

Primärvård och hälsekonomi

Måns Rosén

Intresset för att utnyttja hälseekonomiska utvärderingar som ett underlag för prioriteringar i hälso- och sjukvården har ökat. Hittills publicerade studier har fokuserat sitt intresse på att utvärdera åtgärder som varit inriktade på att förlänga livet. Eftersom primärvårdens insatser oftast inte är inriktade på livräddande insatser utan på att förbättra livskvaliteten så finns det relativt få hälseekonomiska utvärderingar av primärvårdens insatser. De studier som genomförts pekar framför allt på att preventiva insatser är ett kostnadseffektivt sätt att utnyttja primärvårdens resurser. I denna artikel diskuteras såväl problem som möjligheter med att genomföra sådana analyser inom primärvården. Författaren anser att det behövs fler kontrollerade studier som belyser primärvårdens effekter på livskvalitet och välbefinnande. Annars kan det på sikt bli svårt för primärvården att motivera ökade resurser till sin verksamhet.

Måns Rosén är docent i hälso- och sjukvårdsforskning vid Karolinska institutet, institutionen för socialmedicin, Kronan, Sundbyberg.

Inledning

Den ekonomiska tillväxten har sjunkit samtidigt som möjligheterna att sätta in medicinska åtgärder ökat. Vidare har befolkningens krav på att få tillgång till resurserna ökat. Dessa förändringar i samhället har accentuerat problemen med att fördela begränsade resurser i hälso- och sjukvården. Teoretiskt borde då hälseekonomiska utvärderingar vara ett sätt att maximera effekterna inom en viss given resursram. Hälseekonomi och utvärdering av medicinsk metodik är i Sverige relativt nya ämnen som också rönt stort intresse under senare år. Etablerandet av Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik (SBU) och ett antal professurer i hälseekonomi är exempel på detta.

Tre huvudgrupper av hälseekonomiska analysme-

toder kan särskiljas: cost-benefit, cost-effectiveness och cost-utility analyser (1). I samtlig fall sätts kostnaderna i relation till nyttan, som dock uttrycks på olika sätt. Cost-benefit analyserar var den första typ av samhällsekonomiska kalkylmetoder som tillämpades och karaktäriseras av att såväl nytta som kostnader uttrycks i monetära termer. Om nyttan är större än kostnaderna så är åtgärden samhällsekonomiskt lönsam. Nyttan kan beräknas efter uppskattat produktionsbortfall ("human capital"-metoden) eller efter betalningsvilja ("willingness to pay"-metoden). Intresset för cost-benefit analyser, framför allt produktionsbortfallsmetoden, har bl a sjunkit p g a svårigheterna att översätta nyttan i pengar.

I cost-effectiveness och cost-utility analyser är effekterna inte uttryckta i monetära termer. I cost-effectiveness analyser uttrycks effekterna i ett effektmått, t ex räddade liv, minskad sjukskrivning eller vunna levnadsår. Många insatser i hälso- och sjukvården kan emellertid ge både förlängd överlevnad och ökad livskvalitet. I cost-utility analyser försöker man därför väga samman dessa effektmått i ett index, så kallade kvalitetsjusterade vunna levnadsår.

Syftet med denna artikel är dels att göra en inventering och beskrivning av publicerade hälseekonomiska utvärderingar av primärvård, dels att diskutera möjligheter och problem med att i primärvården göra hälseekonomiska analyser.

Vad säger litteraturen?

För att få en uppfattning om omfattningen av studier som belyser hälseekonomi och primärvård gjordes en litteratursökning i MEDLINE och Spriline. En MEDLINE körning för åren 1986 till 1991 resulterade i 3 364 artiklar som berörde primärvård och 2 858 som belyste ekonomiska utvärderingar, varav 32 var gemensamma och belyste såväl primärvård som hälseekonomi. I Spriline återfanns 1 762 om primärvård och

551 om ekonomiska analyser varav 17 var gemensamma. Av dessa 49 (32+17) som berörde hälsoekonomi och primärvård var ingen renodlad cost-effectiveness eller cost-utility analys. Några få redovisade resultat uttrycktes i kostnad per upptäckt fall. I övrigt var det mest studier som redovisade kostnader för olika rutiner i primärvården eller mått som belyste primärvårdens produktivitet.

