

Hälsoekonomi – en uppgift för socialmedicinen?

Johan Calltorp

Hälsoekonomin håller på att ta form som ett självständigt område inom undervisning och forskning. Syntesen mellan det ekonomiska och det medicinska perspektivet ger möjlighet till ny kunskap. Tvärvetenskap och närhet till sjukvårdens verklighet och dess mål är några viktiga förutsättningar för ämnets utveckling. Socialmedicinen bör aktivt vara med och forma hälsoekonomin i Sverige, vilket innebär såväl ett ansvar som en möjlighet.

Johan Calltorp är leg läk och doktorand vid socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet.

Hälsoekonomin utgör ett nytt område inom hälso- och sjukvårdsforskningen. Det tilldrar sig ett snabbt växande intresse såväl internationellt som här i Sverige. Vilka är hälsoekonomins arbetsuppgifter och varför är det viktigt att socialmedicinen intresserar sig för detta område? Jag skall försöka belysa dessa frågor.

Hälsoekonomin intresserar sig för de resurser som går till hälso- och sjukvården och vad vi får ut av dem. Ämnet började först ta form i USA i slutet av 1950-talet då ekonomerna uppmärksammade de allt mer ökande resurser som sjukvården tog i anspråk. Sjukvården framstod som ett område av intresse från samhällsekonomisk synpunkt. En annan tidig frågeställning i USA var problemen att anpassa marknadens mekanismer till sjukvården. Detta utgjorde ämnet för en uppsats av nobelpristagaren Kenneth J Arrow 1963 (1) – av många betraktad som något av en grundsten för modern hälsoekonomisk teoribildning.

Under 1960-talet utvecklades hälsoekonomin så-

väl teoretiskt som praktiskt, bl a genom utvecklad empirisk forskning. Allmänna analysmetoder från ekonomin började appliceras på sjukvårdsproblem. I Europa fick ämnet sin bas i Storbritannien under 1960-talet, vilket det för övrigt fortfarande har. Successivt blev det tvärvetenskapliga inslaget också tydligt i hälsoekonomin. De problemställningar som väcktes inbjöd med nödvändighet till ett sådant brett angreppsfält.

Hälsoekonomin i Sverige

I Sverige har hälsoekonomin en relativt kort historik. Man brukar hänföra dess start till den seminarierie som hölls i riksdagshuset åren 1977–78, redovisad i en publikation från SPRI ett år senare (2).

Det tvärvetenskapliga anslaget var tydligt. Socialmedicinare, hälso- och sjukvårdsforskare, samhällsvetare, administratörer och politiker medverkade i seminarieriet vid sidan av ekonomer. Utvecklingen av ämnet därefter har inneburit en etablering vid vissa institutioner och organisationer men fortfarande bedrivs hälsoekonomin i liten skala i Sverige. Man kan nämna följande institutionella tyngdpunkter:

- SPRIS sektion för hälsoekonomi (Stockholm)
- Tema H vid universitetet i Linköping
- Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund
- Socialmedicinska institutioner vid universiteten, liksom i viss mån ekonomiska och andra sam-

I Sverige har hälsoekonomin en relativt kort historik.

Det intressanta och viktiga blir själva mötet, applikationen av dessa ekonomiska principer på medicinen.

hällsvetenskapliga institutioner.

Ämnet står nu inför en snabb expansion. Efterfrågan på hälsoekonomins metoder och resultat växer – den allmänna sjukvårdsdebatten är fylld av ord som *effektivitet*, *kostnadsmedvetande*, *hälsoekonomiskt synsätt* etc. (Som andra företeelser i vår delvis slagordsstyrda sjukvårdsdebatt har dessa begrepp snabbt blivit modetermer.) Det finns flera viktiga skäl till att socialmedicinen bör fortsätta att öka sitt redan påbörjade engagemang i hälsoekonomin. En viktig uppgift är att vara med och påverka och forma ämnets fortsatta utveckling i Sverige.

Det ekonomiska perspektivet

De ekonomiska utgångspunkterna som utgör en kärna i hälsoekonomin innebär bla följande principer, hämtade från en av de ledande amerikanska hälsoekonomerna Victor Fuchs (3):

- Ekonomi betyder *hushållning med begränsade resurser*. En utgångspunkt är att resurserna alltid är begränsade i ett eller annat avseende.
- *Alternativ* och *alternativkostnad* utgör ett annat viktigt begrepp liksom möjligheten till *val* mellan olika alternativ.
- Sambandet mellan *resursinsats och resultat* utgör en annan princip.
- *Marginalkostnad* (gränsnytta) är kostnader för eller nyttan av att göra lite mer, nå alla patienter etc.

