

Samhällsekonomiska lönsamhetsbedömningar som underlag för resursfördelning inom sjukvården

Monica Johnsson

Marknadsekonomiska metoder kan inte användas för att lösa prioriteringsproblemen i sjukvården. De värderingar som kommer till uttryck genom sådana metoder illustreras i denna artikel. Kritik riktas mot sättet att beräkna samhällskostnader i nuläget och framtida produktionsbortfall. Sådana planeringsunderlag som innebär att en människas värde bestäms av hennes förvärvsinkomst måste avvisas.

Enbart beräkningar av en sjukdoms samhällsekonomiska kostnader kan inte användas som underlag för beslut om vilka sjukdomar som skall prioriteras i hälso- och sjukvården. I ett räkneexempel som gäller nyttan och kostnaderna för samhället vid behandling av tre tänkta sjukdomar visas att stora samhällskostnader för en sjukdom inte säger något om lönsamheten av ingripanden mot den.

Monica Johnsson är sektionschef vid Spri i Stockholm.

Ragnar Berfenstam och Thomas Thorburn har lagt fram en intressant metod för prioriteringar inom sjukvården (1). Deras metod har sin utgångspunkt bl a i att marknadsekonomiska metoder inte är användbara för att lösa prioriteringsproblemen i sjukvården. Dessa metoder innebär nämligen att individernas betalningsförmåga avgör hur resurserna fördelas på olika vårdalternativ.

Jag tänker uppehålla mig vid denna punkt och illustrera vilka värderingar som kommer till uttryck genom sådana metoder. Jag kommer också att visa varför beräkningar av en sjukdoms samhällsekon-

miska kostnader inte kan användas som underlag för beslut om vilka sjukdomar som skall prioriteras i hälso- och sjukvården.

De reumatiska sjukdomarna som exempel

Reumatism kostar 7,3 miljarder kronor enligt en artikel i Svenska Dagbladet i augusti 1979 (2). Artikeln byggde bl a på uppgifter som redovisats i utredningen "De reumatiska sjukdomarnas konsekvenser" (3). Beräkningarna visar vad de reumatiska sjukdomarna kostade samhället under året 1975. Kostnaderna fördelade sig på de poster som anges i tabell 1.

Tabell 1. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar år 1975 fördelade på olika slag av kostnader.

Kostnader	Miljarder kronor
Sluten vård	0,6
Öppen vård	0,3
Läkemedel	0,1
Sjukskrivning	2,2
Arbetsvård	0,1
Förtidspension	4,0
Totalt	7,3

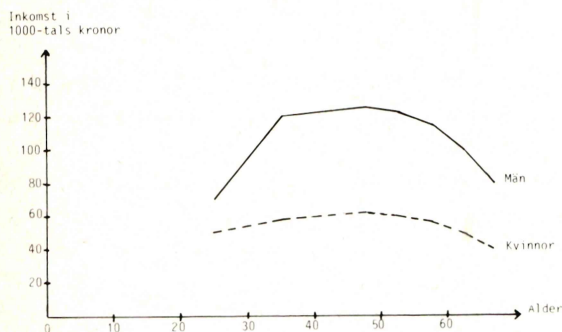
De direkta kostnaderna för sjukvård och läkemedel utgör 1 miljard kronor. Kostnaderna för sjukskrivning, arbetsvård och förtidspension speglar den produktion samhället förlorar på grund av arbetsoförmåga. Produktionsbortfall på grund av förtidig död är ringa för de reumatiska sjukdomarna och ingår för övrigt inte i denna kalkyl. Dessa kostnader kan kallas indirekta kostnader för de reumatiska

sjukdomarna. Tillsammans utgör de 6,3 miljarder kronor, dvs den större delen (86 procent) av de beräknade totala kostnaderna på 7,3 miljarder för 1975. Det är därför intressant att se *hur* dessa kostnader beräknats.

Värdering av produktionsbortfall

Som mått på produktionsförlusten har använts lön inklusive lönebikostnader. De värden som legat till grund för kalkylen framgår av *figur 1*.

Figur 1. Medelinkomst av tjänst och rörelse inkl sociala avgifter för män resp kvinnor 1975.



