överdrivet kostnadsfokus (budgetkronan), vilket tagit sitt uttryck i en restriktiv hållning mot användningen av nya och dyrare antibiotika. Denna ovilja att använda och betala för nya antibiotika har minskat intresset från industrin att investera i att ta fram nya produkter (marknadskronan) och skapat negativa samhällliga kostnader då behov av nya behandlingsalternativ föreligger (samhällskronan). Insatser görs nu för att häva den negativa spiralen som uppstått i mötet mellan olika kronor. Några förslag som uppmärksammats i ett svenskt sammanhang gäller utformningen av ersättningssystemet. Inom ramen för den Nationella läkemedelsstrategin föreslår Folkhälsomyndigheten och TLV i en rapport från 1 december 2017 att en 'abonnemangsmo- dell' för nya antibiotika med marknads- skydd ska pilottestas (Folkhälsomyndigheten och TLV, 2017). Denna ersättningsmodell innebär att företaget garanteras en viss intäkt i utbyte mot att de håller en viss volym av produkten tillgänglig, samt ersätts för användning. Dock ska en efterhandsjustering göras av mellanskillnaden mellan den garanterade ersättningen och företagets faktiska intäkter från användning varje år. Till skillnad från riskdelningsmodellen (som beskrivs i Exempel 2), skulle det medföra mindre osäkerhet kring vilken kostnad respektive intäkt som kommer uppstå för köpare respektive säljare av läkemedlet. Genom att på förhand bestämma ersättnings- nivåer för tillhandahållande, spelar produktens faktiska användning en relativt mindre avgörande roll för ersättningsnivån. En ökad förutsägbarhet skulle vara fördelaktig ur budgetkronans perspektiv. Därmed skulle vinster i tid kunna göras, vilket är till gagn för samhälls- kronan och marknadskronan.



Ordning på kronorna

Hälsa- och sjukvården i allmänhet, och läkemedelsområdet i synnerhet, kommer även fortsättningsvis att vara föremål för olika ekonomiska analyser. Därmed är det viktigt att veta vad för krona man har att göra med. Denna rapport visar att ekonomiska analysverktyg kan sorteras utifrån fyra dimensioner:

- tidshorisont
- organisationsgränser
- indirekta effekter
- inbyggda beslutsregler

Samhällskronan, budgetkronan och marknadskronan skiljer sig åt i relation till dessa dimensioner. Därmed får de olika karaktär, vilket påverkar hur de lämpligen kan användas:

Samhällskronan är mycket flexibel och har förmågan att fånga långa tidsförlopp och konsekvenser som sträcker sig vida bortom den enskilda organisationens gränser. Denna flexibilitet gör samhällskronan relativt abstrakt; den kan avbilda många olika saker. Samtidigt medför flexibiliteten att detta ekonomiska analysverktyg kan användas för att jämföra vitt skilda handlingsalternativ, och samordna valet av handlingsalternativ *mellan* organisationer. Samhällskronan kan vara ett verktyg för att ranka alternativ för att hitta det bästa, men kan också tjäna till att identifiera vilka alternativ som är tillräckligt bra. Emellertid är samhällskronan sämre anpassad för att avgöra vilka konsekvenser som ett beslut kan få för den enskilda organisationen. Därmed är det svårt att använda samhällskronan för att bestämma vad en verksamhet ska göra och utvärdera utfallet av detta beslut.

Budgetkronan är det ekonomiska analysverktyg som de allra flesta verksamhetsföreträdare använder och utvärderas på. Det är den minst abstrakta kronan, som tydligt går att koppla till de resurser som en organisation förfogar över. Budgetkronan uppmuntrar till ett kortsiktigt beaktande av finansiella konsekvenser för den egna organisationen.

Den är tänkt att användas för att utkräva ansvar. Budgetkronan är inflexibel, och bidrar till trögrörlighet när ett beslut kan medföra ökade kostnader på kort sikt. Därmed är budgetkronan sämre lämpad för att utvärdera och införa innovationer.