Dessa grundprinciper utgör i stort sett de elementära byggstenarna i hälsoekonomin. De kan appliceras på såväl den medicinska verksamheten som hela sjukvårdsorganisationen. Man kan notera att de medför nya perspektiv och delvis bygger på andra referensramar än vad medicinen traditionellt arbetar med. Det intressanta och viktiga blir själva mötet, applikationen av dessa ekonomiska principer på

medicinen. I gränsområdet mellan etablerade vetenskaper frambringas ofta nya och givande kunskaper – detta är en generell iakttagelse från vetenskaps-teorin (4).

Om man granskar hälsoekonomins vida arbetsområde finner man i huvudsak tre större delområden:

1. Makroperspektiv – sjukvårdssystemet

Här återfinns en forskningsansats som har en nära nationalekonomisk anknytning. Man granskar sjukvården som ett bland andra samhälleliga producentområden. Följande frågor står i fokus:

- *Kostnader* för sjukdom och vård
- *Finansiering* av sjukvården
 - Betalningsmodeller
 - Försäkringssystemets konstruktion
 - Relationen privat/offentlig vård
- *Styrning*
 - Relationer mellan staten och landstingen
 - Mekanismer för kostnadsbegränsning
- *Produktivitet, effektivitet*

Inom detta delområde av hälsoekonomin finns en rad mycket viktiga frågor – det mesta är dåligt belyst. En väsentlig iakttagelse är att det i stor utsträckning saknas empiriskt och teoretiskt underlag för de samhälleliga besluten kring sjukvården på denna nivå – luckor som hälsoekonomin kan fylla. Några av de mest fundamentala problemen inom området rör relevanta effektivitetsmått för sjukvården, nära förbundet med frågor om sjukvårdens mål.

2. Utvärdering av sjukvårdens metoder

Intresset inom detta delområde är fokuserat på kostnaderna och den relativa nyttan av de olika metoder, tekniker och behandlingsprogram som används inom sjukvårdens alla delar.

- *Kostnad/nytta* (cost/benefit)
- *Kostnad/effektivitet* (cost/effectiveness)
- *Relativa värdet* av olika behandlingsmetoder
- *Medicinsk teknologivärdering*

Ett grundproblem för hälsoekonomiska studier inom detta fält är att den "medicinska effekten" av olika procedurer i sjukvården ofta är dåligt dokumenterad och känd.

.....

*I första hand ger ämnet underlag för samhäll-
lig planering och beslutsfattande.*

.....

3. *Det breda samhälleliga perspektivet*

Grundfrågor här är hur vi hushållar med de samlade resurserna i samhället avsedda att befrämja hälsa och motverka sjukdom. Perspektivet går alltså långt utanför den egentliga sjukvården. Hälsa, sjukvård och samhälle ses i ett sammanhang. Vilken nytta i hälsotermier ger en satsning inom sjukvården respektive inom andra samhällsområden? Hur ser sambanden ut? Mått, mätmetoder och relevant kvantifiering utgör några av problemen – och dessa är minst lika stora som inom delområde 1 och 2 ovan.

Vilka är mottagarna?

Vem har nytta av hälsoekonomin – vilka är de främsta mottagarna? I första hand ger ämnet underlag för samhälllig planering och beslutsfattande. Administratörer och politiker torde därmed vara de viktigaste mottagarna. En analys av hur hälsoekonomin konkret kommer in på olika planeringsnivåer har lämnats av Ragnar Berfenstam och Thomas Thorburn (5).

Kan hälsoekonomin också användas inom den kliniska sjukvården – är den ett redskap där och vilka är i så fall uppgifterna?

Det medicinska perspektivet

Den medicinska verksamheten bygger på andra grundkaraktäristika och handlingsregler än ekonomin.

Medicinens mål är att

- Förlänga och rädda liv
- Förbättra hälsan
- Lindra, trösta

Medicinens etik:

- Är individinriktad
- Kräver att läkaren gör allt för den enskilde patienten, oavsett kostnad

Här finns en motsättning, åtminstone på ytan, mellan de medicinska perspektiven och handlings-

principerna och de ekonomiska. En hälsoekonom som intresserat sig mycket för denna konflikt är engelsmannen Alan Williams, professor vid University of York. Han hävdar att ett hälsoekonomiskt perspektiv även i det kliniska arbetet egentligen är det enda etiskt riktiga. Motsättningen rör sig bara på ytan och försvinner vid en noggrann analys menar Williams (6). Men han anknyter detta resonemang till sjukvårdens aktuella situation i Sverige och hävdar att motsättningen mellan ett ekonomiskt och medicinskt perspektiv endast tydliggör problem som redan finns inom sjukvården.