Källa: Tabellerna 15 och 16 i Hertzman (3)

Figuren visar att inget värde har åsatts sjuklighet eller bestående invaliditet hos barn, ungdomar och reumatiker som är äldre än 66 år.

Personer i yngre medelåldern är värda mer än de i andra åldrar. En 47-årig man är värd nästan dubbelt så mycket som en 25-åring. För kvinnor ger åldern inte lika stora utslag. En 47-årig kvinna är således värd 30 procent mer än en 25-åring.

En man invalidiserad av reumatism är en förlust för samhället värd i stort sett dubbelt så mycket som en kvinna med samma handikapp. Det gäller för alla åldrar utom 18–29 år då mannen är värd endast 40 procent mer än kvinnan.

En man invalidiserad av reumatism är en förlust för samhället värd i stort sett dubbelt så mycket som en kvinna med samma handikapp.

Frågan är vilka konsekvenser denna (marknadsekonomiska?) värdering får när den överförs i värdering av sjuklighet, invaliditet och förtidig död.

I rapporten påpekas att kvinnor har beräknats ha en lägre lön än män och att detta beror på en mängd faktorer såsom diskriminering, tradition och att kvinnor i större utsträckning än män arbetar deltid.

Frågan är emellertid vilka konsekvenser denna (marknadsekonomiska?) värdering får när den överförs i värdering av sjuklighet, invaliditet och förtidig död.

I studien över de reumatiska sjukdomarna redovisas de samhällsekonomiska konsekvenserna av bestående arbetsoförmåga för ett enda år, 1975. Därigenom skiljer sig studien från de flesta andra hittills framlagda beräkningar över olika sjukdomars samhällsekonomiska kostnader. I dessa brukar man räkna in även värdet av det framtida produktionsbortfallet till följd av bestående arbetsoförmåga eller för tidig död. Hur påverkas därigenom värderingen av män och kvinnor i olika åldrar?

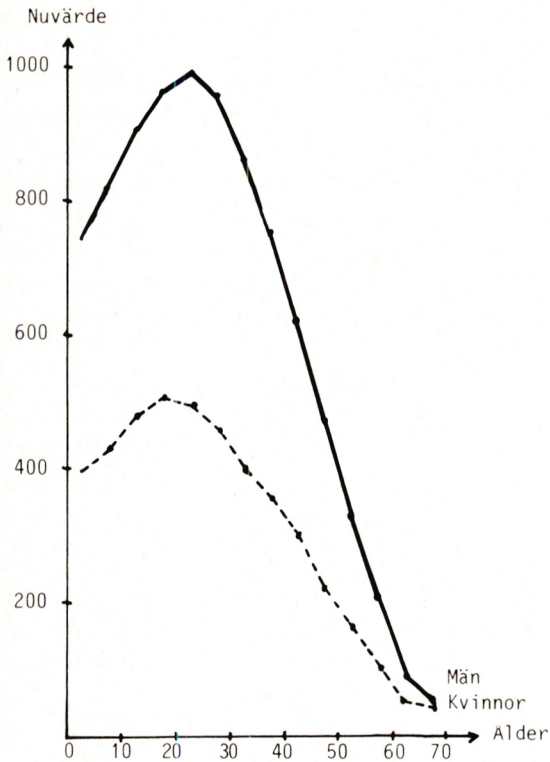
Framtida produktionsbortfall

Figur 2 visar nuvärdet av det framtida produktionsbidraget för en förvärvsarbetande manlig industriarbetare i olika åldrar 1970. Nuvärdet av produktionsbidraget är med andra ord vad samhället förlorar i framtida produktion om en man blir bestående arbetsoförmögen pga sjukdom (eller död) i en viss ålder. Bilden har hämtats från en utredning över de samhällsekonomiska kostnaderna för trafikolycksfall, yrkesskador och rökobetingade sjukdomar (4).

Figuren visar också i detta fall att samhällets produktionsbortfall varierar med åldern på individen. En man i 30-årsåldern representerar det största bidraget till samhällets produktion medan en man nära 70 år inte utgör något bidrag alls. Hans död innebär alltså inte något produktionsbortfall eller någon förlust för samhället.