Marknadskronan förenar budgetkronans ensidiga finansiella fokus och avgränsade organisationsperspektiv med samhällskronans långa tidshorisont. Liksom samhällskronan kan marknadskronan tjäna som verktyg för att jämföra handlingsalternativ. Då marknadskronan har en tydligt inbyggd beslutsregel är den användbar och förutsägbar för enskilda organisationers beslut. Däremot skapar den inflexibilitet i mötet med andra organisationer; ömsesidiga verksamhetsberoenden och indirekta effekter avbildas inte av marknadskronan.

De tre kronornas olika karaktär medför att det lätt kan uppstå konflikter dem emellan. För att undvika sådana konflikter kan det verka tilltalande med strikta beslutsregler. Vid första anblick förefaller det enklare att avgöra prioriteringen av nationella, regionala och lokala resurser utifrån en fast kostnad per QALY (samhällskronan) eller en läkemedelskostnadsbudget (budgetkronan) eller ett avkastningskrav (marknadskronan). Problemet är dock att samtliga kronor beräknas och analyseras av olika aktörer, som var och en har beslutsmakt och handlingsutrymme. Därmed finns inga förutsättningar för *ett* system som på förhand jämkar samman och balanserar alla kronor. Det ligger därmed i olika aktörers intresse att explicit förhålla sig till dessa olika ekonomiska analysmetoders dimensioner och utbredning.

Hur kan man ”hålla koll på kronorna”? Nedan beskrivs ett tvådelat analyschema som med utgångspunkt från de fyra dimensionerna synliggör dels frågeställningens karaktär, och dels de deltagande aktörernas beslutsregler.

Del 1: Vad kännetecknar frågeställningen?

Att förstå hur den specifika frågeställningen faller i relation till 1) tid, 2) organisationsgränser och 3) indirekta effekter kan ge en vägledning kring vilka ekonomiska analysmetoder som kan vara lämpliga, och vilka krockar mellan beslutsregler, som kan uppstå:

1. Tid

- Kort eller lång tidshorisont för konsekvenserna av agerande?
- Tidspress för beslut: ja eller nej?

2. Organisationsgränser

- Konsekvenser avgränsat till en organisation eller spänner över organisationsgränser?
- Beslutsmakt avgränsat till en organisation eller flera?

3. Indirekta effekter

- Stora eller små indirekta effekter?
- Positiva eller negativa indirekta *och direkta* effekter?
- Jämn eller ojämn fördelning av direkta respektive indirekta effekter?
- Jämn eller ojämn fördelning av positiva respektive negativa indirekta effekter?

Del 2: Vem sitter med vilken krona?

Eftersom olika ekonomiska analysmetoder även skiljer sig i termer av inbyggda beslutsregler, är det relevant att förstå vilka beslutsregler och grunder för ansvarsutkrävande som olika parter har att förhålla sig till.

När i beslutsprocessen förekommer en viss krona? Kronor som ska vara beslutsunderlag är särskilt intressanta att identifiera. Vad används kronan till? Kronor som används för att utvärdera enskilda medarbetare eller organisationer är av stor betydelse, eftersom dessa

kan förväntas styra beteende i högre utsträckning än analyserande beräkningar.

Tabellen nedan ger några exempel på ekonomiska analysverktyg som några centrala aktörer i hälso- och sjukvården använder sig av för att räkna på läkemedelsanvändning, samt i vilket syfte (analys eller utvärdering) som dessa verktyg används.

	Budgetkrona	Samhällskrona	Marknadskrona
Landstinget	Utvärdering i relation till budget (i förlängningen kopplat till kommunal-lagens balanskrav)	Analys av samhälls-ekonomiska effekter inom landstingets ansvarsområden	Kvalitativ analys av flerårigt investeringsbehov för att möta utvecklingstrender (befolkning osv.)
Kliniken	Utvärdering av ersättning och kostnader i relation till årlig budget	–	–
Läkemedelsbolaget (lokalt säljbolag)	Utvärdering av försäljning i relation till budget	Analys av betalningsvilja Analys av hälso-ekonomiska effekter inför ansökan om subvention	Analys av försäljning över produktlivscykel Utvärdering av kapitalavkastning på kapitalmarknaden
TLV	Analys av besparingar från minskade läkemedelskostnader (t.ex. av generikautbyte)	Analys av hälso-ekonomiska effekter	Kvalitativ analys av minskad (terapeutisk) konkurrens på prissättning av läkemedel
NT-rådet	Analys av periodiserade kostnader av läkemedelsanvändning	Analys av hälso-ekonomiska effekter	Kvalitativ analys av prioriterings- och investeringsbehov kopplat till horizon scanning