Genom den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen har sjukvården fått nya uppgifter fastslagna. Sjukvården har ett ansvar för hela befolkningens hälsa, för gruppers välbefinnande etc. Det traditionella *individperspektivet* bryts därmed mot ett nytt *befolkningsperspektiv*.

Här finns en rad oundvikliga prioriteringsfrågor som ligger framför oss. De flesta har hittills sopats under mattan – men i övergången från en sjukvård i tillväxt till en där resurserna är begränsade blir de mera tydliga. Ekonomisk teori och metod är redskap vi behöver och kan använda för att bearbeta dessa problem. Men hälsoekonomin måste anpassas efter sjukvårdens mål och uppgift i samhället. Den kan inte vara ett direkt redskap för den enskilde läkaren inför en enskild patient – men på klinik/vårdenhetsnivå och på planeringsnivåerna däröver kan den vara ett viktigt hjälpmedel. Den väsentligaste nyttan man kan ha av hälsoekonomin är kanske dess möjlighet att klargöra de värderingsfrågor som är förknippade med beslut om och i sjukvården.

Utvecklingen framåt

Hälsoekonomin håller på att ta form. Det är ett dynamiskt skede med möjlighet till påverkan. Tvärvetenskap liksom en närhet till sjukvårdens verklig-

.....

Ett hälsoekonomiskt perspektiv även i det kliniska arbetet är egentligen det enda etiskt riktiga.

.....

Den väsentligaste nyttan man kan ha av hälsoekonomi är kanske dess möjlighet att klargöra värderingsfrågor.

het och mål är viktiga principer för utvecklingen framåt. Det finns starka skäl för socialmedicinen att spela en aktiv roll för att påverka och modellera den hälsoekonomi som nu tar sin form i Sverige. Några skäl framgår av socialmedicinens karakteristiska. Socialmedicinen

- rymmer tvärvetenskap
- arbetar med sambandet samhälle–sjukvård (befolkningsperspektiv)
- har kompetens i epidemiologi, administrativ medicin samt hälso- och sjukvårdsforskning

Socialmedicinen behöver naturligtvis ekonomisk kompetens för att kunna arbeta brett inom hälsoekonomin. Det är viktigt att hitta lämpliga former för en sådan breddning. Vid flera av de socialmedicinska institutionerna är det emellertid på gång en sådan utveckling.

En annan viktig och angelägen princip för hälsoekonomin är att den bör utvecklas som en fri och självständig forskning. Universitetsinstitutioner har speciella förutsättningar för detta.

För socialmedicinen skulle man vilja säga att hälsoekonomin sett ur alla dessa aspekter utgör såväl ett ansvar som en möjlighet.

REFERENSER

1. Arrow KJ: Uncertainty and the Welfare economics of Medical Care. American Economic Review, December 1963; 53: 941–973
2. Berfenstam R mfl: Hälsoekonomi – ett samlat synsätt på fördelning av resurser för hälsa SPRI-publication s 115, 1978
3. Fuchs V R: Who shall live? Health economics and social choice. New York, Basic Books 1974
4. Calltorp J: Hälsoekonomi – ett nytt element som kan berika klinik och planering. Läkartidningen 1984; 81: 553–554
5. Berfenstam R, Thorburn T: Några synpunkter på hälsoekonomi som vetenskap. Socialmedicinsk tidskrift 1981: 7–8
6. Williams A: Health Economics – is it ethical? Tidskrift för den norske laegeforening 1983; 103: 2334–7

Hultafors Hälsocenter

kurort för rehabilitering och friskvård, vackert belägen i högländsnatur mellan Göteborg och Borås.

Vi erbjuder:

hälsokontroll, hälsoföredrag, fasteprogram, motionslinga, simhall +32 gr, egen badsjö med bastu, gymnastiksal med bordtennis och badminton.



Vila och rekreation

Behandling av reumatiska och nervösa åkommor, mag-, tarm-, hjärtsjukdomar, ämnesomsättningsrubbningar etc.

Vegetarisk eller blandad kost, specialkost, fasteprogram.

En kunnig personalstab med tre läkare, en dietist, nio sjuksköterskor, 17 sjukgymnaster och massörer med biträden jämte övrig personal, sammanlagt 115 personer svarar för ditt välbefinnande och en hälsobringande vistelse.

Begär prospekt. Tel. 033-950 50, 517 00 Bollebygd