Figur 2 visar även produktionsbortfallet för en kvinna i olika åldrar. Ålderssambandet är likartat, en kvinna omkring 30 år representerar det största

Figur 2. Nuvärde av framtida bruttoproduktionsbidrag för förvärvsarbetande man resp kvinna i olika åldrar år 1970. Nuvärde i tusental kronor. 1970 års priser. 6 procent real kalkylränta.



Källa: Ernst Jonsson (4)

produktionsbidraget till samhället. Men hennes produktionsbidrag är bara hälften så stort som mannens i samma ålder.

Skillnaden i värde mellan man och kvinna minskar med stigande ålder för att bli nära noll för båda i 70-årsåldern. Produktionsbortfallet varierar inte bara med individens ålder utan även med individens kön. Allt enligt marknadens värderingar?

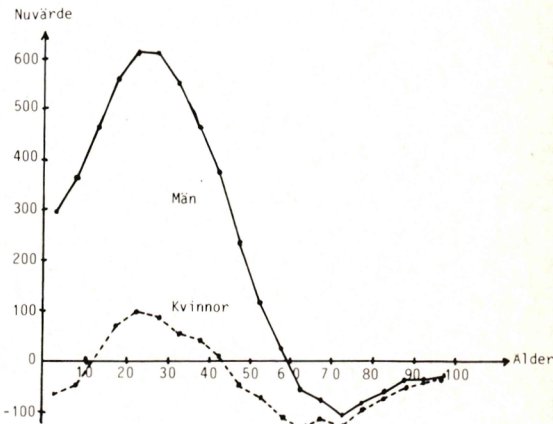
Om en man eller kvinna invalidiseras eller dör går

Det innebär att en man som dör i 60-årsåldern blir en vinst för samhället. En kvinnas död blir en samhällsvinst redan några år efter 40-årsåldern.

Kalkyler som värderar människor efter deras produktionsbidrag till samhället innebär att man konsekvent väljer bort pensionärer och sätter ett lägre värde på barn och ungdom samt kvinnor.

samhället förlustigt ett visst produktionsbidrag. Av dem som lever vidare och blir äldre blir de flesta förr eller senare allt mer utsatta för krämpor, behöver vård och kommer alltså att innebära vårdkostnader för samhället. Med detta synsätt blir en människa som dör inte bara ett produktionsbortfall utan också inbesparade vårdkostnader. Det innebär att en man som dör i 60-årsåldern blir en vinst för samhället. En kvinnas död blir en samhällsvinst redan några år efter 40-årsåldern (Figur 3).

Figur 3. Nuvarande och framtida nettoproduktionsbidrag för genomsnittsman resp -kvinna i olika åldrar år 1970. Nuvärde i tusental kronor. 1970 års priser. 6 procent real kalkylränta.



Källa: Ernst Jonsson (4)

Att prioritera innebär samtidigt att välja bort något. Kalkyler som värderar människor efter deras produktionsbidrag till samhället innebär att man konsekvent väljer bort pensionärer och sätter ett lägre värde på barn och ungdom samt kvinnor.

Man kan då fråga sig:

– Lever vi enbart för att utgöra produktionsbidrag?

- Bedriver vi sjukvård enbart för att förhindra produktionsbortfall?
- Skall planeringen av sjukvården utgå från att sjukvårdens mål enbart är att förhindra produktionsbortfall?

De flesta torde svara nej på dessa frågor.

Det svenska sjukvårdssystemet bygger på principen att alla har rätt till sjukvård, oavsett betalningsförmåga. Även *planeringen* av den svenska sjukvården bör rimligen följa samma princip. Därför måste man avvisa planeringsunderlag som innebär att en människas värde bestäms av hennes förvärvsinkomst.

I sin avhandling om sjukvårdsekonomi konstaterar nationalekonomen Bengt Jönsson att metoden att värdera liv efter storleken på återstående inkomster är tveksam (5). Om man bara vore intresserad av att öka landets samlade produktion skulle detta troligen kunna åstadkommas mycket enklare med hjälp av ökad invandring är genom ökad sjukvård. Han påpekar också att produktionsbortfallsmetoden helt saknar stöd i den ekonomiska välfärdsteorin, som är grunden till sociala lönsamhetskalkyler. Att den ändå kommit att bli den helt dominerande metoden att beräkna hälsans värde anser han förklaras av att den är lätt att tillämpa och ger en skenbart objektiv värdering i en intrikat värderingssituation.