Mer hälsa per kronor

Hälso- och sjukvården utmärks av en mångfald av aktörer och intressen. Vissa parter kanske mer uppenbart känner ansvar eller påverkas av värderingar utifrån en viss typ av krona. Emellertid har alla parter att förhålla sig till samtliga tre kronor, i större eller mindre utsträckning, eftersom satsningar i hälso- och sjukvården inte kan göras ensidigt utan förutsätter samordnad handling. För att säkra kloka och långsiktigt hållbara satsningar som kommer patienter och medborgare till gagn måste alltså alla de tre kronorna 'räknas hem'. Denna rapport pekar på några övergripande sätt att göra detta:

- Synliggör och fokusera på hur tid och organisationsgränser värderas av olika ekonomiska analysverktyg.
- På sektorsnivå, undersök behovet av ändrade indelningar av tid och organisationsgränser, behovet av kompletterande ekonomiska analysverktyg och/eller gemensamma forum för att explicit värdera tid och organisationsgränser.
- Synliggör hur ekonomiska analysverktyg används för att analysera respektive utvärdera beslut och beteende.
- På organisationsnivå, undersök behovet av att förändra hur beslut och beteende värderas och utvärderas, t ex genom utformning av ersättningsystem, beslutsregler och former för ansvarsutkrävande.

Att påbörja arbetet att etablera mer utvecklade former för att explicitgöra och balansera de olika perspektiv som kommer till uttryck med de tre kronorna, torde vara av vikt för att hantera en framtid där nya behandlingsmöjligheter kommer att ställa höga krav på att utveckla inte bara hälso- och sjukvårdens praktik, utan även dess styrning.

Referenser

- Christensen, Clayton M., Stephen P. Kaufman och Willy C. Shih (2008). *Innovation killers: How Financial Tools Destroy Your Capacity to Do New Things*. Harvard Business Review, 86(1), 98–105.
- Fernler, Karin, Anna Krohwinkel, Jon Rognes och Hans Winberg. 2014. *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. Leading Health Care Report 2014:1.
- Folkhälsomyndigheten och TLV. 2017. *Tillgänglighet till antibiotika: Återrapportering av regeringsuppdrag*. Tillgänglig via: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/
- Hagbjer, Eva. 2012. *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre: En jämförelse av ersättningsystemens utformning*. Leading Health Care Report 2012:5.
- Kraus, Kalle och Johnny Lind. 2008. *Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara sågar ut bitarna?* Kapitel I: Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (reds). Detta borde vårddebatten handla om. Stockholm: EFI/IFL/LHC, s. 97–112.
- Krohwinkel, Anna, Jon Rognes och Hans Winberg. 2017. *Ekonomi för förändring: Ersättningsmodeller för innovation – en vägledning*. Leading Health Care Report 2017:2.
- RAV, Referensgruppen för Antiviral terapi. 2017. *Läkemedelsbehandling av hepatit C-virusinfektion hos vuxna och barn 2017 – Behandlingsrekommendation*. Tillgänglig via: <http://www.sls.se/rav/rekommendationer/hepatit-c-virus> [Senast nerladdad: 2018-01-09].
- Rognes, Jon, Anna Krohwinkel och Peter Markowski. 2015. *Ersättning baserat på utfall – en modell för riskdelning. Analys av mottaglighet och hinder vid införandet av utfallsbaserad ersättning för läkemedlet Zytiga*. Leading Health Care Report 2015:2.
- Svensson, Mikael, F. O. Nilsson och Karl Arnberg. 2015. *Reimbursement decisions for pharmaceuticals in Sweden: the impact of disease severity and cost effectiveness*. Pharmacoeconomics, 33(11), 1229–1236.

Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnersnätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på
www.leadinghealthcare.se



LEADINGHEALTHCARE.SE