Vid en närmare analys av ekonomiska utvärderingar är det uppenbart att vissa åtgärder som ofta tillämpas i primärvården inte har blivit klassificerade med nyckelordet primärvård. Det finns t ex många studier av hypertoni behandling med läkemedel (2-3). Läkares, inklusive distriktsläkarens råd om rökstopp är ett annat exempel där hälsoekonomiska utvärderingar har publicerats (4-5). En cost-utility analys har gjorts för fotvård (6). De flesta hälsoekonomiska utvärderingar är dock inriktade på nya, ofta högteknologiska metoder eller behandlingsmetoder med läkemedel.

I tabell 1 redovisas några internationella exempel på cost-effectiveness eller cost-utility analyser. Resultaten från dessa och andra studier antyder att t ex råd om rökstopp är ett mycket mer kostnadseffektivt sätt att utnyttja primärvårdens resurser än fotvård (6). Metoden i studien behöver utvärderas mer, men exemplet illustrerar möjligheterna att även göra hälsoekonomiska studier av insatser som ger smärre förbättringar i livskvalitet. Internationella jämförelser skall göras med försiktighet eftersom studierna skiljer sig åt med avseende på metodik, variationer i kostnadsnivå, inflationstakt och växelkurs mellan olika länder.

När det gäller svenska studier finns t ex en avhandling som belyser såväl nytta som kostnader av att reha-

Tabell 1. Marginalkostnader per kvalitetsjusterade vunna levnadsår (QALY) för några metoder i hälso- och sjukvården.

Metod	Kr/QALY
Fotvård i hemmet	2 080
Distriktsläkares råd om rökstopp	2 480
Höftledsplastik	9 290
By-pass operation (svår angina+vänster kammare)	12 840
Njurtransplantation	63 330

Källa: Från Williams (4), Bryan et al (6), Donaldson and Mooney (7).

.....
 Är det avsaknad av livsförlängande åtgärder eller brist på dokumenterad effekt som bidragit till så få hälsoekonomiska analyser av primärvård?

bilitera höftfrakturer i primärvården (8) och en cost-utility analys av dagvård för demenspatienter (9). Ett problem med demensstudien är att patienterna själva inte kan bedöma förändringar i livskvalitet. Det fick bedömas av anhöriga och personal.

Valet av utvärderingsprojekt beror bl a på om resultaten varit livsförlängande, om det funnits randomiserade kontrollerade studier eller om utvärderingen fått ekonomisk uppbackning. Livsförlängande insatser som vaccinationsprogram, kranskärlsoperationer eller hypertoni program är vanligt förekommande liksom läkemedelsstudier där utvärderingen fått ekonomiskt stöd av läkemedelsföretag. Det verkar rimligt att man i stor utsträckning valt studier där det funnits randomiserade, kontrollerade studier, dvs där effekterna är vetenskapligt väl dokumenterade. Frågan är om det är avsaknaden av livsförlängande åtgärder eller bristen på dokumenterad effekt som bidragit till att det finns så få hälsoekonomiska studier av primärvårdens insatser?

Vad är nyttan av primärvård?

Primärvården skall i princip vara befolkningens och patientens första kontakt med hälso- och sjukvården. Viktiga mål har varit befolkningsansvar, god tillgänglighet och kontinuitet i vården och en vård av hög kvalitet. Valfrihet är ytterligare ett mål som fått förnyad aktualitet. Patienterna skall känna trygghet i vetskap om att de får en god vård och att de vid behov blir remitterade till andra instanser som kan ge dem den hjälp och det stöd de behöver. Den nya sjukvårdsorganisationen med målet att ge patienterna en ökad valfrihet står dock i viss konflikt med befolkningsansvaret. Hälso- och sjukvården har emellertid enligt gällande hälso- och sjukvårdslag fortfarande ett övergripande ansvar för befolkningens hälsa.

I vissa fall kan en tidig upptäckt av tumörer eller ett gott omhändertagande av hypertoni- och diabetikerpatienter i primärvården leda till förlängd överlevnad. De flesta problem som behandlas i primärvården, t ex

ryggproblem, urinvägsinfektioner och influensa, bör vid en effektiv behandling leda till minskade besvär och ett ökat välbefinnande. Utvecklingen av mått som mäter livskvalitet och välbefinnande är därför en förutsättning för att bedöma nyttan av primärvårdens insatser.

Hur skall nyttan mätas?

