

Hälsoekonomi – en kostnads- effektiv veten- skap?

Per Carlsson, Claes Rehnberg, red. **Hälsoekonomiska perspektiv. Tolv forskare om utveckling, styrning och utvärdering av hälso- och sjukvården.** 279 sidor. Stockholm: SNS förlag, 1995. Pris ca 340 kr.

Recensent: chefsöverläkare Torkel Åberg, thoraxkliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå.

Hälsoekonomi är en ung vetenskap. Under hälsoekonomins första stadium var ämnet av intresse endast för ett fåtal forskare i världen. Under de senaste tjugo åren har emellertid hälsoekonomin kommit till mer praktisk användning och blivit ett kunskapsområde som påverkar utformningen av hälso- och sjukvården på ett mer eller mindre genomgripande sätt. Det finns nu företrädare för detta ämne vid många universitet, nationellt och internationellt.

Bengt Jönsson är en av pionjärerna i Sverige. Han har sysslat med hälsoekonomiska frågor, först i Lund, därefter drev han fram en verksamhet i Linköping, där han hade många doktorander. Han är nu professor vid Handelshögskolan i Stockholm.

I samband med Bengt Jönssons 50-årsdag har tolv av hans tidigare doktorander publicerat boken »Hälsoekonomiska perspektiv».

Det kan vara av intresse att granska den svenska sjukvårdsekonomin mot bakgrund av denna manifestation av det akademiska ämnet hälsoekonomi.

Redovisning eftersatt ämne

En av ekonomins grundpelare är att skaffa sig riktiga fakta. En av de äldsta delarna av ekonomi är bokföring/redovisning. Den svenska redovisningen av sjukvårdens ekonomi ligger internationellt sett på en relativt hög nivå, men absolut sett dock på en otillräcklig nivå. Genom våra redovisningssystem kan vi ännu inte utan riktade studier få fram fakta om olika delar av ekonomin. Till yttermera visso förändras landstingens/sjukhusens redovisningsprinciper snart

NYA BÖCKER



sagt varje år. Datateknologins utveckling har gjort det allt lättare att genomföra en god ekonomisk redovisning med möjlighet att analysera på flera plan.

Dessa möjligheter har dock enbart i liten utsträckning ännu tagits till vara av landstingsvärlden. Att utifrån officiella bokslut t ex få en uppfattning om olika klinikers relativa effektivitet är oftast omöjligt. Det blir också svårt eller omöjligt att utan speciell kunskap och studier kunna följa utvecklingen över tiden, även av den egna enheten. Denna grundläggande förutsättning för en god hälsoekonomisk forskning har det akademiska ämnet hälsoekonomi inte alls eller enbart i liten utsträckning sysslat med.

Egen teoribildning behövs

Inte heller har hälsoekonomi sysslat med rationaliseringsarbete eller de ekonomiska konsekvenserna av detta. En viktig del av hälsoekonomin utgörs av utvärderingar av medicinsk teknologi. I de flesta av dessa studier tas t ex ingen hänsyn till att kostnadsbilden är flexibel och kan påverkas. Även de medicinska resultaten kan utvecklas över tiden. En sänkning av kostnaden för en teknologi i moget, rutinmässigt stadium med 30 procent jämfört med kostnaden i avancerat utvärderingsstadium är inte ovanlig, vilket mycket väl kan förrycka slutresultatet av en kostnadseffektivitetskalkyl och föranleda helt andra slutsatser.

Inte heller har hälsoekonomin i någon större utsträckning sysslat med dess fynd skall användas till. Man framför

ibland att detta ligger utanför hälsoekonomins domäner, att det hör hemma inom det hälsopolitiska området. Jag skulle dock gärna se en teoribildning kring dessa frågor, så att de inte helt och hållet hänvisas till den intuitiva delen av vår tillvaro. Intuition är ändå i stor utsträckning ett resultat av våra medvetna och omedvetna värderingar och därigenom »sanningar» som skulle kunna uttryckas i ord.

