

RED:

PER CARLSSON OCH CLAS REHNBERG

Hälso- ekonomiska perspektiv

Tolv forskare om
utveckling, styrning och utvärdering
av hälso- och sjukvården



SNS FÖRLAG

RED:

PER CARLSSON OCH CLAS REHNBERG

*Hälso-
ekonomiska
perspektiv*

Tolv forskare om
utveckling, styrning och utvärdering
av hälso- och sjukvården

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon 08-453 99 50
Telefax 08-20 62 06

*Hälsoekonomiska perspektiv: Tolv forskare om utveckling,
styrning och utvärdering av hälso- och sjukvården*

Red: Per Carlsson och Clas Rehnberg

1:a upplagan

1:a tryckningen

© 1995 Författarna och SNS Förlag

Omslag: Rickard Frölich

Tryck: Norstedts Tryckeri, Stockholm 1995

ISBN 91-7150-619-5

Innehåll

Författarpresentation 4

Förord 5

I. REFORMER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

1. Nya former för sjukvårdens finansiering och organisation 8
Clas Rehnberg
2. Den medicinska professionen - tre samhällsvetenskapliga perspektiv 40
Peter Garpenby
3. Förslag till ersättningsmodell för barn- och ungdomstandvården 63
Ingvar Westerberg
4. Vilken roll spelar ekonomiska utvärderingar med nya styrformer i sjukvården? 80
Per Carlsson

II. SJUKVÅRDSKOSTNADERNAS BESTÄMNINGSFAKTORER

5. Vad kan vi lära av internationella kostnadsjämförelser? 106
Ulf-G Gerdtham
6. Vilken betydelse har hälso- och sjukvården för hälsan i Sverige? 125
Kwame Gbesemete

III. METODOLOGISKA PROBLEM VID EKONOMISKA UTVÄRDERINGAR

7. Metoder för ekonomisk utvärdering 156
Magnus Johannesson
8. Kostnader vid hälsoekonomiska utvärderingar 177
Göran Karlsson

IV. UTVÄRDERING AV MEDICINSK TEKNOLOGI

9. Hälsoekonomiska utvärderingar vid prioriteringar - politiskt korrekt eller inte? 206
Lars-Åke Levin
10. Varför satsar läkemedelsindustrin allt mer resurser på hälsoekonomiska utvärderingar? 222
Fredrik Andersson
11. Ekonomiska utvärderingar av handikapptechnologier? 249
Håkan Brodin
12. Hälsoekonomiska aspekter på rehabilitering 264
Dick Jonsson

Författarpresentation

Fredrik Andersson	Astra Hässle AB, Mölndal
Håkan Brodin	Uppsala universitet, Uppsala
Per Carlsson	Linköpings universitet, Linköping och Socialstyrelsen, Stockholm
Peter Garpenby	Linköpings universitet, Linköping
Kwame Gbesemete	Röda Korset, Mariefred
Ulf-G Gerdtham	Handelshögskolan, Stockholm
Magnus Johannesson	Handelshögskolan, Stockholm
Dick Jonsson	Linköpings universitet, Linköping
Göran Karlsson	Handelshögskolan, Stockholm
Lars-Åke Levin	Linköpings universitet, Linköping
Clas Rehnberg	Handelshögskolan, Stockholm
Ingvar Westerberg	Hallands läns landsting, Halmstad

Förord

Under de senaste 20 åren har hälsoekonomi utvecklats från att ha varit ett intresseområde för ett mindre antal forskare i världen till att bli ett etablerat universitetsämne och kunskapsområde som under senare år i hög grad påverkat utformningen av hälso- och sjukvårdens organisation och styrning. I Sverige etablerades hälsoekonomin tidigt vid akademiska miljöer framförallt vid universiteten i Lund och Linköping och under senare år vid Handelshögskolan i Stockholm. En gemensam nämnare mellan dessa enheter är professor Bengt Jönsson som varit verksam vid samtliga. Efter att ha varit en av pionjärerna inom den svenska hälsoekonomiska forskningen i Lund var han verksam vid tema Hälso- och sjukvården i samhället vid Linköpings universitet mellan åren 1981 och 1992. Inom den tvärvetenskapliga forskarutbildningen i Linköping har det sedan starten funnits ett omfattande hälsoekonomiskt forskningsprogram som resulterat i ett flertal avhandlingar. Med anledning av Bengt Jönssons 50-årsdag i maj 1994 har hans tidigare doktorander i Linköping ställt samman en skrift, vars syfte är att spegla olika arbetsfält inom hälsoekonomisk forskning och diskutera aktuella frågeställningar i den sjukvårdspolitiska debatten.

Bengt Jönsson har initierat ett stort antal doktorsavhandlingar och projekt med varierande inriktning där ekonomisk teori och metod har tillämpats inom sjukvårdsområdet. Mot bakgrund av hans egen avhandling om sociala lönsamhetskalkyler inom hälso- och sjukvården var det naturligt att detta område dominerat hans verksamhet. Följdriktigt har också flera av de avhandlingar som producerades i Linköping haft en inriktning mot ämnet "Utvärdering av medicinsk teknologi". Detta ämnesområde inom hälsoekonomin har utvecklats såväl beträffande teoretiska frågeställningar som metodologiskt och praktiskt genomförande. I takt med att sjukvårdens institutionella förhållanden kom att diskuteras och ifrågasättas alltmer, ökade intresset för sjukvårdens effektivitet, styrning och strukturella förhållanden. Även internationella analyser av hur kostnadskontroll och effektivitetsproblem hanterades i andra länder har varit ett viktigt inslag i forskningsområdet. Resultaten från denna forskningsinriktning har i hög grad bidragit till diskussionerna om sjukvårdens finansiering och organisation.

Den hälsoekonomiska forskningen var inledningsvis en renodlad akademisk verksamhet som möttes med skepsis från såväl den medicinska professionen

som företrädare för den offentliga hälso- och sjukvården. Med åren kom ämnet att accepteras i allt vidare kretsar. Inom inriktningen utvärdering av medicinsk teknologi pågår idag en mängd samverkansprojekt mellan hälsoekonomer och läkare. Beträffande utformningen av sjukvårdens finansiering och organisation har den hälsoekonomiska kompetensen varit central vid flera offentliga utredningar och projekt på såväl nationell nivå som inom landstingen. Ytterligare en sektor som tidigt visade ett intresse för hälsoekonomiska utvärderingar var läkemedelsindustrin. Detta intresse har med tiden resulterat i att företagen själva initierar och genomför hälsoekonomiska studier. Författarna till kapitlen i boken har efter avslutade examina valt olika verksamhetsområden inom universitet/högskolor, landsting, läkemedelsbolag mm, vilket även avspeglar sig i de olika kapitlen.

Det är vår förhoppning att läsarna skall finna glädje av boken i olika sammanhang, inte minst i undervisning.

Vi vill på allas vägnar samtidigt rikta ett stort tack till vår tidigare handledare, vars idéer fortfarande präglar vår forskargärning.

Linköping och Stockholm i augusti 1995

Per Carlsson och Clas Rehnberg

I. REFORMER INOM HÄLSO- OCH SJUK- VÅRDEN

1. Nya former för sjukvårdens finansiering och organisation

Clas Rehnberg

Introduktion

De sjukvårdspolitiska och hälsoekonomiska diskussionerna har fokuserat på olika aspekter av hälso- och sjukvården under de senaste decennierna. Med de kraftiga kostnadsökningarna inom sjukvården under 1960- och 1970-talen diskuterades utformningen av kostnadskontrollerande åtgärder. I flera länder infördes efterhand olika former av budget- och volymbegränsningar. I Sverige prövades skattestopp för landstingen och den statliga ersättningen till sjukvården begränsades till bidrag baserade på invånarantal istället för prestationer. Med den nya hälso- och sjukvårdslagen fick landstingen samtidigt ett totalansvar för sjukvårdens styrning och organisation. När sjukvårdskostnaderna under mitten av 1980-talet bringades under kontroll kom intresset att fokuseras på frågor rörande strukturella förhållanden, styrning och effektivitet. De former för ekonomisk styrning som tidigare utvecklats var anpassade till en period då sjukvården befann sig i ett expansivt skede. Med en begränsad resursram krävdes system för effektivisering av befintliga verksamheter och omfördelning av resurser till nya områden. Detta innebar krav på omfattande förändringar av ekonomistyrningen vilket medförde att flera landsting introducerade nya styrmodeller.

Den "helintegrerade" modell som utgjort kärnan i svensk sjukvård kom att ifrågasättas alltmer. De problem som var föremål för diskussion var en sjunkande produktivitet i kombination med långa väntetider, svårigheter att omfördela resurser inom vården samt begränsningar för patienterna att välja vårdgivare. Problemen under 1980-talet kom att medföra ett nytänkande och en förnyelse av den offentliga vården. Landstingen inledde därvid en process där den ekonomiska styrningen av verksamheten anpassades till större krav på effektivitet och till ändrade ekonomiska förutsättningar. Inom flera landsting prövades i mindre skala möjligheten att lägga ut verksamhet på externa entreprenörer. Nytänkandet inom den offentliga sektorn kom att omfatta en allt större krets av sjukvårdspolitiker där partigränserna i viss mån suddades

ut. Vid Landstingsförbundets kongress år 1991 ställde sig samtliga större politiska partier bakom ett uttalande att uppmuntra konkurrens och alternativa driftsformer inom hälso- och sjukvården (Landstingsförbundet, 1991).

Flera landsting införde under 1990-talet en uppdelning av landstingsorganisationen i en del som företräder konsumentintresset och en del för att representera producentsidan. Detta är en central egenskap i de nya styrmodellerna där avsikten är att särskilja konsument- och producentintressena i en form av intern marknadsrelation samtidigt som den offentliga finansieringen bibehålls för att ge ett heltäckande ekonomiskt skydd för medborgarnas behov av sjukvård. Parallellt till dessa förändringar genomfördes på nationell nivå dels husläkarreformen och dels den fria etableringsrätten för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Genom dessa reformer flyttade de privata vårdgivarna fram sina positioner inom främst den öppna läkarvården.

Denna utveckling mot en separation av beställare och utförare, införandet av prestationsersättning, ökad självständighet och visst inslag av konkurrens mellan vårdgivare samt ökad valfrihet för patienterna har dock inte genomförts i samtliga landsting. Reformerna kom också att ifrågasättas under 1994 års valrörelse där en tydlig polarisering förekom kring dessa frågor. Efter valet har såväl husläkarlagen som lagen om läkarvårdsersättning för privata vårdgivare avskaffats. Inom flera landsting har också kritik framförts mot tillämpningar av marknadsmekanismer inom vården.

Utformningen av ekonomiska styrsystem inom hälso- och sjukvården har diskuterats i termer av planering ("hierarki") eller marknad. Den uppbyggnad av svensk sjukvård som ägde rum under 1960- och 1970-talen hanterades i huvudsak i en långt driven planeringsmodell. Med införandet av interna marknader i beställar/utförar-modeller har inslagen av marknadsmekanismer i den ekonomiska styrningen ökat. Denna typ av interna marknader (eller "kvasi-marknader") skiljer sig emellertid radikalt från traditionella marknadslösningar, som dessa är beskrivna i läroböcker. Hälso- och sjukvården uppvisar flera egenskaper som försvårar renodlade marknadslösningar. Oavsett valet mellan planerings- eller marknadsmodeller är det viktigt att vid val av styrsystem ta hänsyn till de speciella egenskaperna inom sjukvården.