Inom hälsoekonomin har måttet kvalitetsjusterade vunna levnadsår, Quality Adjusted Life Year saved (QALYs), vunnit stort intresse (10–12): Möjligheterna att använda hälsoekonomiska utvärderingar i primärvården kan illustreras med följande hypotetiska exempel. Vi antar att en behandlingsinsats i primärvården leder till att patienten slipper besvär två veckor tidigare än om behandling inte hade skett. Vi antar vidare att en studie av livskvalitet och välbefinnande visade att livskvaliteten genom behandlingen under denna period ökade med 0.2 enheter på en skala från 0 till 1. Om kostnaden för behandlingen var 1000 kr så blir kostnaden per kvalitetsjusterat vunnet levnadsår 130 000 kr ($1000/(0.2 \times 2/52)$).

Kaplan et al (13) redovisade i en studie av hur välbefinnandet under 18 månaders uppföljning ökade hos icke-insulinberoende diabetiker som genomgick ett kost- och motionsprogram. Kostnaden per QALY blev ca 62 000 kr utan att man kalkylerade med förlängd överlevnad (13). Den tidigare redovisade studien om fotvård (6) är ytterligare ett exempel på att även primärvårdens livskvalitetshöjande åtgärder kan utsättas för en hälsoekonomisk granskning.

Vissa av primärvårdens nyttoaspekter kan vara svåra att mäta med kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Dessa index kan ha svårt att diskriminera för en upplevelse av ökad trygghet, värdet av information och kunskap i sig. Ett tänkbart alternativ är att mäta nyttan i form av betalningsvilja (14–16). Denna metod anses av många nationalekonomer vara en teoretiskt mer riktig metod eftersom den bl a har en möjlighet att inkludera alla nyttoaspekter som en person upplever. Metoden går ut på att man låter människor uppskatta hur mycket

.....

Kan frågor om betalningsvilja vara ett sätt att värdera nyttan av primärvård?

.....

de är beredda att betala eller uppföra för en viss åtgärd. I Sverige har metoden mest använts inom miljöområdet, men det finns tillämpningar av hypertoni-behandling (15) och befolkningsinriktad hjärt-kärlprevention (16). Betalningsviljan för hypertoni-behandlingen låg på mellan 2 400 och 5 500 kr, vilket var ungefär dubbelt så högt som kostnaderna för behandlingen (15). Studien om befolkningsinriktad hjärt-kärlprevention visade att befolkningen i Norsjö var beredd att betala minst tre gånger mer än projektet kostade (16). Frågorna blir lätt teoretiska i denna typ av studier och det behövs fler studier som belyser metodens validitet. Fördelen är att personer har en möjlighet att implicit inkludera alla nyttoaspekter de upplever av en specifik åtgärd. Cost-utility analyser bör vara ett nödvändigt inslag i hälsoekonomiska utvärderingar av primärvård, men studier av betalningsvillighet kan vara ett värdefullt komplement.

Slutsatser

Det finns relativt få publicerade hälsoekonomiska utvärderingar av primärvården, vilket kan bero på att effekten på många områden saknar tillräcklig vetenskaplig dokumentation eller på att nyttan inte kan mätas i förlängd överlevnad. De studier som redovisas pekar på att prevention ofta är ett effektivt sätt att utnyttja primärvårdens resurser. Om primärvården skall kunna motivera ökade resurser till sin verksamhet i framtiden är det viktigt att fler hälsoekonomiska studier genomförs. Detta ställer i sin tur krav på fler studier som belyser primärvårdens effekter på livskvalitet och välbefinnande. Ett alternativ är att i ökad utsträckning låta befolkningen och patienterna värdera nyttan av primärvårdens insatser.

REFERENSER

1. Drummond M F, Stoddart G L, Torrance G W: Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press, 1990.
2. Weinstein M, Stason W: Hypertension: a policy perspective. Harvard: Harvard University Press, 1976.
3. Hall J P, Heller R F, Dobson A J et al: A cost-effectiveness analysis of alternative strategies for the prevention of heart disease. Med J Aust 1988;148:273–7.
4. Williams A: Screening for risk of resources? In Oliver M, Ashley-Miller M, Wood D (eds) Screening for risk of coronary heart disease. Chichester: John Wiley and sons, 1987.