Resultatet av en kostnadseffektivitetskalkyl är definitions- mässigt beroende av både kostnaderna och teknologins effekter på patientgruppen. Hur kostnaderna skall beräknas har blivit föremål för mycket sofistikerade beräkningar. Göran Karlsson framför i ett mycket tankvärt kapitel i boken att kostnaderna måste beräknas på ett standardiserat, allmänt vedertaget sätt för att olika teknologier skall kunna jämföras.

Dessutom inför han argumentet att betalnings sättet påverkar kostnaderna. Existerar skatter bör vissa kostnader korrigeras.

Göran Karlsson påpekar också att dessa kalkyler (kostnad-effekt och kostnad-nytta) är dåligt förankrade i normativ teori. I ett illustrativt exempel visar han att samma behandlingsalternativ (beräknade differenser mellan en behandling och ett relevant alternativ) kan ha drastiskt olika kostnad-nyttakvoter beroende på vilket synsätt man tillämpar och på patientgruppens förutsättningar. Han tar bl a upp patientgruppens förmåga att försörja sig själv och därigenom bidra till betalningen av behandling- en.

Detta grundläggande dilemma, att vissa faser i mänskligt liv är »närande» och vissa »tärande» och hur dessa fakta skall hanteras av hälsoekonomin, har tidigare vållat debatt mellan hälsoekonomer och läkare. En skola har accepterat fakta att mänskligt liv varierar och kommit fram till etiskt absurda konsekvenser. En annan skola har valt att blunda för fakta och därigenom avstått från ekonomiskt grundläggande fynd.

Detta dilemma är för mig ett av de tydligaste exemplen på att hälsoekonomin måste få en egen teoribildning, där behovet av egen framtida trygghet samt det allmänmänskliga behovet

att ta hand om varandra måste komma in.

Marknadsteorin inte alltid tillämpbar

Något som genomsyrar de flesta författarnas grundsyn som ekonomer är den allmänna marknadsteorin. Det finns många lätt förstäligena skäl till att marknadsteorin är olämplig att tillämpa på sjukvården. Man kan bara peka på sådana förhållanden som att patienten ofta inte kan informera sig om marknaden och att läkaren sitter på ett relativt kunskapsmonopol. Det finns t ex inga allmänt erkända och spridda kvalitetskriterier som patienten kan ta del av.

Oftast sker betalningen inte via patientens nuvarande ekonomi utan via försäkrings- eller beskattningssystem. Även om många hälsoekonomer inser, och också framför, att marknadsteorin inte alltid är tillämpbar inom offentlig sjukvård, så är det nog grundutbildningen som marknadsekonomin som särskiljer synen på hälso- och sjukvård mellan ekonomer och t ex läkare.

Sjukvårdens nästan totala okänslighet för »marknadskrafterna» visas även i USA, där områden med störst konsumtion av sjukvård också hade störst tillgång på sjukvård (många läkare) men också de högsta priserna. Områden med dålig kapacitet hade också låg konsumtion och låga priser per sjukvårdstjänst. Det är därför dags för hälsoekonomer att inse att de arbetar inom ett område som saknar en grundläggande teoribildning för de ekonomiska sambanden och att ett spännande fält ligger öppet för dem.

Ytterligare ett förhållande som relativt sällan tas upp av hälsoekonomer (och läkare) i utvärderingar av medicinsk teknologi är att en patientgrupp, hur väl definierad den än är, alltid är heterogen. Anta att i en första analys en viss behandling blir statistiskt signifikant och kvantitativt bättre än alternativet. Den ekonomiska kalkylen visar dock på alltför höga kostnader per vunnet resultat. I och med att patientgruppen alltid är heterogen borde åtgärden då vara att leta efter prediktiva faktorer som skulle kunna dela upp patienterna i tre grupper: de som inte får något medicinskt resultat av behandlingen, de där de medicinska resultaten för gruppen är tämligen likgiltiga och de som får avsevärda medicinska resultat av behandlingen.

En sådan resultatforskning skulle dels höja precisionen i det kliniska beslutsfattandet, dels bidra till att höja sjukvårdens kostnadseffektivitet och därmed bidra till att patienter slipper genomgå undersökningar eller behandlingar med negativ eller likgiltig effekt. En konsekvent sådan analys av kliniska material skulle avsevärt kunna bidra till sjukvårdens rationalisering.

