

Några synpunkter på hälsoekonomi som vetenskap

Ragnar Berfenstam

Thomas Thorburn

Hälsoekonomi är en klok hushållning med våra sjuk- och hälsovårdsresurser i belysning av den nytta vi förväntar oss av olika sätt att använda resurserna. Men det är svårt att mäta den nytta enskilda patienter får av sjukvården. Empiriskt underbyggda mått på livskvalitet bör i större utsträckning än hittills användas som effektmått i sjukvården.

Prioriteringar inom sjukvården sker på flera olika nivåer. I artikeln systematiseras och beskrivs olika prioriteringsnivåer. På två av dessa blir vetenskapliga hälsoekonomiska bedömningar aktuella. Författarna diskuterar hur dessa bedömningar skall kunna ske så att prioriteringarna blir acceptabla från såväl medicinsk som politisk och ekonomisk synpunkt.

Den skiss till prioriteringsmetod som föreslås innebär att en panel av valda förtroendemen får representera de potentiella patienterna när det gäller att värdera de förändringar i livskvalitet som olika sjukvårdsåtgärder leder till. Prioriteringen syftar till så stor sammanlagd livskvalitetsförbättring för befolkningen som möjligt.

Ragnar Berfenstam, som detta hyllningsnummer tillägnas, skriver här själv tillsammans med Thomas Thorburn, professor emeritus i förvaltningsekonomi och tidigare verksam vid handelshögskolan i Stockholm.

Ekonomi betyder hushållning. När man hushållar avväger man mellan olika utgifter och gör det i relation till vad man får ut av de pengar man spenderar. Hälsoekonomi är just detta: en klok hushållning med våra sjuk- och hälsovårdsresurser i belysning av den nytta vi förväntar oss av olika sätt att

använda resurserna. Hälsoekonomi är därför inte ett ämne enbart för ekonomer eller enbart för medicinare. Studierna måste i stället bygga på en samverkan dem emellan. Utgifterna i sjukvården är ekonomerna bättre kvalificerade att bedöma medan medicinerna kan bättre bedöma resultaten.

Vi som representerar båda yrkeskategorierna har sökt analysera hur denna hushållning med sjukvårdsresurser går till – på vilken nivå och med vilket underlag man gör eller borde göra prioriteringar i sjukvården. Vi har då föreslagit följande prioriteringsregel som vetenskaplig utgångspunkt för den följande diskussionen av hälsoekonomin:

$$\frac{N_a}{K_a} > \frac{N_b}{K_b}$$

där "a" representerar ett alternativt förslag för användning av hälso- och sjukvårdsresurser och "b" ett annat alternativ. N är den förväntade medicinska nyttan av alternativet i fråga och K den beräknade kostnaden. Den regel vi föreslår innebär att om nyttan av resursanslag till "a" dividerad med dess beräknade kostnader är större än motsvarande värde för "b", så är det klok hushållning att ge pengar till "a" framför "b".

Låt oss börja med kostnadsdelen i den här ekvationen. Vi tror oss våga säga att den utgör den enklare delen av beräkningen. 1960- och 1970-talens arbete med att få fram pålitligare kostnadsställeredovisning har gett en god utgångspunkt. Tidsstudier och analyser har fördjupat bilden. Naturligtvis kompliceras kostnadsberäkningarna när det gäller att

Vi måste tyvärr erkänna att man idag har svårt att sätta ett realistiskt värde på vad patienterna som individer verkligen får ut som nytta av sjukvården.

tex ta hänsyn till patienternas väntetider eller konkretisera hur sjukdomarnas och sjukvårdens samhällsekonomiska konsekvenser skall beräknas men vi avser inte att fördjupa oss här i detta sammanhang.

Hur beräknar man sjukvårdens nytta?