Figur 4. Produktionsbortfallsmodellen.



Källa: Landstingens tidskrift nr 6, 1974

.....

Därför måste man avvisa planeringsunderlag som innebär att en människas värde bestäms av hennes förvärvsinkomst.

.....

Ett räkneexempel om kostnader och nytta

Låt oss återvända till uppgiften att reumatismen kostade 7,3 miljarder kronor 1975. Det är ett ansenligt belopp. Kan detta tolkas så att det är samhällsekonomiskt lönsamt att satsa resurser på reumatikervård? Utan att ifrågasätta vikten av att satsa resurser för att behandla reumatiker måste själva argumentationen kritiseras. Ett enkelt exempel får illustrera kritiken.

Antag att vi har beräknat de samhällsekonomiska kostnaderna i nuläget för tre sjukdomar och att de fördelar sig på följande sätt:

Sjukdom A	200 miljarder kr
Sjukdom B	300 miljarder kr
Sjukdom C	1 000 miljarder kr

Ett ganska vanligt resonemang är: Sjukdomen C kostar i dag samhället stora belopp. Det visar att det finns ett betydande utrymme för insatser inom hälso- och sjukvården för att minska sjukdomens konsekvenser. Det måste därför vara angeläget att satsa resurser på åtgärder för att minska sjukdomens omfattning och följder.

Om detta resonemang leder rätt eller fel är svårt att säga eftersom det är ofullständigt. Ytterligare uppgifter behövs. Antag att vi efter ytterligare utredning kan komplettera tidigare uppgifter på sätt som framgår av tabell 2.

Tabell 2. Ett räkneexempel beträffande samhällsekonomisk kostnad.

	Samhällsekon kostnad i nuläget	Samhällsekon kostnad sedan åtgärder satts in	Minskade sam- hällsekon kostnader (nyttan av vidtagna åtgärder)
Sjukdom A	200	100	100
Sjukdom B	300	100	200
Sjukdom C	1 000	500	500

Uppgifterna utgår från att vi saknar kunnande och teknik för att helt undanröja någon av sjukdomarna. Däremot har vi möjligheter att genom olika åtgärder minska de samhällsekonomiska kostnaderna för de olika sjukdomarna, vilket framgår av kolumnen längst till höger. Enligt denna skulle det största kostnadsbortfallet, dvs den största nyttan av insatta åtgärder uppstå för sjukdom C. För att veta vilken sjukdom som ur strikt ekonomisk synpunkt är lönsam att satsa på måste vi emellertid också veta kostnaderna för dessa åtgärder (tabell 3).

Tabell 3. Nyttan och kostnader i räkneexemplet.

	Nyttan av insatta åtgärder	Kostnad för insatta åtgärder
Sjukdom A	100	25
Sjukdom B	200	100
Sjukdom C	500	500

Ser man till *skillnaden mellan nytta och kostnad* (vinst) för vidtagna åtgärder är det fördelaktigt att satsa på sjukdom B. Är man intresserad av att få största möjliga utbyte av varje *satsad krona* (nytta/kostnad) bör sjukdom A komma i första hand. Oavsett efter vilken av dessa två principer man väljer kommer sjukdom C i sista hand (tabell 4).

Tabell 4. Jämförelse av nytta och kostnad.

	Nytta-kostnad	Nytta/kostnad
Sjukdom A	75	4
Sjukdom B	100	2
Sjukdom C	0	1

Att en sjukdom drar stora samhällsekonomiska kostnader säger således inte något om lönsamheten av ingripanden mot den.

Inte heller utgör de samhällsekonomiska kostnaderna tillräckligt underlag för fördelning av resurser

Att en sjukdom drar stora samhällsekonomiska kostnader säger således inte något om lönsamheten av ingripanden mot den.

Med dessa invändningar mot beräkningar av sjukdomars samhällsekonomiska kostnader, anmäler sig frågan varför sådana beräkningar görs.

mellan olika sjukdomar och hälsoproblem.

Exemplet är en förenkling bla genom att det avser de totala intäkterna och kostnaderna förenade med åtgärder mot en sjukdom. Man utgår tex från att den samhällsekonomiska nyttan och kostnaden är lika stor per patient oavsett hur många som behandlas. Vid beslut om resursfördelning är det emellertid sällan fråga om allt eller intet. Vanligen är frågan istället: hur mycket? Enligt ekonomiska beslutsregler är det förhållandet mellan de marginella kostnaderna och de marginella intäkterna som visar hur mycket resurser som skall satsas på olika åtgärder.