Egenskaper inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdstjänster produceras av en mängd olika myndigheter, företag och organisationer. Sjukhus, sjukhem, vårdcentraler, läkarmottagningar etc. i såväl offentlig som privat regi kan ses som motsvarigheten till begreppet företag i den ekonomiska teorin. Producenter inom sjukvården agerar även i en omgivning som motsvarar marknaden för ett företag, men där såväl den interna strukturen i sjukvårdsorganisationen som dess omgivning skiljer sig i flera avseenden från det traditionella företagets agerande på en marknad med konkurrens.

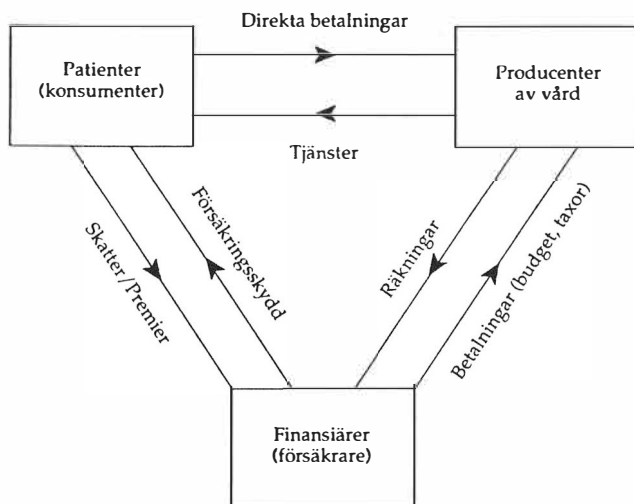
Det kan kännas ovant att diskutera sjukvården utifrån ett begrepp som "marknadsmiljö". Det är också enkelt att inse att sjukvård i flertalet länder inte bedrivs på en oreglerad fri marknad. Begreppet kan dock användas för att diskutera den omgivning som sätter begränsningar för hur sjukvårdsorganisationer kan agera. Det är främst två egenskaper inom sjukvården som medfört olika typer av regleringar: osäkerhet och en ojämn informationstillgång mellan producent och konsument. Med osäkerhet inom sjukvårdsmarknaden avses att det framtida hälsotillståndet och därmed vårdkonsumtionen är okänd för flertalet individer. Begreppet informations-asymmetri uttrycker det ojämna kunskapsförhållandet mellan läkare och patient inom sjukvården.

Osäkerhet och försäkring

Aktörerna på en marknad brukar delas upp i producenter och konsumenter. De finansiella relationerna är enkla. Producenterna levererar varor eller tjänster och konsumenterna kompenserar producenterna för detta genom betalningar som i sin tur producenterna kan använda för att betala sina leverantörer, sin arbetskraft och sina investeringar. Denna enkla marknadsmodell ser vi sällan inom sjukvården och det finns många goda skäl till det. Eftersom sjukdom är oförutsägbar och när den inträffar medför drastiska ekonomiska konsekvenser samtidigt som flertalet individer har riskaversion har försäkringssystem uppstått. Med ett försäkringsskydd följer en tredje part, försäkringsgivaren, vilket komplicerar de finansiella relationerna. Denna tredje part ger ett försäkringsskydd till patienten mot ersättning i form av skatter eller aktuariemässigt beräknade premier. I gengäld betalar denna tredje part räkningarna som kommer från den som producerar vård.

Denna tredjepartsfinansiering gäller i alla sjukvårdssystem oberoende av om finansieringen är privat eller offentlig. De ekonomiska relationerna kan därför beskrivas i en marknadstriangel för sjukvården. I denna triangel är det direkta flödet av betalningar mellan patienter och vårdgivare litet. Det innebär att varken konsumenter eller producenter har något större intresse av kostnaderna och kostnadseffektiviteten när valet om behandling träffas. Detta ansvar kommer därför att åvila den part som direkt svarar för betalningen.

Figur 1.1. Ekonomiska relationer inom hälso- och sjukvården.



Problemet med att försäkringslösningar inte ger den försäkrade motiv att hålla kompensationen nere för den händelse försäkringen avser (sjukdom) benämns "moral hazard" i ekonomisk litteratur och kan delas upp i två typer: (a) sannolikheten för att händelsen skall inträffa, (b) överkompensation vid vårdtillfället. Det är främst den senare typen av "moral hazard" som har betydelse för ekonomistyrningen. Inom sjukvården har försäkringsinstitutioner haft svårigheter att kontrollera värdet av kompensationen, d v s kostnaden vid vårdtillfället. Försäkringen kan genom åtgärder riktade mot konsumenten (t ex patientavgifter) eller producenten (kontroll av vårdgivare) minska risken för överutnyttjande av sjukvård. Det är främst åtgärder riktade mot producenten som visat sig effektfulla. Åtgärder riktade mot konsumenten har dels varit i konflikt mot fördelningspolitiska målsättningar, dels i sig visat sig mindre

verkningsfulla. Ett skäl till att åtgärder riktade mot konsumenten tenderar att ha liten effekt är producentens kunskapsöverläge (informations-asymmetri).

Försäkringens kontroll över vårdproduktionen kan utformas på flera sätt. Med försäkringsinstitutioner utan produktionsansvar hanteras de finansiella relationerna med vårdgivarna via kontrakt. Ett alternativ är att som i de svenska landstingen integrera försäkring och vård under en och samma huvudman. Kontrollen av vårdgivarna kan då hanteras via administrativa regler inom organisationen. I den organisationsform som ökat sin marknadsandel mest i den amerikanska sjukvården under senare år är de s k Health Maintenance Organizations (HMOs) har man integrerat försäkringen med delar av produktionen. Flera studier visar att man genom kontroll av vårdgivarna lyckats begränsa vårdutnyttjandet och kostnaderna i jämförelse med andra producenter (se bl a Luft, 1981; Hale & Hunter, 1988; Frech III, 1988).

De svenska landstingen har genom ett gemensamt ansvar för finansiering och produktionen motsvarande möjligheter. Det är dock oklart hur kontrollen av vårdutnyttjandet utförs av försäkringsfunktionen inom landstingen. En viktig skillnad mellan HMO och de svenska landstingen är den konkurrens som förekommer mellan olika HMO samt med andra sjukförsäkringar i den amerikanska sjukvården. En integrering av försäkring och produktion medför inte med nödvändighet ett gemensamt ägande av båda funktionerna. Långsiktiga kontrakt är en mellanform av integrering, som flera HMO tillämpat för sjukhusvård.

Informations-asymmetri

Den ojämna kunskapsfördelningen (informations-asymmetri) mellan producent och konsument har motiverat åtgärder för att skydda konsumenten från exploatering. Detta förklarar vårdproduktionens utformning och de regleringar som av yrkesverksamma inom sjukvården. Enligt Evans (1984) är vinstdrivande sjukvårdsgivare sällsynta i flertalet sjukvårdssystem. Huvuddelen av vårdgivarna är privata icke-vinstdrivande eller offentliga institutioner. Konsumenternas transaktioner med renodlat vinstmaximerande företag, t ex läkemedelsindustrin, hanteras ofta via mellanled (apotek, läkare). Hansmann (1980) hävdar att även i sjukvårdssystem där konsumenterna kan välja producent på en marknad så tenderar icke-vinstdrivande producenter att dominera. Som förklaring anges att inom sektorer där konsumenten har små möjligheter

att avgöra kvaliteten på varan eller tjänsten ifråga så tenderar man att undvika producenter som har incitament att exploatera konsumenten. Inom den amerikanska sjukvården utgör de icke-vinstdrivande sjukhusen mer än 80 procent av marknaden. Även inom andra sektorer där konsumenterna har svårigheter att hålla sig välinformerade om varans/tjänstens egenskaper, t ex utbildning och välgörenhet, dominerar icke-vinstdrivande organisationer.

Enligt Evans (1984) har även inträdet till sjukvårdsmarknaden begränsats av offentliga regleringar samt informella överenskommelser mellan producenterna. Genom att lindra effekterna av konkurrens har incitamenten hos producenten att exploatera konsumenten minskat ytterligare. Att ge den medicinska professionen rätt till kollektiv självreglering reser dock frågan i vilken utsträckning professionens egna intressen gynnas. Kombinationen av självreglering och ersättning av vinstmotivet med andra, ofta mindre tydliga, målsättningar har medfört att effekterna av konkurrens lindrats. En sidoeffekt av konkurrensbegränsningar är naturligtvis att incitamenten till en hög produktivitet reduceras. Ett visst mått av "organizational slack" accepteras i högre grad i organisationer som inte utsätts för konkurrens. De relativt stora variationerna i produktivitet och vårdutnyttjande mellan sjukvårdsproducenter indikerar brister i den tekniska effektiviteten. Samtidigt har det inom sjukvården funnits ett stort utrymme för beslutsfattare som den medicinska professionen att avgöra för vilka ändamål resurserna skall användas. En central frågeställning är om konsumentens välfärd är större i ett system med avsaknad av konkurrens och inslag av "organizational slack" i jämförelse med att bli exploaterad på en "fri" men imperfekt marknad. I praktiken kommer en ökad marknadsstyrning att innehålla stora inslag av regleringar. I den pågående utvecklingen där den helintegrerade landstingsmodellen bryts upp är det snarare frågan om en *omreglering* än en *avreglering*. Det regleringar som avvecklas måste ersättas av andra för att uppnå en reglerad marknad. I detta sammanhang kommer karakteristiska egenskaper som osäkerhet och informationsasymmetri att spela en väsentlig roll för marknadens funktionssätt.

Reformer inom svenska landsting

Den tidigare ekonomistyrningen var uppbyggd och anpassad till en period då sjukvården befann sig i ett expansivt skede. De problem som aktualiserade förändringarna var en tilltagande resursknapphet i kombination med produktivtetsproblem, långa väntetider för elektiv vård, problem med att omfördela re-

surser samt begränsningar för patienterna att välja vårdgivare. I de diskussioner som föregick införandet av nya styrmodeller inom landstingen framfördes även kritik mot att producentperspektivet kom att dominera konsumentperspektiv inom sjukvården. I den svenska sjukvårdsmodellen har finansieringen integrerats med produktionen under landstingens huvudmannaskap. Till skillnad från t ex länder med socialförsäkringsystem produceras sjukvårdstjänster av samma aktör som finansierar vården. Även inom sjukvårdsproduktionen har inslaget av entreprenad varit marginellt. Generellt har andelen extern sjukvård och annan service varit låg inom landstingen.

Producenter inom svensk sjukvård har som i flertalet länder varit skyddade från konkurrens. En uppdelning av landstingsorganisationen i en del som företräder konsumentintresset och en renodlad producentsida är ett centralt inslag i de s k landstingsmodeller som under senare år introducerats i flera landsting. Avsikten är att åstadkomma en konkurrens mellan vårdgivare samtidigt som den offentliga finansieringen även i fortsättningen ger ett heltäckande ekonomiskt skydd för medborgarnas behov av sjukvård.

Inom flera landsting pågår stora förändringar av styrsystem och organisationsformer. Till skillnad från den relativt enhetliga uppbyggnaden av ekonomistyrningen under den expansiva fasen under 1960-talet, har olika landsting idag valt att gå sina egna vägar. Tidigare följde flertalet landsting rekommendationer utarbetade av Landstingsförbundet. Vi kan nu se en betydligt större pluralism i sättet att fördela resurser och organisera vården. Nedan summeras utvecklingen mot marknadstänkande inom landstingen.