I stället skall vi i denna artikel främst uppehålla oss vid ekvationens andra komponent, dvs beräkningen av den förväntade nyttan av olika vårdåtgärder för patienterna. Vi måste tyvärr erkänna att man idag har svårt att sätta ett realistiskt värde på vad patienterna som individer verkligen får ut som nytta av sjukvården. Traditionellt har man när man velat ange hälsoläget i en befolkning använt sig av mått såsom

- allmän dödlighet
- spädbarnsdödlighet
- mödraddödlighet
- antal intagningar på sjukhus per år
- antal sökande i öppen vård per år
- antal personer med långvariga sjukdomar enligt intervjuundersökningar
- genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar per person och år
- antal förtidspensionärer

Dessa mått är redan bristfälliga när det gäller det allmänna hälsotillståndet. Ännu mer otillfredsställande är de som mått på vad sjukvården har kunnat uträtta, alltså som mätare av den nytta för patienterna som vi tror oss åstadkomma med hälsovård och sjukvård.

Särskilt svårt är det naturligtvis att finna ett mått som gör att vi kan värdera nyttan av sjukvården när det gäller äldre människor. I denna stora grupp dominerar de kroniska sjukdomstillstånden. Vi kan här sällan vänta oss att sjukvården ska kunna åter-

ställa hälsan, men förhoppningsvis åstadkommer man många gånger en förbättring: sjukvården blir på så sätt till stor nytta, den höjer livskvaliteten.

”Livskvalitet” som mått på sjukvårdens nytta har blivit alltmer aktuell överallt i världen; ett intensivt arbete pågår inom olika vetenskapliga discipliner syftande till att utveckla empiriskt underbyggda mått. Såsom framgår av senare avsnitt av denna artikel anser även vi att man i större utsträckning än hittills som effektmått i sjukvården borde använda sig av livskvaliteten.

Om vår ovannämnda formel för hälsoekonomiska prioriteringar skall kunna tillämpas i praktiken inom svensk sjukvård, måste enligt vår uppfattning följande tre kriterier gälla för de prioriteringar som framkommer:

1. De måste överensstämma med beprövad medicinsk erfarenhet och medicinsk etik och därmed kunna erhålla medicinsk acceptans
2. De måste överensstämma med vad den allmänna folkmeningen i Sverige idag uppfattar som en rättvis fördelning av sjukvårdsresurser mellan individer, dvs kunna erhålla politisk acceptans
3. De måste vara rationella prioriteringar vid vars beräkning hänsyn tagits både till förväntad nytta för patienterna och åtgång av sjukvårdsresurser, dvs kunna erhålla ekonomisk acceptans

Vad innebär medicinsk acceptans?

Man tänker inte alltid på att prioriteringar inom sjukvården är något som sker på flera olika nivåer. Tabell 1 visar de sju olika nivåer vi anser att man måste hålla isär vid en diskussion av hälsoekonomiska frågor.

På de tre första nivåerna – alltså där patienten själv prioriterar, där omvårdnadsaspekter vägs in i prioriteringen och där det är frågan om den vanliga läkar-patientrelationen – kommer etiska ställningstaganden in i bilden. Där är det frågan om *individer* som skall få eller inte få en viss sjukvård. Medicinsk etik på nivå 3 innebär tex att läkaren gör allt han kan som är förenligt med beprövad medicinsk erfarenhet och möjlighet och rimligt med tillgängliga resurser för att hjälpa den patient han tagit ansvar

Tabell 1. Prioriteringsnivåer

Nivå	Besluts- fattarens kompetens	Patient- kontakt	Patienter som berörs	Jämförelse- alternativ
1. Patientnivån	Lekman	—	—	—
2. Omvårdnadsnivån	Professionell	Kontinuerlig	Individuella	—
3. Läkarnivån	Professionell	Sporadisk	Individuella	—
4. Medicinsk expertisnivå	Vetenskaplig	Ingen	Anonym grupp	En sjukdom: olika behandlingsalternativ
5. Hälsoekonomernas nivå	Vetenskaplig	Ingen	Anonym grupp	Olika sjukdomar
6. Hälsopolitikernas nivå	Politiker	Ingen	Anonym grupp	Olika sjukdomar
7. Allmänpolitikernas nivå	Politiker	Ingen	Anonym grupp	Sjukvård mot annan verksamhet

för till bästa möjliga vård. Vad det kostar är relativt oväsentligt för prioriteringen på dessa nivåer.

