

Replik:

## Vi har inga motiv att driva kostnader vare sig uppåt eller nedåt

■ De synpunkter som framkom i det nämnda Letter to the editor [1] besvarades och invändningarna bemöttes av oss i ett publicerat svar [2] i samma nummer av Transfusion Medicine. Detta tycks ha gått både Olle Berséus och Olof Åkerblom förbi. För den intresserade framgår där att invändningarna inte var av den karaktären att våra beräkningar av samhällets kostnader för en blodtransfusion överskattades. Till exempel kan fördelningen av »overhead«-kostnader göras på olika sätt och ge skilda resultat för olika komponenter. Något facit finns dock inte. Olof Åkerbloms engagemang för att påvisa låga kostnader för framställning, kontroll och lagring av RBC är i detta perspektiv intressant och väcker frågor om motivet. Vi har dock inga motiv att driva kostnader vare sig uppåt eller nedåt.

**Uppgifter om priser för blodkomponenter** är för övrigt inte baserade på muntliga uppgifter utan en prislista från en svensk sjukvårdsregion – Region Skåne. De av Olof Åkerblom nämnda siffrorna för blodgruppering och screening samt insamling, förvaring och sjukhuskostnad kommer från den prislistan. Att använda sig av listpriser vid den här typen av uträkningar är en högst vanlig och accepterad metod.

Olof Åkerblom redovisar vidare ett räkneexempel baserat på listpriser från 1999 och finner att resultatet skiljer sig markant från vårt. Detta är inte förvä-

nande då vårt arbete bygger på siffror från 2003, vilket står i Metod och data-avsnittet. Självklart kan man inte förvänta sig att nå samma resultat om man jämför 1999 års priser med 2003 års priser.

Enhetspriser förändras över tiden – vilket även Amin och medarbetare konstaterar [3]. Amin och medarbetare finner att samhällskostnaden för en blodtransfusion har fördubblats sedan 1994/1995 i Kanada. Alternativkostnader är svåra att uppskatta. Vi har använt oss av humankapitalmetoden för att beräkna alternativkostnaden för blodgivare i vårt arbete, vilket är en vedertagen metod [4]. Vi håller fullständigt med Olof Åkerblom om att det vore önskvärt att ha svenska data även för biverkningar. Vi fann dessvärre inte någon sådan tillgänglig information.

**Att betrakta det publicerade arbetet** [5] som en partsinlaga till den pågående debatten om RBC kontra erythropoetin eftersom studien är finansierad av ett läkemedelsföretag tyder på en bristande förståelse för hur svenska myndigheter arbetar. I syfte att tillhandahålla en evidensbaserad sjukvård kräver myndigheter såsom Läkemedelsförmånsnämnden att företag förser dem med hälsoekonomisk information, vilken sedan ligger till grund för beslut om subvention osv. Mer information finns på Läke- medelsförmånsnämndens webbplats, <www.lfn.se>.

Många hälsoekonomiska studier är finansierade av läkemedelsföretag. De allra flesta randomiserade, kontrollerade prövningar som genomförs idag är också finansierade av företag. Att studier är företagsfinansierade betyder inte att objektiviteten i studierna behöver ifrågasättas.

**Anna H Glengård**  
fil dr, projektledare  
ag@ihe.se

**Ulf Persson**  
fil dr, projektledare;  
båda vid Institutet för hälso- och  
sjukvårdsekonomi (IHE), Lund

REFERENSER

- Jidell E, Norda R, Berséus O, Swärd-Nilsson AM. Regarding the article »Costs associated with blood transfusions in Sweden – The societal cost of autologous, allogenic and perioperative RBC transfusion« [letter to the editor]. *Transfus Med.* 2006;16:151-2.
- Glengård AH, Persson U, Söderman C. Reply to Jidell et al [letter to the editor]. *Transfus Med.* 2006;16:151-2.
- Amin M, Fergusson D, Wilson K, Tinmouth A, Aziz A, Coyle D, et al. The societal unit cost of allogenic red blood cells and red blood cell transfusion in Canada. *Transfusion.* 2004;44:1479-86.
- Lindgren B. Costs of illness in Sweden 1964–75. Lund: Lund Economic Studies, Lund University; 1981.
- Glengård AH, Persson U. En blodtransfusion i Sverige – så mycket kostar den samhället. *Läkartidningen.* 2006;103:2752-6.

## Nytt hopp för primärhälsovården

■ Margaret Chan, WHOs nytillträdde generaldirektör, betonade i sitt invigningstal till WHOs personal att primärhälsovården är grunden för WHOs arbete. I sitt tal sa hon att »sjukdomsspecifika initiativ har sin plats ... Men en primärhälsovårdsansats är nödvändig för att integrera olika aktiviteter bättre«.

Chan betonade i sitt tal att primärhälsovårdsstrategin står för värderingar



Dr Margaret Chan, WHOs nya generaldirektör.

Foto: WHO

som fokuserar på jämlikhet, att sjukvården ska vara tillgänglig för alla som behöver den, övergripande hälso- och sjukvård som alla har råd med, och hållbar utveckling. Hon betonade att dessa värderingar är nära knutna till fattigdomsbekämpningen, och att de är oundgängliga i arbetet för att nå FN:s millenniemål.

**Primärhälsovårdsstrategin** utvecklades av WHO och Unicef i samband med en gemensam konferens i Alma-Ata (nu Almaty) i Kazakstan i dåvarande Sovjetunionen 1978. Den har senare attackerats av bland andra Världsbanken, som

vill ha mer marknadsstyrda »reformer« i sjukvården, och av företrädare för s k vertikala program, som ägnar sig åt en enda sjukdom. Primärhälsovårdsstrategin är emellertid ett resultat av en mycket lång konsultationsprocess och väl förankrad inom WHO.

**Chans hela tal kan läsas** på <<http://www.who.int/dg/chan/speeches/2007/address.to.staff/en/index.html>>.

**Anders Jeppsson**  
läkare, chefsrådgivare,  
Ministry of Health, Dar-es-Salaam, Tanzania  
anders.jeppsson@med.lu.se