- * Införande av beställarenheter
- * Valfrihet för patienten
- * Konkurrens mellan vårdgivare
- * Kontrakt och prestationsersättning
- * Självständiga vårdgivare

Införandet av beställarenheter som företräder medborgarna och upphandlar sjukvårdstjänster internt inom landstingen har utformats på olika sätt. I vissa landsting har funktionen decentraliserats till lokala enheter som i Dalarna där

15 sjukvårdsområden svarar för upphandling av sjukhusvård. I Östergötland och Sörmland är beställarenheten centralt placerad. Landstingen i Stockholm och Malmöhus har valt en mellanform där distrikt inom landstingen svarar för upphandlingen. En klar fördel med en utveckling där landstingen väljer olika styrformer är att det ger möjligheter att studera skillnader i kostnader och effekter av olika styrformer.

Olika former av beställarorganisationer har etablerats successivt i landstingen. Landstinget Dalarna var först med att införa en beställarorganisation som omfattar samtliga invånare. Som framgår av nedanstående tabell är det ett mindre antal landsting som arbetar med beställarenheter. Under 1994 uppskattas knappt hälften av landstingen ha inrättat någon form av beställarenheter. Av tabellen framgår även att upphandling av sjukvårdstjänster i första hand prövats inom de kirurgiska specialiteterna. Upphandling av specialiteter som psykiatri, geriatrik och primärvård har införts senare.

Tabell 1.1. Utvecklingen av beställarorganisationer inom landstingen.

<u>År</u>	<u>Landsting</u>	<u>Specialitet</u>
1991:	Dalarna (Stockholm)	Somatisk sjukhusvård kirurgi, två sjukhus)
1992:	Dalarna Stockholm Örebro Östergötland	Psykiatri Del av kirurgisk vård Del av kirurgisk vård Folktandvården
1993:	Stockholm Sörmland Bohuslän Östergötland Örebro	All kirurgi/medicin All sjukvård All sjukvård All sjukvård All som. sjukvård

Införandet av landstingsmodeller baserade på interna marknader har även inneburit en övergång från anslagsfinansiering till prestationsersättning inom flera specialiteter. Samtidigt har valfriheten för patienterna att välja vårdgivare ökat markant inom såväl sjukhusvård som primärvård. Utfallet av dessa val kan ses som en legitimering av den kollektiva upphandlingen. Det är

emellertid uppenbart att det finns en motsättningen mellan en kollektiv upphandling och principen "att pengarna följer patienten". För att hantera avvikelser från överenskommelser förutsätts någon form av flexibilitet i kontraktens utformning. Befolkningens totala behov av sjukvård kanaliseras dock via centrala eller lokala beställarenheter.

Reglering och konkurrens mellan vårdgivare

Ett argument för att separera beställare och producenter är att åstadkomma en konkurrenssituation mellan vårdgivare. Förutsättningar för konkurrens är en marknad med många köpare och säljare i ett frivilligt utbyte av varor och tjänster. Om vi tillämpar dessa villkor för de interna marknader som ingår i flera landstingsmodeller kan vi konstatera att villkoret om många köpare främst uppnås i de landsting där beställarfunktionen har spridits på flera lokala beställare (t ex Dalarna). De landsting som har centraliserat beställarorganisationen (t ex Sörmland) har i grunden byggt i en form av monopsoni, dvs endast en köpare, i sina modeller. Denna avvikelse från en perfekt marknad kan tyckas vara en fördel med en dominerande köpare som kan pressa priserna. Det finns emellertid även flera problem med en monopsoni-situation rörande moral och motivationen hos vårdgivare som pressas hårt i förhandlingar och överenskommelser.

Även på producentsidan återfinns egenskaper i vissa landstingsmodeller som försvårar en konkurrens. Detta gäller främst inom sjukhusvården där enheternas frihetsgrader har begränsats. I flera landsting hanteras t ex överkapaciteten inom akutsjukvården med administrativa beslut snarare än marknadslösningar. Omstruktureringen av sjukhussektorn i Stockholms läns landsting är ett exempel där produktionsvolym och inriktning hanteras centralt med administrativa beslut istället för signaler i form av beställarenheternas efterfrågan av tjänster. Även i Dalamodellen där samtliga sjukhus ingår i en "sjukhusgrupp" hanteras strukturbesluten administrativt. Det kan finnas starka skäl för att strukturbeslut inom sjukhussektorn hanteras mest effektivt med administrativa beslut. Mot bakgrund av att konkurrens inte använts som ett medel att anpassa utbudet av sjukhus-tjänster till beställarenheternas efterfrågan saknar vi emellertid empiriska erfarenheter av detta alternativ. Tillämpningen av administrativ styrning kan även förklaras med att landstingen har ett intresse och ansvar för sjukvårdsproduktionen i sin roll som ägare.

En speciell form av konkurrens är s k *contestable competition*, vilket innebär att det endast finns utrymme för en producent i taget, men att denne kontinuerligt utsätts för konkurrens via anbudsförfarande. Erfarenheter av denna marknadstyp finns inom sektorer med naturliga monopol som el- och vattenförsörjning. Denna marknadstyp är tillämpbar för sjukvårdstjänster i glesbygd samt för stora delar av sjukhusvården. Utkontraktering av driften av primärvårdsområden vid ett antal landsting är ett försök pröva denna marknadsform. Det är emellertid en oprövad modell inom flertalet landsting.

Möjligheterna för nya vårdgivare att etablera sig är viktigt för konkurrensen. Med begränsade resursramar måste även utträde från marknaden vara möjligt. Även här finns begränsningar i flera landstingsmodeller där t ex kraftiga neddragningar och nedläggningar av sjukhus kräver administrativa eller politiska beslut. Införandet av husläkarreformen har aktualiserat problemet om in- och utträde på marknaden. I princip finns ett fritt tillträde till marknaden för nya vårdgivare samtidigt som utträdet av offentliga vårdgivare begränsas av bl a anställningsavtal.

Priset på en marknad kan vara fritt eller reglerat. I landsting med interna marknader regleras priset för vårdtjänster i kontrakt mellan beställare och vårdgivare. Övergången från anslag till prestationsersättning ställer landstingen inför olika problem. Ett problem är hur priser skall fastställas. Ett jämviktspris på en marknad med en mångfald av välinformerade säljare och köpare lär inte etableras i det korta tidsperspektivet.

Beträffande prissättningen i landstingsmodellerna kan två principer urskiljas. Ett alternativ är att inrätta centralt administrerade priser i likhet med det prospektiva ersättningssystemet i Medicare-programmet (DRG) i USA. De problem som noterats med reglerade priser är en ständig modifiering av systemet beroende på utvecklingen av medicinsk teknologi, en stor spridning av resursutnyttjande inom ersättningsgrupperna samt möjligheter för vårdgivarna att manipulera systemet. En tillämpning med centralt fastställda priser är införandet av en gemensam prislista i Stockholms läns landsting, där ett tak sätts för ersättningen till sjukhusen.

Det andra alternativet är någon form av förhandlat pris. Eftersom såväl säljar- som köparsidan i flertalet fall innehar monopol-(monopsoni)-positioner är det sannolikt att man hamnar i en bilateral relation. Förhandlingsstyrka och parternas uppfattning om varandra kommer att vara avgörande för pris och

innehåll i de avtal som sluts. Denna typ av prisförhandling har inte varit central i någon landstingsmodell. Beställarenheter som är den dominerande köparen av tjänster vid ett visst sjukhus har dock lyckat förhandla till sig rabatter. De prestationsersättningar som tillämpas baseras emellertid på reglerade priser. För ett fåtal standardiserade tjänster som produceras av privata och offentliga vårdgivare och upphandlas med privata och offentliga medel har en form av marknadspris etablerats (exempel kataraktoperationer).

Kontraktstyper

I de landsting där kontrakt tillämpats som styrform kan två typer identifieras:

a) "Abonnemangskontrakt", vilket innebär att beställaren för ett årligt anslag har tillgång för en viss definierad service. Med dessa kontrakt styrs främst vilken kapacitet som skall finnas tillgänglig. "Abonnemangskontrakt" tillämpas främst för verksamheter där en stor osäkerhet råder om kostnader och effekter av vårdinsatser. Exempel på överenskommelser som kan klassificeras som "abonnemang" är s k befolkningskontrakt med primärvård, geriatrisk vård och psykiatri men även inom t ex internmedicin. Dessa kontrakt har ibland kompletterats med prestationskrav som antal besök hos läkare eller distriktssköterska, etc., krav på kvalitet och maximal väntetid. Ett problem med abonnemangskontrakt är att de är ofullständiga beträffande vilka prestationer ersättningarna avser. Genom att inte koppla ersättningen till specificerade prestationer uppstår möjligheter för ett opportunistiskt agerande från båda parter. Hur denna osäkerhet utnyttjas är central för att bedöma effektiviteten i dessa kontrakt. Vårdgivarna kan t ex på egen hand avgöra inriktningen på vården inom avtalad resursram. Kontrakten ger beställarna små möjligheter att styra innehållet i vården.

Den kanske viktigaste styreffekten av denna kontraktsform är målsättningar/villkor om maximal väntetid för patienten. Genom att inte acceptera långa väntetider har en märkbar produktivitetökning och förbättrad tillgänglighet kunnat noteras inom specialiteter där köerna tidigare varit långa. Med kontraktsformen utsätts även vårdgivarna för en viss risk genom en osäkerhet om vårdutnyttjandet och där oväntade kostnadsökningar kan drabba vårdgivarna. Genom att båda parter har samma ägare finns dock möjligheter att via administrativa principer styra vårdgivarna. Det betyder samtidigt att kontrakten som styrmedel minskar i betydelse, dvs en återgång till tidigare styrformer.

Dessa kontrakt uppvisar därmed egenskaper som tidigare existerade med anslagstilldelningen.

En annan typ av kontrakt är, b) "Prestationsbaserade kontrakt". I dessa kontrakt sker ingen direkt reglering av den totala mängden resurser för en viss service. En möjlighet till kostnadskontroll är dock att ange ett max-tak för antalet behandlingar. Priserna kan antingen baseras på genomsnittskostnaden, eller om överkapacitet föreligger baseras på marginalkostnader. Denna typ av kontrakt förekommer främst inom specialiteter där såväl kostnader som indikationer kan specificeras. De "prestationsbaserade kontrakten" återfinns främst inom de kirurgiska specialiteterna. Beträffande fastställande av priser föreligger en stor osäkerhet och i flertalet landsting har prissättningen fastställts eller övervakats centralt inom landstingen, d v s något "marknadspris" har inte fastställts som ett resultat av förhandlingar mellan beställare och vårdgivarna.

En fördel med de prestationsbaserade kontrakten är att vårdgivarnas utrymme för ett opportunistiskt agerande minskar. Genom att kontrakten specificerar såväl kostnader som prestationer ges möjligheter för beställarna att styra verksamhetens inriktning. Det har visat sig att beställarenheter kunnat ställa krav på vilka verksamhetsområden som skall prioriteras.

Införandet av kontraktsstyrning med inslag av ekonomiska incitament har lett till farhågor om att kvalitetsaspekter inte beaktas vid en resursfördelningen. Samtidigt finns ett starkt professionellt incitament för att upprätthålla en hög vårdkvalitet. Detta kan emellertid påverkas av faktorer som regleringar, ersättningsystem och andra styrmekanismer. Initialt framgår dock att kvalitetsaspekterna ingår i flera kontrakt. De minskade väntetiderna och köerna till operationer och behandlingar har i sig inneburit en kvalitetsökning. Uppdelningen på köpare och säljare har också i sig lyft fram kvalitetsaspekterna i jämförelse med den traditionella budgetprocessen. Ett intressant sätt att hantera kvalitetsaspekterna är att "bevisbördan" för att redogöra för vårdkvaliteten läggs på vårdgivarna.