Situationen är helt annorlunda när vi kommer till nivå 4 och däröver. I dessa fall är det fråga om prioriteringar på ett planeringsstadium, då de blivande patienterna endast är kända som en anonym grupp. Här är det *principer* som man ska bestämma sig för. Det är inom dessa nivåer som hälsoekonomin har sin viktigaste plats. Enligt vår uppfattning är hälsoekonomiska prioriteringar med beaktande av kostnaderna väl förenliga med medicinsk acceptans så länge denna gränslinje mellan sjukvård till faktiska patienter och planeringen för patientgruppers vård i framtiden strikt upprätthålls.

Detta kan exemplifieras med ett aktuellt fall: är det medicinskt indicerat att sända en patient för en komplicerad operation till utlandet så är kostnaderna i princip i denna situation irrelevant. När problemet däremot gäller anslag för att tillskapa en speciell avdelning eller klinik för att inom landet kunna utföra sådana operationer så är kostnadsdiskussionen i hög grad en fråga om prioritering mot andra väsentliga sjukvårdskrav.

Var och en av de sju nivåerna i tabellen ställer därjämte särskilda krav på använd metodik för effektivbedömningar och prioriteringar. Det är tex en avsevärd skillnad mellan metoderna vid vetenskapliga analyser på nivåerna 4 och 5 å ena sidan och det sätt varpå politisk prioritering på nivåerna 6 och 7 försiggår. Det är stor skillnad mellan nivå 4 där man prioriterar mellan olika former av vård för samma grupp av patienter med samma sjukdom och nivå 5 där man prioriterar mellan olika grupper av patienter,

tex mellan olika sjukdomsgrupper eller mellan gamla och unga. I denna artikel ska vi emellertid inte gå in närmare på detta utan främst hålla oss till nivåerna 4 och 5 där vetenskapliga bedömningar blir aktuella.

Vad innebär politisk acceptans?

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården måste överensstämma med vad som idag uppfattas av befolkningens flertal som en rättvis fördelning av sjukvårdsresurserna. Detta innebär att enskilda personers inkomst, förmögenhet eller villighet att betala icke får tillåtas styra de prioriteringar som görs. Kravet på politisk acceptans har djupgående konsekvenser för valet av prioriteringsmetodik. Varje metod som utgår från individernas villighet att betala är oacceptabel vid prioriteringar inom sjukvården. Många traditionella ekonomiska "cost-benefit"-metoder måste förkastas.

Vi har skisserat en prioriteringsmetodik uppbyggd på annat sätt än den traditionella. Där tänker vi oss nyttan (N i vår tidigare formel) vara angiven i livskvalitetspoäng och ej i pengar. Eftersom vi uppfattar denna måttenhet som en central fråga om man vill kunna göra vetenskapliga prioriteringar inom hälso- och sjukvården i framtiden, kommer vi att

Varje metod som utgår från individernas villighet att betala är oacceptabel vid prioriteringar inom sjukvården.

Vi vill sätta ett särskilt indexvärde på att en person under en period befinner sig i ett särskilt livskvalitetstillstånd.

diskutera livskvalitet-mätningen litet närmare.

Nytan av olika sjukvårdsåtgärder uppfattar vi som den förbättring patienterna kan väntas få i sin hälsa genom den föreslagna sjukvårdsinsatsen. Vi ser människors hälsa som olika tillstånd: psykiskt sjuk – själsligt frisk, sängliggande – rullstolsbunden – rörlig utan hjälp, döv – med god hörsel etc. Sådana tillstånd och därmed sammanhängande beroendesituation, psykiska påfrestning, inskränkning i möjligheten att skapa relationer etc anger basförutsättningen för människors möjligheter att utveckla sitt eget liv – att förverkliga sig själv. Vi beskriver därför dessa olika tillstånd som olika livskvaliteter.