5. *Cummings S R, Rubin S M, Oster G*: The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989;261:75-9
6. *Bryan S, Parkin D, Donaldson C*: Chiropody and the QALY: a case study in assigning categories of disability and distress to patients. *Health Policy* 1991;18:169-85
7. *Donaldson C, Mooney G*: Needs assessment, priority setting, and contracts for health care: an economic view. *Br Med J* 1991;303:1529-30.
8. *Borgquist L*: Hip fracture patients in primary health care. Rehabilitation, outcome and costs. Avhandling. Lund/Dalby: Department of Orthopedics, Lund and Community Health Sciences, Dalby, University of Lund, 1991.
9. *Wimo A, Wallin J-O, Lundgren K et al*: Impact of day care on dementia patients - cost, well-being and relatives' views. *Family Practice* 1990;7:279-87.
10. *Williams A*: Economics of coronary bypass grafting. *Br Med J* 1985;291:326-9.
11. *Mehrez A, Gafni A*: Quality-adjusted life years, utility theory and healthy years equivalents. *Med Dec Making* 1989;9:142-9.
12. *Björk S*: Metoder att värdera hälsa och livskvalitet. *Socialmed tidskrift*;69:42-8.
13. *Kaplan R M, Atkins C J, Wilson D K*: The cost-utility of diet and exercise interventions in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Health Promotion* 1988;2:331-40.
14. *Mitchell R C, Carson R T*: Using surveys to value public goods. Washington D C: Resources for the Future, 1989.
15. *Johannesson M, Jönsson B, Boorgquist L*: Betalningsviljan för behandling mot högt blodtryck - ett test av enkätmetoden vid preventiv sjukvård. *Ekonomisk Debatt* 1990;3:253-262.
16. *Lindholm L, Rosén M, Hellsten G*: Are people willing to pay for a community-based cardiovascular disease prevention? - a case study from Norsjö, Sweden. Subm for publ, 1991.

INBJUDAN TILL SEMINARIER OCH FÖRELÄSNINGAR:

NOLIA HANDIKAPP & ÄLDREVÅRD

- PÅ MÄNNISKANS VILLKOR.

SOCIALMINISTER BENGT
WESTERBERG INVIGNINGS-
TALAR OCH DELTAR I DEN
STORA TEMA-DEBATTEN!

Nu kan du beställa Seminarieprogrammet till en av Sveriges allra största stimulans- och kunskapsmässor om Handikapp & Äldre-
vård. Ett unikt tillfälle för dig att lära mer om ett samhällsområde
som just nu genomgår stora förändringar.

Under tre intensiva dagar kan du välja mellan ett 50-tal
olika seminarier. Spännvidden är stor. Som exempel kan nämnas:
Lennart Koskinen - Etik och människosyn i förändring, Peter
Lamming - EG och den sociala välfärden, Maj Fant - omsorgens
kvinnor, Marianne Granö - äldres sexualitet, Sonja Thorburn -
framtidsperspektiv och visioner, samt Gull-Maj Strandberg -
värdet av positivt tänkande.

NOLIA

MÄSSOR • KONGRESSER

NOLIA - NORRLÄNSKA INDUSTRIMÄSSAN AB
NOLIA UMEÅ, SIGNALVÄGEN 3, 903 22 UMEÅ, TEL 090 - 16 34 01,
FAX 090 - 14 24 81.

NOLIA Handikapp & Äldrevård arrangeras i samarbete med Kommunförbundet Västerbotten,
Socialstyrelsen, Umeå Kommun, Umeå Universitet, Västerbottens Vårdhögskola, Västerbottens Vårdskola,
Västerbottens Läns Landsting, SLF samt berörda personal-, pensionärs- och handikapporganisationer.

NOLIA I UMEÅ 20-22 OKTOBER.

Skicka in kupongen så får du hela det intressanta seminarie-
programmet för den 20-22 oktober 1992. Själva mässan pågår 21-
22 oktober och då kan du besöka nära ett hundratal utställare.

PLATSER FINNS KVAR FÖR UTSTÄLLARE. KONTAKTA OSS!

KLIPP UT OCH SKICKA IN IDAG!

☒ JA, JAG VILL ATT NI SKICKAR MIG SEMINARIEPROGRAMMET FÖR
NOLIA HANDIKAPP & ÄLDREVÅRD.

NAMN: _____

FÖRETAG: _____

ADRESS: _____

POSTNR: _____

POSTADRESS: _____

SKICKA KUPONGEN TILL **NOLIA, SIGNALVÄGEN 3, 903 22 UMEÅ.**