Administrationskostnader

I varje sjukvårdssystem, liksom i och andra verksamheter, finns kostnader som inte direkt används för att producera varor eller tjänster. Det handlar dels

om kostnader för att hantera relationer mellan enheter, dels kostnader för att inom en enhet styra den interna verksamheten. Dessa insatser brukar benämnas administrations- eller transaktionskostnader. Kostnader för finansiering samt ersättning, styrning och kontroll av vårdgivare är exempel på aktiviteter som är nödvändiga för att administrera ett sjukvårdssystem. I diskussionerna om för- och nackdelar med olika sjukvårdssystem har skillnader i administrationskostnader uppmärksammats (Poullier, 1992).

De försök som gjorts att uppskatta storleken på dessa aktiviteter visar på problem beträffande såväl definitionen som mätningen av administrationskostnader. Ett sätt att definiera de administrativa kostnaderna inom hälso- och sjukvården är att utgå från de relationer som finns mellan de tre huvudsakliga aktörerna; konsument, finansär (beställare) och producent. Samtliga dessa tre relationer innehåller utbyten som ger upphov till kostnader. Mellan konsument och försäkringsgivare uppkommer kostnader vid uppörd av intäkter i form av skatt eller premier. Administrationen av ersättningar från försäkringsgivare till vårdproducenter i form av taxor, kontrakt eller budget ger även upphov till kostnader. Införandet av beställarorganisationer finansierade med offentliga medel ändrar inte den första typen av administrationskostnader.

Någon kartläggning av kostnaderna för de totala administrativa aktiviteterna inom svensk sjukvård har inte genomförts. De enheter som administrerar ersättningen till vårdgivarna, landstingen och Riksförsäkringsverket, saknar en tydlig redovisning av sjukvårdens administrationskostnader. För landstingen finns en redovisning av kostnaderna för central förvaltning. Dessa kostnader avser samtliga verksamhetsområden inom landstingen samtidigt som kostnader för administrationen på distriktsnivå inte är inkluderad. Utvecklingen av kostnaderna för den centrala förvaltningen inom landstingen studerades av Lane, Arvidsson & Magnusson (1986) för perioden 1950-1982. År 1950 utgjorde kostnaderna för central förvaltning 1,57 procent av landstingens totala kostnader. Motsvarande andel år 1982 var 2,54 procent. Studien visade att andelen varit relativt konstant under 1970-talet. År 1992 redovisas de centrala förvaltningarnas andel av landstingens utgifter till 3,0 procent (Landstingsförbundet, 1993). De centrala förvaltningarnas andel av de totala kostnaderna har varit relativt konstant under de senaste tjugo åren. Dessa kostnader inkluderar emellertid inte administrativa aktiviteter på andra nivåer inom landstingen. Inte heller ingår administrativa kostnader för att internt styra produktionen.

I den parlamentariska utredningen HSU-2000 beräknades de administrativa kostnaderna (eller overheadkostnaderna) som är kopplade till fördelning och kontroll av hälso- och sjukvårdens resurser vid Stockholms läns landsting (Rehnberg, 1993). Dessa kostnader avsåg resurser för den politiska och administrativa ledningen på central nivå samt kostnader för lokala beställarorganisationer. I kostnaderna ingår inte den interna administrationen vid produktionsenheter (sjukhus, vårdcentraler etc.). I tabell 1.2 redovisas administrationskostnaderna för finansierare (beställare) i ett antal sjukvårdssystem.

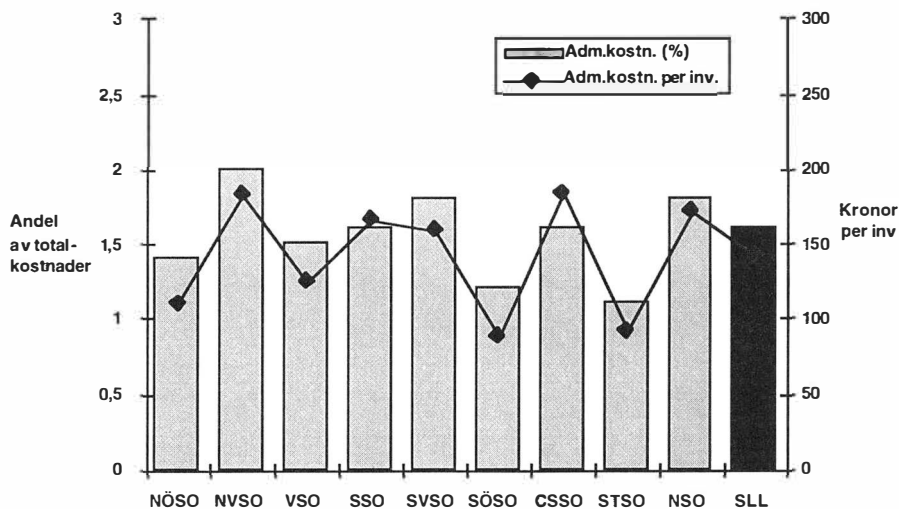
Tabell 1.2. Administrationskostnader inom Stockholms läns landsting år 1991, miljoner kronor.

<u>Administrativ funktion</u>	<u>Totalt</u>	<u>Sjukvård</u>
Politisk ledn./adm.	313,4	227,8 (1.38%)
Hälso- och sjukvårdsnämnd	252,4	252,4 (1.53%)
Beställarstyrelser	186,0	<u>186,0 (1.12%)</u>
Summa:		666,2 (4.03%)

Källa: Rehnberg, 1993.

Totalkostnaden för hälso- och sjukvården inom landstinget uppgick samma år till 16.525 miljoner kronor, vilket innebär att administrationskostnadernas andel uppgick till ca 4 procent. Beställarstyrelsernas andel uppgick år 1991 till drygt 1 procent. Dessa hade vid tidpunkten även ett visst ansvar för vårdproduktion. För år 1994 har de förväntade resurserna för upphandling beräknats per sjukvårdsområde samt totalt för Stockholms läns landsting (figur 1.2).

Figur 1.2. Administrationskostnader per sjukvårdsområde.



Källa: Rehnberg, 1995.

Som framgår av tabellen utgör de administrativa kostnaderna vid beställarområdena 1.6 procent för landstinget som helhet. Tillsammans med kostnaderna för den politisk/administrativa landstingsledningen och HSN uppgår administrationskostnadernas andel till ca 4-5 procent. Beträffande de variationer som finns mellan sjukvårdsområdena (1.2-2.0%) är det svårt att ge förklaringar. Skillnaderna förklaras delvis av att vissa områden ansvarar för upphandling av deltjänster för hela landstinget (t ex ambulansverksamhet). De administrativa kostnaderna per invånare ger inga indikationer på att det t ex föreligger stordriftsfördelar vid beställarenheterna. Att slå samman sjukvårdsområdena till större enheter skulle knappast ge lägre administrationskostnader. Det förhindrar naturligtvis inte att sjukvårdsområdena frivilligt samverkar vid delar av upphandlingen.

Administrationskostnader som vårdgivarna har för sin relation med beställarområdena ingår inte i ovanstående siffror. Det är svårt att fastställa dessa kostnader för såväl det tidigare budgetsystemet som för Stockholmsmodellen. Dessa kostnader skall emellertid täckas av den DRG-ersättning vårdgivarna erhåller för sina sjukvårdstjänster. Mot bakgrund av de senaste årens produktivitetsoökningar inom landstinget det inte sannolikt att administrationskostnaderna på producentsidan har ökat avsevärt.

I debatten om sjukvårdens organisation och finansiering framhålls ofta risken med att interna marknader ökar administrationskostnaderna. Införandet av en intern marknad enligt Stockholmsmodellen har emellertid inte dramatiskt ökat de administrativa kostnadernas andel. I internationella studier finns inte heller något stöd för att prestationsersättning och beställar/utförar-relationer inom sjukvården leder till en kraftig ökning av administrationskostnader.

Tabell 1.3. Administrationskostnader som andel av totala utgifter för olika finansörer.

<u>Sjukvårdssystem</u>	<u>Administrationskostnadernas andel</u>
Sverige:	
Stockholm	4,0%
RFV (läkarvård)	1,5%
USA:	
Medicare	2,1%
Medicaid	3,2-11,8%
HMO	2,5-7,0%
Privata försäkringar	
- företag	5,5-40%
- individuell	40%

Källa: Thorpe, 1992; Rehnberg, 1993.

Det är främst skillnader i individuell eller kollektiv anslutning som påverkar administrationskostnaderna i avgörande grad. En individuell anslutning till sjukförsäkringar ger höga kostnader för marknadsföring, försäljning och fastställande av individuella premier. Offentliga försäkringar uppvisar generellt låga administrationskostnader oavsett om vårdgivarna ersätts med anslag eller efter prestation. Kartläggning av administrationskostnader inom sjukvården är relativt knapphändig och det finns stor anledning att ytterligare dels definiera innebörden av begreppet och dels fastställa storleken för olika administrativa aktiviteter.

Det är också viktigt att poängtera att administrationskostnadernas storlek inom hälso- och sjukvården måste vägas mot de effekter dessa har på vårdkostnadernas storlek, anpassningen till konsumenternas önskemål, etc. Att jämföra administrationskostnaderna utan hänsyn till dessa effekter kan leda till felaktiga slutsatser. Ett öppet försäkringssystem kan ha låga administrationskostna-

der men ändå vara ineffektivt om ersättningen till vårdgivarna är okontrollerad.

Privata vårdgivare flyttar fram sina positioner

Det privata utbudet av vårdtjänster har fungerat som ett komplement till landstingens eget utbud av sjukvårdstjänster. Det är främst inom två delsektorer av sjukvården där en tradition av privat sjukvård funnits och där alternativ erbjudits medborgarna: de privatpraktiserande tandläkarna, läkarna och sjukgymnasterna anslutna till sjukförsäkringen, men även den kollektiva upphandlingen från landstingen av sjukvårdstjänster inom den slutna vården, främst vårdhemssektorn¹. Under 1980-talets senare del förändrades synen på privata vårdgivare och andra producenter inom sjukvården. Nya organisationslösningar skulle ge ett ökat utrymme för entreprenadlösningar och delar av den offentliga vårdproduktionen skulle konkurrensutsättas.

Utvecklingen skapade stora förhoppningar hos de privata vårdgivarna. Detta ledde till investeringar från privata intressenter inom delsektorer av sjukvården där privata aktörer tidigare varit sällsynta. Inom den slutna somatiska korttidsvården har den privata sektorn fördubblats, om än från en mycket låg nivå. Det är dock inte några större ökningar av marknadsandelar för privata vårdgivarna inom de mer resursintensiva delarna av sjukvården som den akuta sjukhusvården. Mot bakgrund av svårigheterna att åstadkomma konkurrensneutralitet inom sjukhusvården finns en stor osäkerhet hos privata aktörer för framtida större investeringar. Inom den öppna vården är investeringarna av mindre omfattning samtidigt som relativt tydliga spelregler beträffande villkoren för etablering och betalning utformats. Det är också inom denna vårdform den privata vården för tillfället har gjort de största inbrytningarna².