Hälsö- och sjukvårdsåtgärdernas resultat eller nytta består i att de väntas flytta människor från ett sämre tillstånd, dvs lägre grad av livskvalitet, till ett bättre tillstånd, dvs höjd livskvalitet. Så långt ansluter vi oss till flera andra forskares syn. Men vi vill gå vidare genom att sätta ett särskilt indexvärde på att en person under en period befinner sig i ett särskilt livskvalitetstillstånd. Nyttan av sjukvård vill vi sedan kvantitativt mäta som skillnaden i indexvärdet på patienternas tillstånd före och efter den aktuella sjukvårdsåtgärden.

Vi förutsätter också att nytan för olika patienter kan adderas till en nytta för gruppen med dessa sjukdomar eller besvär. Detta är nödvändigt när man sedan gör prioriteringar för grupper av individer och inte enbart för enskilda personer. Varje patient räknas därvid lika. Därmed följer vi den allmänna värderingen idag i Sverige om vad som är en rättvis och jämlik sjukvård.

Ett exempel kan illustrera vår tankegång. Om en föreslagen sjukvårdsåtgärd enligt vetenskaplig medicinsk analys väntas leda till att 90 personer blir helt friska i stället för att sitta i rullstol och skillnaden i livskvalitet mellan dessa två tillstånd sättes till tex två indexpoäng, blir nytan för de 90 patienterna $2 \times 90 = 180$ indexpoäng. Om tio andra patienter

samtidigt väntas bli endast något bättre – alltså hjälpligt kunna gå med kryckor – och skillnaden mellan de två livskvalitetstillstånden antas vara tex en poäng blir nytan för de tio personerna $1 \times 10 = 10$ indexpoäng. Tillsammans alltså 190 poäng. Risken för komplikationer och för död, om sådan risk enligt den medicinska analysen finns, skall sedan räknas ifrån den sammanlagda poängvinst i livskvalitet som åtgärden väntas ge. På detta sätt tänker vi oss att termen nytan – netto av åtgärden som helhet – i prioriteringsregeln skall beräknas.

Hur skall man beräkna livskvaliteten?

Men huvudfrågan kvarstår: Vem skall bestämma poängvärdena på de olika livskvalitetstillstånden? Det är uppenbart inte enskilda vetenskapsmän som skall göra detta. Än mindre kan, som ovan påpekats, patienters betalningsvilja användas som beräkningsgrund – detta bortsett från att patienterna är lekmän och därför uppenbart saknar förmåga att bedöma effekterna av många sjukvårdsåtgärder.

Vi föreslår istället att i demokratisk ordning valda förtroendemän för oss alla, dvs våra politiker eller av dem utsedda personer, bör sätta dessa poängvärden som representanter för potentiella patienter. Vi tänker oss att för ändamålet bör bildas en stor panel av allmänt omdömesgilla personer. Till sin hjälp måste denna panel först och främst få medicinsk expertis som kan analysera och redogöra för den genom behandlingen åstadkomna förbättringen, alltså så långt möjligt kvantifiera den i medicinska termer.

Men dessutom och minst lika viktigt är det att panelen får resultaten av omfattande beteendevetenskapliga undersökningar om hur individer som själva varit med om förändringen från ett visst livskvalitetstillstånd till ett annat upplevt detta. Vad innebär det egentligen för en döv att åter kunna höra eller för en person att bli av med en svår migrän? Vad innebär det att slippa smärttillstånd,

Vi tänker oss att för ändamålet bör bildas en stor panel av allmänt omdömesgilla personer.

att kunna bygga upp relationer igen, att åter kunna ta upp en aktivitet som man trivs med? Omfattande beteendevetenskapliga forskningsprojekt måste således genomföras för att ge oss bättre kunskap om nyttan för en tänkt patientgrupp att bli föremål för behandling.