Inga vetenskapliga utvärderingar

Ytterligare ett område som saknas inom hälsoekonomin är deltagandet i sjukvårdens rationaliseringsarbete. Under de senaste åren har svensk sjukvård på ett stort sätt sökt förändra sig, ibland med mycket goda resultat, ibland med resultat som man måste känna sorg över. Hälsoekonomin som vetenskap har, tycker jag, inte i tillräcklig omfattning engagerats i denna utveckling som utvärderare av olika slags rationaliseringsarbete. Per Carlsson och Clas Rehnberg är inne på det i sina bidrag.

Utvärderingar av olika former för sjukvårdens finansiering, organisation och styrformer har inte genomförts och redovisats på ett vetenskapligt acceptabelt sätt, vilket de bägge författarna djupt beklagar. Härigenom har Sverige faktiskt gått miste om mycket av den erfarenhet som gjorts på olika sjukhus och kliniker med nytänkande. Detta är inte enbart att skylla på hälsoekonomerna, som ju ändå är en begränsad skara. Ansvar för detta ligger också på huvudmannen som i sina kalkyler för ett förändringsprojekt alltid borde sätta av resurser för en slutgiltig utvärdering, om inte annat så för att förhindra att andra gör om samma misstag.

BNP i förhållande till vårdresurserna

Ett utomordentligt viktigt fynd som framhålls i ett kapitel av Ulf G Gerdtham är förhållandet mellan en nations BNP och dess allokering av resurser till hälso- och sjukvården. Det visar sig att detta förhållande dels inte är speciellt lineärt, dels är behäftat med en rad mätsvårigheter, vilka dock i huvudsak kan lösas. Det blir intressantare om man studerar förhållandet mellan bruttonationalprodukt per capita i olika länder. Eftersom BNP per capita oftast uttrycks i USA-dollar, blir inflytandet av växelkursen en allvarlig felkälla. År 1980 hade Sverige de högsta sjuk-

vårdskostnaderna per capita i världen, 1 423 dollar med 4:23 kronor per dollar. Om man i stället använt växelkursen efter den svenska devalveringen (med 7:30 kr per dollar) skulle sjukvårdskostnaderna bli 823 dollar per capita och hamna på nionde plats i rangordningen. Slutsatserna blir betydligt säkrare om man tar hänsyn också till den relativa köpkraften av olika valutor. Man har utvecklat köpkraftspariteter (KKP) för att eliminera växelkursförändringars betydelse samt skillnaderna i prisnivå mellan olika länder. Det visar sig att skillnaderna i sjukvårdskostnaderna mellan länder i så fall förklaras nästan helt av korregerad BNP per capita. I en regressionsanalys finner han att sambandet bäst förklaras av en logaritmisk funktion som får ett R²-värde på 0,93.

En ökning av BNP per capita med 1 procent ökar, har det visat sig, sjukvårdskostnaderna med 1,45 procent. Sveriges sjukvårdskostnader låg 1991 knappt 7 procent över det förväntade med hänsyn till BNP:s storlek, dock innanför det 95-procentiga konfidensintervallet.

Implikationerna av dessa fynd är synnerligen viktiga. Om det är en i det närmaste allmänmänsklig naturlag (R² = 0,93) att resursallokeringen till sjukvården är helt beroende av landets ekonomiska utvecklingsgrad och allmänhetens köpkraft, blir det nödvändigt för sjukvårdens talesmän och intressegrupper att i första hand skydda landets allmänna ekonomi, i andra hand att göra det bästa av existerande resurser oavsett t ex lokalpatriotiska hänsyn.

Fredrik Andersson har ett intressant kapitel om vad hälsoekonomiska utvärderingar kan användas till. Hans perspektiv är framför allt läkemedelsindustrins. Här har man kommit fram till att hälsoekonomiska beräkningar blir allt mer nödvändiga vid introduktionen av nya läkemedel och att flera länder har infört krav på deras existens vid registrering. Detta har medfört att ekonomiska överväganden och registreringar kommer till stånd redan tidigt i ett läkemedels tillkomsthistoria. För- och nackdelar med detta diskuteras. Håkan Brodin och Dick Jonsson, i var sitt kapitel om

handikapptechnologier och rehabilitering, är de som mest påtagligt tar upp även etiska och mer allmänmänskliga aspekter i utvärderingar av teknologier med »mjuka» slutmätpunkter.