Ökning av privata vårdgivare inom akut korttidsvård

Fram till början av 1980-talet ökade de offentliga slutenvårdsplatserna både numerärt och som andel av de totala platserna. De privata vårdplatserna ökade i antal under 1960-talet för att från första hälften av 1970-talet minska stadigt.

¹Begreppet vårdhem används i den officiella statistiken för all slutenvård, såväl sjukhusvård som vård av kroniskt sjuka vid sjukhem.

²För en översikt av den privata vårdens utveckling och nuläge i Sverige se Rehnberg & Garpenby, 1995.

Den privata vården har traditionellt varit koncentrerad till somatisk långtidssjukvård och psykiatri. Statistiken över de privata vårdplatserna inom dessa sektorer har inte korrigerats för ÄDEL-reformen, vilket betyder att den ökade andelen för privat vård under 1994 kan vara skenbar. Samtliga privata vårdgivare inom den slutna vården betraktas som enskilda vårdhem och indelas enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1985:16 i femgrupper): i) somatiskt korttidssjuka, ii) somatiskt långtidssjuka, iii) psykiskt sjuka med måttliga vårdbehov, iv) konvalescenthem och v) boende i service med helinackordring (motsvarande). Utvecklingen för de vårdformer som ingår i hälso- och sjukvården framgår av tabell 1.4.

Tabell 1.4. Enskilda vårdhem. Antal hem och vårdplatser fördelade efter kategori, år 1985 och 1993 (andel av totala antalet vårdplatser inom parentes).

<u>Specialitet</u>	<u>Antal vårdhem</u>			<u>Antal vårdplatser</u>		
	<u>1985</u>	<u>1992</u>	<u>1994</u>	<u>1985</u>	<u>1992</u>	<u>1994</u>
Somatisk korttidsvård	5	25	40	370 (1,0%)	800 (2,5%)	1 285 (4,5%)
Somatisk långvård	34	40	91	1 856 (3,5%)	1 519 (10,8%)	4 078
Psykiatri	126	123	148	3 196 (13,3%)	2 795 (19,1%)	3 177

Källa: Rehnberg & Garpenby, 1995.

Antalet privata enheter som bedriver slutenvård har ökat sedan mitten av 1980-talet. Den procentuellt största ökningen har ägt rum inom den somatiska korttidsvården. Från 1985 till 1994 har antalet vårdplatser mer än tredubblats inom denna sektor. Dessa vårdplatser är också mer resursintensiva än motsvarande platser inom långvård och psykiatri. Landstingens vårdplatser inom somatisk korttidsvård uppgick år 1993 till 27312 (ca 95 procent av antalet vårdplatser). Inom somatisk långtidsvård och psykiatri uppgick antalet vårdplatser till 6529 respektive 10865. Uppgifterna för dessa vårdformer är emellertid inte helt jämförbara då verksamheten vid flera enskilda vårdhem, i synnerhet inom långtidssjukvården, är huvudsakligen fokuserade på omvårdnad/omsorg och i mindre utsträckning på hälso- och sjukvård. Det är inom dessa vårdformer som flertalet enskilda vårdhem traditionellt har profilerat sig. Det är således oklart hur mycket de privata vårdgivarna har ökat sina andelar inom somatisk långvård och psykiatri.

Nya regler för etablering av specialister

Sedan Dagmar-reformens införande år 1984 har de privata specialisterna varit beroende av kontrakt och tillstånd från landsting för att få tillgång till offentliga subventioner. Under perioden har landstingen i ökat utsträckning accepterat nyetableringar och även ökat upphandlingen av privat läkarvård. Under 1994 beslöt den dåvarande borgerliga regeringen att införa en fri etableringsrätt för privatpraktiserande specialister. Det innebär att privata specialistläkare och sjukgymnaster fick fri rätt att etablera sig och därmed tillgång till offentliga subventioner enligt vissa regler. Samtidigt infördes en ny läkarvårdstaxa som innebär att arvoden för flera behandlingar höjdes. De privata vårdgivarna erhåller finansiering via sjukförsäkringen, vilket innebär att landstingen inte har möjlighet att påverka taxorna. Eftersom betalningen till privatpraktikerna sedan räknas av från den statliga ersättningen till landstingen, får etableringen ekonomiska konsekvenser för landstingen. De ökade kostnaderna för den privata öppenvården beror således dels på förändringen av läkartaxan och dels en ökad etablering av läkare och sjukgymnaster.

Den privata öppenvården har alltid varit koncentrerad till storstadsregionerna. Landstingen i Stockholm, Uppsala och Malmöhus samt kommunerna med eget sjukvårdsansvar, Göteborg och Malmö, har traditionellt haft den högsta läkartätheten av privatpraktiker. De nya etableringarna ändrar inte dessa förhållanden nämnvärt. Det visar sig dock att den regionala ojämnheten inledningsvis inte ökat med den fria etableringen. En del av nyetableringarna utgörs av läkare som tidigare haft anställning hos landstingen. Även om det är stora skillnader mellan landstingen lämnade ca 18 procent av de nyetablerade privatpraktikerna sina tidigare anställningar. Det innebär att ett visst utrymme kan frigöras från landstingens egna produktionskapacitet. Ett sådant resonemang är emellertid rent teoretiskt och tar inte hänsyn till jourtjänstgöring och andra gemensamma aktiviteter i den befintliga organisationen. Detta argument är dock endast giltigt på kort sikt. På längre sikt finns möjligheter att omstrukturera verksamheten.

Husläkarreformen

Den svenska primärvården har byggts upp som ett system med offentliga vårdcentraler och fast anställd personal. Grunderna för primärvårdens organisation lades fast i ett antal utredningar under 1970-talet (HS80, HS90 m.m.). Tanken

var att behovet av primärvård skulle tillgodoses genom att vårdcentralerna fick ett helhetsansvar för befolkningen inom ett avgränsat geografiskt område. I landstingens flerårsplaner under 1970- och 1980-talet uttrycktes klart att primärvården skulle byggas ut och ges ett samordningsansvar för befolkningens behov av sjukvård. Målsättningen med den utbyggda primärvården var att förbättra tillgängligheten, kontinuiteten och samordningen samt att öka inslaget av preventiva insatser i vården. I efterhand visade det sig att utbyggnaden av primärvården fortskredit långsammare än planerat. Fortfarande utförs vartannat läkarbesök vid sjukhusens mottagningar. Ett problem med utbyggnaden har varit bristen på utbildad personal, främst allmänläkare. Den bristande tillgången på allmänläkare har även medfört en bristande kontinuitet i patient-läkarrelationen. Detta har också varit ett av skälen till husläkarreformen år 1994. Ett annat skäl var att ge patienterna en ökad valfrihet inom primärvården. I den tidigare organisationen med geografiska upptagningsområden blev invånarna i flera landsting tilldelade såväl vårdcentralstillhörighet som distriktsläkare och vårdlag. Möjligheterna att byta vårdcentral eller läkare var i flera fall mycket begränsade.

Med husläkarreformen avlägsnades etableringshindren för privatpraktiserande läkare inom primärvården. I lagen om husläkare som antogs av riksdagen 1994 angavs att såväl landstingens distriktsläkare som privatpraktiker skulle få möjlighet att etablera sig som husläkare. Lagen gav möjlighet för alla läkare som uppfyllde vissa behörighetskrav att etablera sig som husläkare. Av tabell 1.5 framgår att intresset hos läkarkåren var förhållandevis stort i flera landsting.

Tabell 1.5. Husläkare i offentlig och privat regi per huvudman, år 1994.

Landsting	Landstings- anställda*	Privat	Totalt	Husläkare per 10000 inv.	Distrikts- läkare per 10000 inv. (1993)
AB	584+16	190+1 (24,1%)	774	4,6	4,3
C	103	30 (22,6%)	133	4,7	4,8
D	81+12	6+1 (7,0%)	87+13	3,9	3,7
E	173	14 (7,5%)	187	4,5	4,1
F	110+4	10 (8,1%)	120+4	4,0	4,0
G	82	1 (1,2%)	83	4,6	4,7
H	92	24 (20,7%)	116	4,8	4,1
K	68	15 (18,1%)	83	5,5	4,7
L	106	49 (31,6%)	155	5,3	--
M	175+49	12+10 (8,9%)	187+59	4,4	2,9
N	96	25 (20,7%)	121	4,6	4,5
O	135+9	25+2 (15,8%)	160+11	5,4	4,1
P	181	15 (7,6%)	196	4,4	4,7
R	133	13 (8,9%)	146	5,2	4,7
S	144	3 (2,0%)	147	5,2	4,3
T	121	13 (9,7%)	134	4,9	4,6
U	84	51 (37,8%)	135	5,2	4,8
W	162	8 (4,7%)	170	5,9	5,8
X	145	12 (7,6%)	157	5,4	4,3
Y	122	2 (1,6%)	124	4,7	4,8
Z	61	0	61	4,5	4,0
AC	125	18 (12,6%)	143	5,5	4,6
BD	129	0	129	4,8	5,2
MM	72	33 (31,4%)	105	4,4	3,3
OG	121	83 (40,7%)	204	4,7	4,0
I	25	2 (7,4%)	27	4,7	4,7
TOTALT	3520	668 (16,0%)	4188	4,8	4,2 (3652)

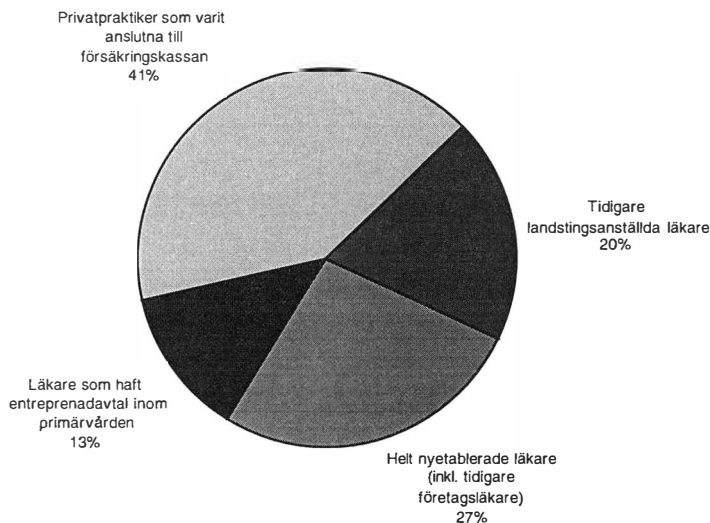
*) Antalet husläkare i primärkommuner med eget primärvårdsansvar har adderats för vissa landsting.

Källa: Socialstyrelsen, 1995.

Av de ca 4 000 läkare som anslöt sig till husläkarsystemet anmälde drygt 700 (ca 17%) att de avsåg att verka som privata husläkare. Av dessa har således 668 stycken lyckats etablerat sig som privata husläkare. Högst andel privata husläkare rapporteras från Göteborgs kommun med ca 40 procent. Andra landsting där de privata husläkarna har en stor marknadsandel är Malmö kommun (30%), Landstingen i Västmanland (37%), Stockholm (24%), Uppsala (22% och Kalmar län (20%). I Norrbotten och Jämtlands län rapporteras inga privata etableringar. Även om de tätbefolkade landstingen har en större andel privata husläkare, finns inget klart samband mellan tätortslandsting och glesbygdslandsting.

