

Vad är kostnadseffektivitet?

I Läkartidningen 13/98 anser Anders Anell [1] att det är rimligt att den som vill ha bättre men dyrare behandling skall betala mer. Vi skall tänka kostnadseffektivitet.

I det exempel som han har tagit från förslaget från HSU 2000 [2] framgår det att en dyrare behandling ger bättre resultat.

Det verkar som om både Anell och HSU 2000 glömmer minst en kostnad, kostnaden för sjukskrivningen i detta konstruerade exempel.

Jag har räknat sålunda: Medelinkomsten är 20 000 kr per månad, sjukpenning är 15 000 kr per månad.

Jag har förutsatt att de som blir fullt friska inom den i Anells exempel angivna tiden får sjukpenning hela sjukperioden, de som inte blir fullt friska får sjukpenning under två år.

I exempel A är behandlingskostnaden 30 000, sjukskrivning under ett år kostar 180 000, sjukskrivning under nästa år för de 60 procent som inte botas kostar i genomsnitt 108 000 eller en sjukskrivningskostnad på 288 000. Den totala behandlingskostnaden uppgår till 318 000.

I exempel B blir behandlingskostnaden 50 000, sjukskrivningskostnaden under ett år 80 000, sjukskrivning under nästa år för 40 procent 72 000 eller genomsnittlig sjukskrivningskostnad på 252 000. Den totala behandlingskostnaden uppgår till 302 000.

I exempel C blir behandlingskostnaden 75 000, sjukskrivningskostnaden

Tabell I. Tre behandlingar vid ont i ryggen – konstruerat exempel med sjukskrivningskostnader (kostnad kr i tusental).

Behandling	Behandlingskostnad	Sjukskrivningskostnad	Total kostnad	Effekt	Besparing
A	30	288	318	40 procent blir fullt friska inom ett år	0
B	50	252	302	60 procent blir fullt friska inom ett år	16
C	75	198	273	60 procent blir fullt friska inom 1/2 år	45

för de behandlade endast 90 000 under det första halvåret och resterande 40 procent kostar under 1,5 år 108 000, vilket ger en sjukskrivningskostnad på 198 000. Detta ger en total behandlingskostnad på 273 000 eller en besparing på 45 000 jämfört med exempel A.

Den »nya» principen att »den som väljer högre kostnader skall betala mellanskillnaden» skulle i detta fall innebära att den som väljer behandling A tvingas betala 45 000 kronor själv jämfört med om han hade valt alternativet C.

Det finns en faktor till som är ekonomiskt omätbar, patientens lidande.

Detta händer om vi inte tar hänsyn till de totala kostnaderna för sjukvården [3]. I totalkostnaden för sjukvård finns sjukvårdskostnader, läkemedelskostnader samt sjukpenningkostnader. Alla

dessas konton tillhör samma plånbok, vår gemensamma. Det är vi som gemensamt och solidariskt fyller plånboken via skatter och avgifter och ger innehåll till den som behöver vården. Det är också klart ojämnt att ta ut vårdavgifter [4].

Björn Hammar skjöld
barnläkare, Mora

Referenser

1. Anell A. Ökat patientinflytande förutsätter nya avgifter. Läkartidningen 1998; 95: 1375-8.
2. Behov och resurser i vården – en analys. Delbetänkande av HSU 2000. Stockholm: Fritzes förlag, SOU 1996: 16.
3. Hammar skjöld B. Läkarförbundets husläkarförslag når inte upp till sina syften. Läkartidningen 1991; 88: 1562-7.
4. Hammar skjöld B. Ta bort de orättfärdiga patientavgifterna. Läkartidningen 1997; 94: 4202-3.

Postprandiell hypoglykemi – ny indikation för akarbos?

Postprandiell hypoglykemi (reaktiv hypoglykemi, funktionell hypoglykemi) dvs för kraftigt insulinsvar efter en måltid är ett inte särskilt sällsynt tillstånd. Behandlingen går ut på att tätare lägga måltider samt att öka fiberinnehållet och undvika snabba kolhydrater i maten. Man vill alltså kapa blodsockertopparna och senarelägga absorptionen av kolhydrater. Detta överensstämmer ju helt med verkningsmekanismen för akarbos. Gerard och medarbetare beskrev 1984 en gynnsam effekt av en dos akarbos (100 mg) vid postprandiell hypoglykemi.

Jag har givit akarbos till tre kvinnor i 40-årsåldern som hade påtagliga hypoglykemiska symtom trots ovan rekommenderad matordning. Med Glucobay upptitrerat till 50 mg × 3 har alla blivit dramatiskt förbättrade. Nog borde väl Fass-indikationerna för akarbos kunna utökas?

Åke Swahn
överläkare,
Länssjukhuset Gävle–Sandviken

Referens

Gerard J, Luyckx AS, Lefèbvre PJ. Acarbose in reactive hypoglycemia: A double-blind study. Int J Clin Pharmacol 1984; 22: 25-31.

Replik

»Fass-indikationerna» är beroende av vilka indikationer som är godkända av Läkemedelsverket. Godkännande kan först ske efter en ansökan från läkemedelsföretaget och kan knappast utgå från tre välbehandlade patienter i Gävle.

Björn Beermann
professor,
Läkemedelsverket,
Uppsala