Vi tänker oss sedan att var och en i panelen får tid att begrunda resultatet av de medicinska och beteendevetenskapliga analyserna och med detta som utgångspunkt sätta de viktiga ur livskvalitetssynpunkt på de olika tillstånden som han anser skäliga. Den enskilde panelmedlemmens värdering skall inte bli offentlig; detta för att han skall känna sig helt obunden i sin svåra värdering. Endast genomsnittsvärderingar bland alla panelmedlemmarna publiceras och det är de vi tänker ska utgöra de viktiga som sedan används i den slutliga kalkyleringen enligt vår prioriteringsprincip, där det slutligen alltså går ut på att vid planeringen väga hur resurser bör fördelas mellan olika grupper av framtida, alltså anonyma, grupper av sjuka människor.

Viktalen blir på detta sätt bestämda så att de så nära som är praktiskt möjligt bör överensstämma med den allmänna uppfattningen idag i Sverige om vad jämlik sjukvård innebär. Därmed bör politisk acceptans kunna ernås för metoden och underlag erhållas för hälsopolitikernas prioritering på nivå 6.

Vad innebär ekonomisk acceptans?

Ekonomisk acceptans kräver att den använda metodiken för prioriteringar inom hälsovården resulterar i en rationell rangordning där hänsyn tagits både till förväntad nytta för patienterna och till åtgången av resurser. En metodik som enbart beskriver nyttan av olika föreslagna åtgärder i en rad olika måtdimensioner och sedan överlämnar åt en utomstående att göra prioriteringarna är icke tillfredsställande. Den prioriteringsformel som vi angav i början av denna artikel tillgodoser däremot fullt ut kraven på ekonomisk acceptans.

Vissa sjukvårdsresurser är alla i det utvecklade samhället ense om att de behövs, det gäller för akuta insjuknanden, omhändertagande av olycksfall och mycket annat. Prioriteringsberäkningar av den typ vi har skisserat tänker vi oss komma till använd-

ning när det gäller uppbyggnaden av särskilda resurser, när man tex tvingas prioritera mellan budgetkrav på sjukvårdsresurser från olika medicinska specialiteter. Man vet att insatser på det ena och det andra området verkligen kan ge god nytta men i ett ekonomiskt kärt läge måste en prioritering äga rum. Det blir alltså i princip på nivå 5 i tabellen som denna prioritering blir aktuell.

Avslutande kommentarer

Vilken praktisk betydelse kan en prioritering enligt denna modell få för tex landstingspolitikernas beslut? Tre skäl talar för att den verkligen kan komma att få praktisk betydelse:

1. Den prioritering som framkommer bygger på rådande uppfattning i vårt samhälle om vad som är *en rättvis fördelning av vård* mellan olika medborgare.
2. Prioriteringen bygger på *en vederhäftig beräkning av resursåtgången* i kronor för de olika vårdalternativen.
3. Prioriteringen bygger på att målet för svensk sjukvård är att nå så stor sammanlagd livskvalitetsförbättring för befolkningen som möjligt. Grundvalen för beräkningen är aktuella medicinska och beteendevetenskapliga analyser och bygger på en för läkare etiskt acceptabel prioriteringsmetod där värdet på liv icke mätes i pengar.

Vi är naturligtvis fullt medvetna om att vår skiss till prioriteringsmetod resulterar i grova mått. Skillnader på några procent i beräknad nytta om vårdresurserna kräver en million kronor kommer knappast att kunna tillmätas någon större vikt. Men om skillnaderna innebär att ett vårdalternativ visas vara fem eller tio eller hundra gånger mera värdefullt än ett annat kan resultaten bli praktiskt betydelsefulla. Det är ju de stora skillnaderna i nytta per använd vårdkrona som politikerna i första hand behöver känna till.

Till sist vill vi understryka att vårt ovannämnda förslag naturligtvis bör ses som ett debattinlägg, ej som ett detaljutformat förslag.