En förhoppning med husläkarreformen var att skillnader i läkartillgång mellan olika delar av landet skulle utjämnas. Som framgår av tabellen har inga större förändringar ägt rum beträffande de regionala skillnaderna i läkartäthet. Tabellen visar också att den allmänna tillgången på läkare i primärvården har förbättrats i flertalet landsting. Möjligheten att etablera sig som privat husläkare har medfört en nyrekrytering till primärvården. Utbudet av husläkare (ca 4 000) motsvarar dock det beräknade behovet/efterfrågan. Målsättningen är att en husläkare skall ansvara för mellan 2000-2500 individer. I lagen om husläkare anges även att läkare med annan specialistkompetens kan få dispens att etablera sig som husläkare. I figur 1.3. visas vilken verksamhet de husläkare som avser att etablera sig privat varit verksamma vid tidigare.

Figur 1.3. Tidigare verksamhet för läkare som anmält intresse att etablera sig som privata husläkare år 1994.



Av redovisningen framgår att många husläkare tidigare varit verksamma som privatpraktiker anslutna till försäkringskassan. För de allmänpraktiserande privatläkarna fanns inget alternativ till att etablera sig som husläkare om man ville ta del av de offentliga subventionerna. Den nya läkarvårdstaxan omfattar inte längre allmänmedicin. Gruppen helt nyrekryterade läkare är också relativt stor, men i denna grupp ingår även de läkare som varit verksamma som företagsläkare. Ungefär 20 procent av de privata husläkarna utgörs av tidigare landstingsanställda distriktsläkare, som således valt att starta eget. Denna grupp är störst i Landstinget Västmanland och Malmö kommun.

De allmänpraktiserande läkarna har varit verksamma i olika organisationsformer i privat och offentlig regi. Inom landstingen har antalet enmanspraktiker minskat kraftigt till förmån för gruppomfattningar vid vårdcentralerna. Hos de privata allmänpraktikerna har den enskilda praktiken varit den dominerande organisationsformen.

Med husläkarreformen har en relativt tydlig konkurrenssituation mellan privata och offentliga läkare etablerats. Eftersom den offentliga ersättningen till läkarna i huvudsak baseras på det antal individer som listats hos respektive läkare är den ekonomiska ramen för verksamheten fastställd i förväg. Huslä-

karna kan inte som specialistläkarna öka sina intäkter genom att utföra fler och mer intensiva behandlingar. Möjligheterna för nya vårdgivare att etablera sig är viktigt för konkurrensen. Men med begränsade resursramar måste även ett utträde från marknaden vara möjligt för en effektiv konkurrens. Införandet av husläkarreformen har aktualiserat problemet om in- och utträde på en marknad. Detta problem var också en orsak till den läkarstrejk som utbröt under våren 1994. Konflikten mellan Landstingsförbundet och Läkarförbundet avsåg hur landstingen skulle hantera offentligt anställda husläkare som inte erhållit tillräckligt många patienter på sin lista och därmed mindre intäkter för sin verksamhet. I princip har husläkarsystemet utformats så att det existerar ett fritt tillträde till marknaden för husläkare med olika ägarformer samtidigt som utträdet av offentliga vårdgivare begränsas av anställningsvillkor och andra avtal. Om valfriheten och konkurrensen skall bestå inom husläkarsystemet samtidigt med en fastställd kostnadsram är det även nödvändigt att utveckla mekanismer för ett utträde på marknaden.

Konsekvenser för patienterna

Konsumenterna eller patienterna har med de nya styrformerna fått en central roll för resursfördelningen. Möjligheterna att välja vårdgivare har ökat i flertalet landsting och omfattar såväl sjukhusvård som öppen läkarvård. Mellan vissa landsting finns även avtal som tillåter ett fritt val av offentliga vårdgivare över landstingsgränserna. Den ökade valfriheten har ofta setts som en positiv effekt av de nya styrformerna. I debatten har även riskerna med att beställar/utförar-modeller gynnar de vårdformer där effekterna av vården är tydliga. Kraven på prestationer kan förväntas leda till en överkonsumtion av mera akut inriktade åtgärder och utbud. Det skulle innebära att vård av t ex kroniskt sjuka missgynnas.

Valfrihet och konsumentsoverhördhet

En kritik mot den tidigare landstingsorganisationen var att patienternas val av vårdgivare begränsades och i vissa landsting tillämpades direkt anvisning av vårdgivare. I maktutredningen framgick att konsumentsoverhördheten var lägst inom sjukvårds- och utbildningssektorerna. I flertalet landstingsmodeller har de ökade valmöjligheterna för patienten varit centrala. Patienterna har idag en klart definierad rättighet att välja sin husläkare och i flera landsting även ett

relativt fritt val av sjukhus (i vissa fall krävs remiss). Valfriheten omfattar i regel de vårdgivare som har kontrakt med beställarenheterna. Det innebär att t ex privata vårdgivare utan kontrakt inte omfattas av valfriheten.

Patienternas valfrihet, begränsad av ett definierat utbud av sjukvårdstjänster, är förmodligen den styrmekanism som gett störst effekt i de nya landstingsmodellerna. En radikalt förbättrad tillgänglighet och kundservice rapporteras från flera landsting. Effekterna av valfriheten är emellertid marginella beträffande omfördelning av resurser mellan vårdgivare. Den totala effekten av de förändrade patientströmmarna har angetts till 2-5 % av den totala omsättningen. Den låga siffran kan emellertid förklaras av att information om valfriheten varit bristfällig i flera landsting samt att patienterna inledningsvis följer invända mönster. Från vissa regioner som Västsverige har dock effekterna varit större (tabell 1.6).

Tabell 1.6. Nettoutfall av köp och försäljning för sjukvårdstjänster i Västsverige (vård dagar i slutet korttidssjukvård).

<u>Landsting</u>	<u>1991</u>	<u>1992</u>	<u>1993</u>
Halland	-14,920	-17,337	-16,102
Bohus	+28,102	+30,062	+26,294
Älvsborg	-32,291	-35,456	-34,647
Skaraborg	- 1,389	- 1,684	-4,516
Göteborg	+20,498	+24,415	+28,981
Total:	116,911	136,670	146,234
		(+17%)	(+7%)

Källa: Planeringsnämnden i Västsverige.

Data över den "gränsöverskridande" vården visar att effekterna ökat från år 1991 till 1993 i regionen. Utfallet kan dels tolkas som att den tidigare anvisningen av vårdgivare inte motsvarat patienternas önskemål. Det kan även vara ett uttryck för att vårdgivarna genom marknadsföring mm lyckats dra till sig nya patientgrupper ("s.k. supplier-induced demand"). Med valfriheten utsätts vårdgivarna för en risk att förlora sina kunder, vilket naturligtvis har betydelse för vårdgivarnas intresse att bibehålla sina patienter. Denna effekt kan dock inte direkt avläsas i förändringar av patientströmmar.

Ett problem som rapporteras från vissa landsting är att utfallet av patienternas val kan avvika från de överenskommelser beställarenheterna har slutit med vårdgivarna. Dessa avvikelser kan avse dels valet mellan vårdgivare, dels den volym som avtalats. Beträffande valet mellan vårdgivare har flertalet landsting tillämpat principen att patienternas val skall i efterhand korrigera kontrakten. Ett större problem är naturligtvis att valfriheten driver upp det totala vårdutnyttjandet och sjukvårdskostnaderna. Har saknar flera landsting en strategi för hur vården skall ransoneras och kostnadskontroll skall uppnås. Med en tredje part som står för huvuddelen av finansieringen kommer det alltid att vara nödvändigt med någon form av ransonering för en effektiv kostnadskontroll.

Rättviseaspekter

Rättviseaspekterna inom vården har varit centrala i diskussionerna om de nya styrmodellerna. Det gäller bl a vilka prioriteringar mellan vårdformer som beställarenheterna beslutar om. I flera studier inom amerikansk sjukvård konstateras att incitamenten för vård av kroniskt sjuka/mental ohälsa har en relativt låg status bland den medicinska och administrativa professionen (Schlesinger, 1986). Under dessa omständigheter finns en fara att t ex den psykiatriska vården proportionellt missgynnas i ett system där den beställarenheter prioriterar mellan olika sjukdomar. Även kraven från den breda allmänheten kan förväntas leda till en överkonsumtion av mera akut inriktade åtgärder och utbud. Flera studier visar att även äldre i USA som väljer mellan olika HMOs fäster mycket liten uppmärksamhet till omfattningen av kronisk vård (ibid.). Ett sätt att studera effekterna på vårdutnyttjandet som kan kopplas till styrmodeller är att kartlägga psykiatrins andel av den totala sjukvårdskonsumtionen. I nedanstående tabell framgår förändringar på nationell nivå.

Tabell 1.7. Den psykiatriska vårdens andel av de totala sjukvårdskostnaderna och kostnaderna för läns- och regionsjukvård.

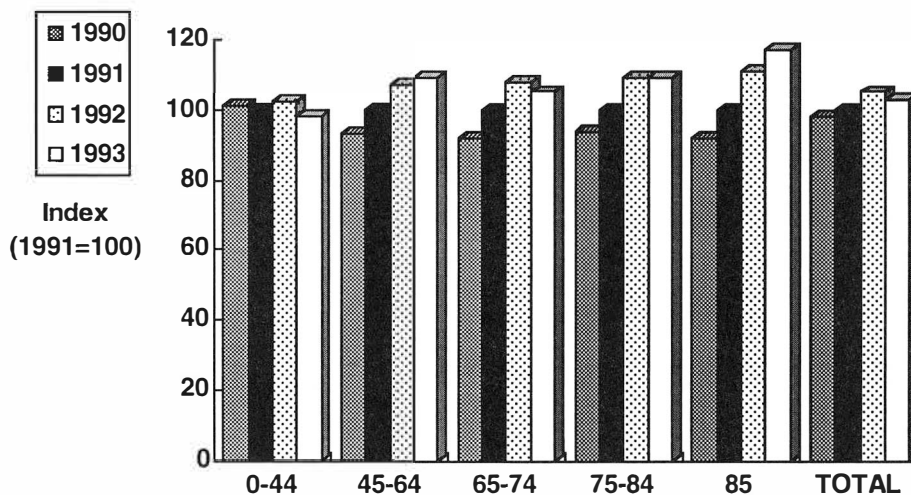
År	Psykiatrisk vård som andel av de totala sjukvårdskostnaderna	Psykiatrisk vård som andel av läns- och regionsjukvård	Öppen psykiatrisk vård som andel av läns- och regionsjukvård.
1990	12,3%	18,8%	3,2%
1992	12,2%	16,7%	3,0%
1993	11,2%	15,1%	4,0%

Källa: Landstingsförbundet.

En osäkerhet i ovanstående tabell är förändringar orsakade av ÄDEL-reformen. Förändringarna måste även relateras till strukturförändringar inom sektorn (förskjutning från sluten till öppen vård).

Även förändringar av de äldres vårdkonsumtion har framförts som ett argument mot de nya styrsystemen. Det har funnits farhågor att vården kommer att inriktas på patientgrupper där resultaten av vården kan redovisas tydligt. Vårdutnyttjandet för de äldsta åldersgrupperna brukar även användas för att studera i vilken utsträckning vårdbehoven tillgodoses. Ett sätt att kartlägga effekterna av de nya styrmodellerna är att studera hur den uppnådda produktivitetsökningarna har fördelats på olika åldersgrupper (figur 1.4).

Figur 1.4. Volymutvecklingen av antalet behandlade (intagna) patienter i Stockholms läns landsting per åldersgrupp.



Källa: Paulsson 1994.