En hjälpvetenskap

För mig är hälsoekonomi, kanske paradoxalt, en hjälpvetenskap från etisk synpunkt till medicinskt och organisatoriskt beslutfattande: Våra resurser är begränsade (numera funna vara en viss procent av köpkraften per capita). Inom dessa resurser skall vi maximera den nytta vi kan ge våra egna och andras patienter. Om vi genom medicinskt eller organisatoriskt felaktiga rutiner eller beslut förbrukar mer resurser än absolut nödvändigt, berövar vi andra individer möjligheten till profylax, diagnos eller behandling. Införandet av ny teknologi innebär alltid att annan teknologi med lägre kostnadseffektivitet måste rensas ut. Det är denna egenskap av hjälpvetenskap med tydliga etiska övertoner som gör hälsoekonomin så fascinerande. Det skulle vara uppfriskande om en hälsoekonom av facket kunde ge sig i kast med de etiska frågor som kommer i dagen så oerhört tydligt när man ser på medicinska problem med hälsoekonomins kalla och objektiva ögon. Lars-Åke Levin gör ett första försök till detta när han i sitt bidrag genomför en stringent analys av prioriteringsutredningen.

Det är därför nödvändigt att i medicinsk vardag ha ekonomiska samband klara för sig i bakhuvudet, framför allt för sjukvårdens ledare på alla nivåer. Detta inbegriper alla läkare, eftersom vi på ett mycket påtagligt sätt beslutar om sjukvårdens ekonomi och kostnadseffektivitet genom det sätt på vilket vi hanterar våra indikationer för olika åtgärder och genom det sätt vi väljer att arbeta och genomföra våra åtgärder på.

Stor potential till utveckling

Hälsoekonomin kan sägas ha trampat ur barnskorna nu. »Hälsoekonomiska perspektiv» är ett nog så påtagligt bevis på att det inom Sverige finns en intresserad aktivitet inom ämnet. Däremot ser man både i utformningen av forskningen och urvalet av forskningsområ-

den att det återstår en del innan hälsoekonomin nått full mognad. Det måste vara spännande att delta så påtagligt i ett akademiskt ämnes födelse och utveckling som många av författarna gör!

Boken då? Bengt Jönsson kan känna sig stolt över sina forna elever. Boken är mycket läsvärd. Korrekturläsningen är ibland under all kritik, men det hindrar inte att det finns mycket kunskap att ta till sig. Boken har därför något att ge till alla på ledarpositioner inom sjukvården liksom administratörer och sjukvårdspolitiker. Boken bör också ge de universitet som ännu inte har någon hälsoekonomisk verksamhet att allvarligt tänka över sin kontakt med nutiden. Hälsoekonomin har en stor utvecklingspotential och kan ännu mer än hittills bidra till att belysa sjukvårdens problem och behov av att med bibehållna medicinska resultat och obruten utvecklingsförmåga hålla med sina resurser. •

Läkartidningen väljer böcker och recenser

Läkartidningens bokredaktion får då och då in recensioner som kommit till genom att författare eller utgivande förlag, särskilt läkemedelsföretag, vidtalat en läkare att anmäla boken. Sådana recensioner tackar redaktionen nej till. Bokredaktionen väljer ut de böcker som skall anmälas och vidtalar skribenter.

Vi välkomnar tips om nya utländska böcker som är av stort värde för Läkartidningens läsekrets – men tag kontakt med bokredaktionen innan du skriver någon anmälan spontant! Risken för dubbelarbete är stor.

Med hänsyn till det begränsade utrymme som finns för bokanmälningar recenserar Läkartidningen normalt inte skrifter som har anknytning till marknadsföring av företag eller produkter. Om sådant material ger anledning till välgrundad kritik kan den framföras i tidningens debattspalter.