Konklusion

Sammanfattningsvis kan konstateras att en beräkning av en sjukdoms samhällsekonomiska kostnader:

- ger ingen information om lönsamheten att genomföra en viss åtgärd
- ger inte något fullständigt mått på nyttoförlusten till följd av sjukdom och död
- visar att det inte är lönsamt att satsa sjukvårdsresurser på personer utanför arbetskraften, tex pensionärer.

Med dessa invändningar mot beräkningar av sjukdomars samhällsekonomiska kostnader, anmäler sig frågan varför sådana beräkningar görs. Det finns säkert flera olika svar på frågan. Några har redan antytts. Ett ytterligare skäl kan vara förhoppningen att sådana beräkningar kan övertyga beslutsfattare om att det ur ekonomisk synpunkt skulle vara lönsamt att satsa på tex reumatikervård – ett område som annars haft svårt att hävda sig när det gäller resurstilldelning. Detta framskymtar i en tidningsartikel om reumatikervården: "En reumatisk sjukdom innebär i allmänhet inget omedelbart dödshot. Reumatism skapar alltså inte lika mycket ångest som cancer och därför har det också varit svårare att få

pengar och övriga resurser till både vård och forskning inom reumatologin" (6).

Som vi sett finns det många invändningar mot dessa typer av kostnadsberäkningar som underlag för beslut om resurser i sjukvården. Därför är det viktigt att både de som låter göra sådana beräkningar och de som använder dem som beslutsunderlag gör klart för sig vilka värderingar beräkningarna speglar (7).

REFERENSER

1. *Berfenstam R & Thorburn Th*: Prioriteringar inom sjukvården. Ekonomisk debatt 4, s 275–283, 1980.
2. Svenska Dagbladet 1979-08-13.
3. *Hertzman P*: De reumatiska sjukdomarnas samhälls-ekonomiska konsekvenser. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. Lund 1979.
4. *Jonsson E*: Samhällskostnader för trafikolyckor, yrkesskador och sjukdomar orsakade av tobaksrökning. Landstingsförbundet 1975.
5. *Jönsson B*: Sjukvårdsekonomi. AWE/Gebers 1975. (s 28, 52)
6. Dagens Nyheter, augusti 1979.
7. *Berfenstam R mfl*: Hälsoekonomi. Spri publikation S115. 1979-02-15 (s 36).

Sektion för hälsoekonomi vid Spri

I samband med en nyligen genomförd omorganisation på Spris planeringsavdelning inrättades en särskild enhet med ett definierat ansvar för frågor av hälsoekonomisk karaktär. Sektionens arbete är f n inriktat på följande områden:

- Utvärdering av medicinsk teknologi
- Kostnads- och effektanalyser inom sjukvården
- Vårdprogram

Inom området för utvärdering av medicinsk teknologi är man inte inriktad på isolerade spörsmål rörande kapacitet, prestanda och säkerhet hos maskiner och annan teknisk utrustning utan på bedömningar av hela teknologiers värde för människors hälsa och livskvalitet i förhållande till dessas anspråk på resurser. Det övergripande problemet är att det finns ett växande avstånd mellan vad de teknologiska framstegen i vissa

fall låter ana och samhällets möjligheter att ställa resurser till förfogande.

Ett av underlagen till utvärderingar av medicinsk teknologi är kostnadseffektanalyser. Inom detta område pågår ett projekt som avser att demonstrera hur sådana analyser kan genomföras i praktiken. Bland det som studeras nu kan nämnas screening, intensivvård, datortomografi och skopiverksamhet.

På olika håll i landet pågår f n programarbete för samordning av resurserna för vissa sjukdomar eller symtom, s k vårdprogram. Spris arbete på det här området är huvudsakligen inriktat på vårdprogram för sjukdomar som är vanligt förekommande inom primärvården. Sektionen för hälsoekonomi har till uppgift att bl a studera de ekonomiska och organisatoriska effekterna av att bedriva strukturerad vård enligt vårdprogram.