Av figuren framgår att produktivitetsökningarna i Stockholms läns landsting främst har tillfallit de äldre åldersgrupperna. Mot bakgrund att det främst var äldre patienter som var uppsatta på väntelistorna innan Stockholmsmodellens införande är resultaten inte förvånande. I samma studie visas även att medelvårdtiderna har förkortats för samtliga åldersgrupper och i synnerhet för de äldre. Detta kan dock även vara en konsekvens av ÄDEL-reformen. De studier som hittills redovisats tyder inte på att de äldre åldersgrupperna har missgynnats i de beställar/utförar-modeller som införts.

Avslutande kommentar

Valet mellan att bedriva egen produktion eller att köpa varor/tjänster på marknaden är en klassisk frågeställning som gäller alla typer av företag. Inom t ex bilindustrin kan vi konstatera att vissa delar av en bil utvecklas och produceras av bilföretagen i egen regi (bl a motor, kaross) medan andra delar kontrakterats ut (bl a bilbälten, däck). I valet mellan marknad och hierarki (eller administrativa styrmedel) finns flera mellanformer som långsiktigt

bindande kontrakt. Valet mellan egen produktion och entreprenad finns hos ledningar inom såväl företag som förvaltningar.

Inom den amerikanska sjukvården finns en tendens till att sjukförsäkringar integrerar framåt in i vårdproduktionen. De ökade marknadsandelarna för HMO och PPO visar att den integrerade organisationsformen varit konkurrenskraftig. Samtidigt finns en utvecklingen inom offentliga sjukvårdssystem (det brittiska NHS och svenska landsting) att separera finansiering och produktion.

Figur 1.5. Marknadstyp och organisationsform för olika tredjepartsfinansiärer.

<u>Marknad (finansiär)</u>	<u>Organisationsform</u>	
	Vertikal integration	Upphandling/ersättning av självständiga vårdgivare
Monopol	* Svenska landsting * NHS (Storbr.)	* Svenska sjukförsäkringen * Tyska sjukkassor
Konkurrens	* HMO/PPO (USA)	* Trad. sjukvårdsförsäkring i USA

Figuren kan tolkas som att det existerar motstridiga utvecklingar mellan sjukvårdssystemen. Det är emellertid viktigt att beakta den miljö (eller omgivning) i vilken försäkringsgivare och vårdproducenter agerar. De problem försäkringsgivare ställs inför varierar med inslaget av konkurrens.

Gemensamt för samtliga system är att det finns starka begränsningar i tillträdet till marknaden för vårdgivare. Ett helt fritt tillträde har visat sig omöjligt att kombinera med kostnadskontroll. Lika lite som offentliga finansiärer kan höja olika sjukvårdsskatter kan privata försäkringsbolag höja premierna för sjukvårdsförsäkringar. Om kostnaderna skall begränsas förutsätter detta att priser och/eller kvantiteter kan påverkas. Graden av vertikal integration avgör vilka mekanismer som kan användas i styrningen av vårdgivarna. En finansiär utan egen produktion kan påverka vårdgivare genom kontrakt och avtal där priset är den centrala styrmekanismen. I ett sådant system är det i regel enklare att upprätthålla en viss konkurrensneutralitet, även om långsiktiga avtal inom t ex sjukhussektorn kortsiktigt begränsar konkurrensen. I integrerade sjukvårdssystem är finansiären samtidigt producent och driver hela eller delar av vårdproduktionen. Det innebär att beslut om investeringar och produktionsinriktning fattas av samma part som finansierar vården. Internt kan såväl marknadsmekanismer som administrativa processer ("hierarki") tillämpas för styrning. I en sådan situation är förutsättningarna för konkurrens med externa vårdgivare förmodligen större om interna

marknadsmekanismer tillämpas, eftersom dessa framtvingar information om olika enheters resultat.

I framställningen har egenskaper inom hälso- och sjukvården redovisats vilka särskiljer sektorn från marknader under perfekt konkurrens. Det gäller såväl den miljö som omger sjukvårdsföretaget som de interna egenskaperna i organisationen vilka funnits ha en stor betydelse för dess beteende. Vid förekomst av marknadsimperfectioner kan den offentliga sektorn antingen reglera marknaden eller på egen hand administrera och producera de tjänster det är fråga om. I flertalet sjukvårdssystem är inslagen av regleringar stort i jämförelse med andra sektorer. Beträffande finansieringen av vård har i flertalet länder den offentliga sektorn tagit över ansvaret för försäkringsinstitutioner.

Inslagen av försäkringslösningar i kombination med en långtgående självreglering på produktionssidan har minskat inslagen av konkurrens mellan vårdgivare. Under senare år har emellertid incitament till ökad konkurrens introducerats. I sjukvårdspolitiska diskussioner har argumentet varit att ett finansieringsmonopol inte med nödvändighet kräver monopol på produktionssidan. De argument som anförs för monopoliserad finansiering är inte tillämpliga på produktionen. Utvecklingen inom de svenska landstingen med ökad konkurrens och marknadsstyrning medför att de externa faktorerna i vårdgivarnas miljö kommer att öka i betydelse. I motsvarande grad kommer de interna egenskaperna och därmed utrymmet för s k godtyckligt beteende att förväntas minska. Avsikten är att åstadkomma en hög produktivitet och kostnadseffektivitet i sjukvårdsproduktionen. En minskning av antalet frihetsgrader för producenterna kan även ha effekter på andra områden som varit ett resultat av interna målsättningar, t ex motiven till forskningsinsatser och kvalitet i vården.

De utvärderingar som genomförts av de nya styrmodellerna är otillräckliga för att ge ett fullständigt svar på hur de påverkat sjukvårdens kostnader, kvalitet och produktivitet. Den gynnsamma produktivitetsutveckling som noterats inom flera sektorer har tolkats som att de nya styrsystemen fungerat med avsedd verkan. Samtidigt är det svårare att förklara att en liknande utveckling finns inom landsting där man valt att inte ändra styrformerna. Det återstår fortfarande ett stort utvärderingsarbete för att förklara de senaste årens förändringar och effekter av styrformerna. Under senare år har problem med kostnadskontroll och övervakning av kvalitet medfört att en återgång till tidigare styrformer med befolkningsansvar, mindre inslag av konkurrens och

anslag diskuterats. Samtidigt vet vi att tidigare styrformer är förknippade med långa väntelistor och produktivitetsproblem. Det är därför viktigt att de olika modellerna ställs mot varandra i diskussionerna om styrka och svagheter med alternativa styrformer.

Referenser

Evans, R.G. (1984), *Strained/Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto: Butterworths.

Frech, H.E. III. (1988), *Preferred Providers Organizations and Health Care Competition*. In: Frech III (ed.). *Health Care in America - The Political Economy of Hospitals and Health Insurance*. San Francisco: Pacific Research Institute.

Hale, J. & Hunter, M. (1988), *From HMO Movement to Managed Care Industry: The Future of HMOs in a Volatile Health Care Market*. Excelsior, MN: Interstudy.

Hansmann, H. (1980), The Role of Nonprofit Enterprise. *Yale Law Journal*, 89:835-901.

Landstingsförbundet (1991), *Beslutsprotokoll och föredragningslista, landstingsförbundets kongress 1991*. Stockholm.

Landstingsförbundet (1993), *Bokslutsstatistik 1992*, Ekonomi. Stockholm.

Landstingsförbundet (1991-1995), *Statistisk årsbok*, olika år. Stockholm.

Lane, J-E, Arvidsson, S. & Magnusson, T. (1986), *Byråkrati och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Luft, H. (1981), *Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance*. New York: Wiley-Interscience.

Paulsson, E. (1994), *Stockholmsmodellen och fem kirurgiska kliniktyper - en longitudinell studie av vårdkonsumtion*. Uppsala universitet.

Planeringsnämnden Västsverige (1993), *Data över patientströmmar 1991 och 1992*.

Poullier, J-P (1992), Administrative costs in selected industrialized countries. *Health Care Financing Review*, vol. 13:167-172.

Rehnberg, C. (1993), *Administrationskostnader inom hälso- och sjukvården*. Bilaga I i SOU 1993:38 Hälso- och sjukvården i framtiden - Tre modeller. Stockholm: Socialdepartementet.

Rehnberg, C. (1995), *Kontraktstyrning och intern marknad i Stockholmsmodellen*. EFI Research paper. Handelshögskolan i Stockholm.

Rehnberg, C. & Garpenby, P. (1995), *Privata aktörer i svensk sjukvård*. Stockholm:SNS

Schlesinger, M. (1986), On the Limits of Expanding Health Care Reform: Chronic Care in Prepaid Settings. *Milb. Quart.* vol. 64:189-215.

Socialstyrelsen (1995), *Förteckning över enskilda vårdhem 1992 och 1994*. Stockholm.

Thorpe, K.E. (1992), Inside the black box of administrative costs. *Health Affairs*, vol. 11:41-55.

2. Den medicinska professionen - tre samhällsvetenskapliga perspektiv

Peter Garpenby

Inledning

Det vore en överdrift att påstå att begreppet *profession* framkallar några starka associationer i det svenska samhället, vare sig positiva eller negativa. Även om det är uppenbart att skillnader mellan yrkesgrupper existerar även i vårt land - vilka har uppmärksamats med avseende på sociala och ekonomiska skillnader - saknas i Sverige en stark identitet för professioner. Detta förhållande har troligen en historisk bakgrund, där de viktigaste ledtrådarna är socio-ekonomiska faktorer. Det finns utan tvekan historiskt betingade skillnader mellan länder med avseende på hur yrkesgrupper med högre utbildning har förhållit sig till stat och allmänhet. Den yrkesmässiga stratifieringen i Sverige var länge primitiv, vilket den gamla indelningen i adel, präster, borgare och bönder skvallrar om. Lärda personer och allehanda experter hämtades under lång tid från utlandet, den högre utbildningen var jämfört med andra länder länge eftersatt. När personer med högre utbildning skulle tjäna sitt land skedde detta vanligen såsom ämbetsmän, lärare eller läkare i offentlig tjänst. Yrkesgrupper med högre akademisk utbildning vilka såsom fria företagare erbjöd sina tjänster direkt till allmänheten saknades i stor utsträckning i Sverige.

Termen *profession* lär - åtminstone i dess engelska betydelse - ha ett religiöst ursprung, men kom under 1600-talet att bli mer sekulariserad, och användas i betydelsen att någon är kvalificerad (Hughes, 1984). I samhällsvetenskapliga publikationer från tiden strax före och efter sekelskiftet 1900 började professioner att uppmärksammas, framför allt i den angloamerikanska miljön (Spencer, 1896; Webb & Webb, 1917). Det var dock först på 1930-talet som främst sociologer började intressera sig för yrkeslivets stratifiering och under denna period fick begreppet *profession* en mycket positiv klang. Carr-Saunders och Wilson (1933) hyste en förhoppning att vissa yrkesgrupper (professioner) skulle växa sig starka och i allmänhetens tjänst fungera som kunskapens och humanismens företrädare. Marshall (1939) noterade den ökade betydelsen för

service som tillhandahölls av professioner och menade att dessa yrkesgrupper inte var själv-centrerade, utan inriktade mot "social effektivitet", och därmed särskilt lämpade att lösa problem i demokratiskt styrda nationer. Carr-Saunders och Wilson försökte sig även på att definiera en profession, vilken enligt dem är en yrkesgrupp vars medlemmar genomgått intellektuella studier och träning, och vars uppgift är att tillhandahålla kvalificerad service eller rådgivning mot fast ersättning eller avlöning.

Under 1950- och 60-talen fortsatte i viss mån glorifieringen av professioner, och man utgick vanligen från att detta var yrkesgrupper med speciella kunskaper som betjänade enskilda klienter, vilka utmärktes av altruism och en hög moral. I den amerikanske sociologen Talcott Parsons ögon var dessa yrkesgrupper bärare av det moderna samhällets rationella värderingar och en teknologisk kunskap som förde samhället framåt (Parsons, 1964). Denna vision utvecklades ytterligare av Bell (1973) i beskrivningen av det förväntade "post-industriella" samhället.

Under 1970-talet reviderades inställningen till professioner och samhällsvetare kom i högre utsträckning att ställa frågan hur vissa yrkesgrupper lyckats tillskansa sig en framträdande position, rent av en monopolställning inom sitt område. Litteraturen kring professioner dominerades länge av ett angloamerikanskt perspektiv, vilket gav upphov till en del märkliga uppfattningar om det "normala tillståndet" hos en profession. Under 1980-talet breddades emellertid den empiriska basen till att också omfatta studier av förhållanden i länder utöver Storbritannien och USA.

Ett växande intresse för att med historiesociologisk metod följa utvecklingen av professioner kunde noteras, varvid man konstaterade att alla yrkesgrupper inte följer likartade mönster, och utfallet - dvs de privilegier vilka yrkesgruppen erhåller - skiljer sig åt mellan länder. Man kunde därvid iaktta två olika vägar för yrkesgrupper att manifesteras sin ställning: antingen genom att kontrollera nyckelpositioner inom statlig byråkrati eller att som fristående producenter med statsmakternas goda minne reglera och kontrollera sin egen "marknad" eller yrkesområde. Detta kan något förenklat beskrivas som två "idealmodeller" för hur professioner har befäst sin ställning, med ursprung i det kontinentala Europa respektive den angloamerikanska världen (Collins, 1990).

Läkarkåren som profession

Läkarna har traditionellt räknats till de ursprungliga professionerna. I Carr-Saunders och Wilsons bok från 1933, "The Professions", finns ett större avsnitt om läkarkåren, som främst ägnas åt en historisk beskrivning av förhållanden i Storbritannien, där en viktig milstolpe var inrättandet av General Medical Council år 1858; en institution kontrollerad av läkarkåren som fick rätt att utfärda legitimation, vilket befäste rangordningen bland medicinska yrkesutövare. Carr-Saunders och Wilson fann också att läkarkåren skapat starka professionella organisationer, och lyfte fram British Medical Association (BMA) som ett talande exempel. Enligt dessa tidiga observatörer präglas läkarkåren av att medicinska studenter tidigt blir avskilda och genomgår en socialiseringsprocess vilket gör läkarna till en isolerad och självmedveten grupp. Carr-Saunders och Wilson framhöll att läkaren måste kunna diagnosticera enskilda klienter för att lokalisera medicinska problem, och uppfattade detta som specifikt för just den medicinska professionen, liksom det kunskapsövertag som läkaren besitter gentemot patienten, och den känsliga information om patienter som läkaren har att förvalta. Det är intressant att notera att de båda författarna mot slutet av sin redogörelse såg sig föranlåtna att uttrycka viss kritik mot läkarkårens försök att hindra en utvidgning av den offentliga sjukvården, vilket enligt dem bottnade i en önskan från professionen att slå vakt om privilegier. Den konflikt som här lyftes fram har relevans även för senare tiders förhållanden.

Framställningen har hittills ägnats åt en begreppsmässig och historisk redogörelse för synen på professioner i allmänhet, och särskilt den medicinska professionen. I det följande skall perspektivet vidgas och syftet är att söka belysa hur läkarkåren - den medicinska professionen - har studerats av tre akademiska discipliner, nämligen sociologi, statsvetenskap och ekonomi. Beroende på skillnader i teoretiska utgångspunkter har olika aspekter kommit att uppmärksammas. Det finns dock starka beröringspunkter mellan dessa tre discipliner vad gäller intresset för läkarkåren. En gemensam grund är forskningen om professionens möjligheter att uppnå autonomi och utöva självreglering - och hur professionen använder sin monopolställning i relation till både politiska instanser och till klienter/patienter. Denna redogörelse gör inte anspråk på att vara fullständig, utan avsikten är att belysa vissa huvuddrag i den samhällsvetenskapliga forskningen kring den medicinska professionen.

Efter genomgången av de tre disciplinernas syn på den medicinska professionen under de senaste tre-fyra decennierna, avslutas kapitlet med ett mer spekulativt avsnitt där professionens framtid behandlas mot bakgrund av aktuella förhållanden inom det svenska sjukvårdssystemet.

Sociologens perspektiv: hur blir läkarkåren en profession och vilka förändringar leder till en "avprofessionalisering"?

Sociologen intresserar sig både för den enskilda läkaren i dennes kontakter med patienter och för professionen som kollektiv, särskilt med avseende på förmågan att tillförsäkra sig autonomi och rätten till självreglering. En viktig fråga för sociologer under de senaste 20 åren har varit om läkarkåren verkligen lyckats bibehålla sin dominans inom sjukvården, där kontrollen över den medicinska teknologin är central, eller om stordrift och byråkratisering av sjukvården, liksom en ökad kommersialisering av denna verksamhet, leder till att professionen berövas inflytande.

Den sociolog som framför andra format bilden av läkarkåren som profession är amerikanen Eliot Freidson (1970a; 1970b). I två böcker från början av 1970-talet, "Profession of Medicine" och "Professional Dominance", sökte han visa hur läkarkåren uppnått rätten till självreglering, vilken manifesteras genom formella institutioner som skyddar professionen från såväl konkurrens som intervention, utvärdering och ordergivning från andra grupper i samhället. Freidson etablerade vad som har kommit att benämnas "dominansperspektivet" i synen på den medicinska professionen. Betydelsen av dessa två böcker visas av att så gott som alla sociologer som därefter behandlat den medicinska professionen har utgått från Freidson, antingen genom att utveckla eller kritisera dennes ståndpunkter.

För Freidson (1970a) är professionens autonomi av central betydelse, vilken skiljer denna yrkesgrupp från andra yrkesgrupper vars medlemmar förvisso kan vara både kompetenta och hängivna sitt yrke. Autonomi är ett tillstånd som professionen uppnår i två steg. Först genom att yrkesgruppen lyckas visa att dess verksamhet är värdefull för samhället, och detta kan underlättas när krav på särskild utbildning vinner allmänt gehör, och yrkesgruppen lyckas formulera sina egna etiska koder, och formerar sig i organisationer där någon form av egen-kontroll utövas över medlemmarna. Detta räcker emellertid inte utan, i nästa steg måste såväl allmänhet som politiska beslutsfattare (staten)

övertygas om att professionen gör verkligt samhällsnyttiga insatser och upprätthåller en hög etisk standard. Det blir särskilt påtagligt i fallet med den medicinska professionen eftersom yrkesgruppen är extremt klientorienterad, dvs den skall omsätta sin kunskap på enskilda individer, vilka oftast har ett kunskapsmässigt underläge.

Lyckas yrkesgruppen övertyga i dessa två avseenden ligger vägen öppen fram till det åtråvärda tillståndet: autonomi. Yrkesgruppen har blivit en profession vilket konkret visar sig genom att lagstiftning och diverse formella institutioner medverkar till att yrkesgruppen kan utöva självreglering. Det mest centrala inslaget i rätten till självreglering är kontrollen över professionens kunskapskärna, dess teknologi. Läkarkåren har uppnått ett sådant tillstånd, konstaterar Freidson, och hämtar sina exempel från i första hand USA. Relationen till statsmakterna är dock inte helt statisk, utan den kan förändras vilket dock inte behöver innebära att professionen förvandlas till en "vanlig" yrkesgrupp.

Den uppfattning som Freidson framförde i ett stort antal skrifter kom emellertid snart att ifrågasättas. Med utgångspunkt i framför allt förhållanden inom den amerikanska sjukvården gjorde bl a Marie Haug och John McKinlay gällande att läkarkårens autonomi höll på att vittra sönder. Uttryck som "avprofessionalisering" och "proletarisering" lanserades för att beskriva läkarkårens nya situation. Haug (1973) och Haug och Lavin (1981) angav ett flertal orsaker till läkarkårens förändrade position, bl a att kunskapsmonopolet har urholkats genom ökad användning av modern informationsteknologi, att specialiseringen inom medicinen medfört att enskilda läkare blivit mer beroende av kolleger och av icke-medicinare - främst tekniker - att allmänhetens ökade utbildningsnivå gjort att medicinen har "avmystifierats" och att läkarkårens "altruism" utmanats av ökade krav på kostnadskontroll inom sjukvården. Haug har i en senare publikation modifierat sin uppfattning åtminstone vad gäller den roll teknologin spelar för att erodera läkarnas autonomi (Haug, 1988). Hon ansluter sig därvid till den uppfattning som Paul Starr (1982) framför i sin översikt över den amerikanska sjukvården, nämligen att den "kommersiella" inriktningen på sjukvården (corporatization) innebär ett allvarligt hot mot läkarkårens dominans.

McKinlay (1982) och McKinlay och Stoeckle (1988) har framfört tesen om läkarkårens "proletarisering". När en allt större andel av läkarkåren är anställd inom stora organisationer och när allt fler mellanhänder uppträder mellan

läkare och patient kommer arbetssituationen att likna den som råder inom ett vanligt tjänstemannayrke. Denna tendens förstärks ytterligare av att läkarnas arbetsplatser i allt högre grad kontrolleras av kommersiella företag, menar författarna, och hänvisar till situationen i USA.

Freidson (1985) har kategoriskt tillbakavisat påståendet om "avprofessionalisering" i betydelsen att den medicinska professionen förlorat både prestige och kunskapsmonopol. Vad gäller tendenser till "proletarisering" medger han dock att förändringar har inträffat i läkarkårens arbetsförhållanden. Men även om självbestämmanderätten för den enskilda läkaren har blivit mer inskränkt är professionens kollektiva autonomi fortfarande intakt. Läkare ingår dock i allt större utsträckning i en hierarkisk arbetsorganisation, och det påverkar professionen internt, menar Freidson, som i en senare bok har utvecklat analysen om den interna uppdelningen av den medicinska professionen. Det finns numera ett flertal olika karriärvägar, och läkare med anknytning till forskning spelar en allt större roll för att fastställa den "standard" som enskilda medlemmar av professionen har att rätta sig efter (Freidson, 1989).

Vad Freidson hela tiden hävdar är att den medicinska professionens dominans är "relativ", dvs den kan ta sig olika uttryck när sjukvårdssystemet förändras, och autonomi skall uppfattas som ett "kollektivt värde" för professionen, och kan inte bedömas utifrån enskilda läkares uppfattningar om förändringar med avseende på status och självbestämmande.

Debatten mellan sociologer under 1970- och 80-talen gällde huruvida den medicinska professionen fortsätter att dominera inom sjukvården, eller om läkarna håller på att förvandlas till ett välavlönat "proletariat", och det empiriska underlaget hämtades i stor utsträckning från den amerikanska sjukvården. Under de senaste fem åren har dock intresset ökat bland sociologer för att vidga perspektivet genom internationella jämförelser. Ett exempel är den under 1993 publicerade boken "The Changing Medical Profession. An International Perspective."

Vid internationella komparationer framträder bilden av betydande variationsrikedom vad gäller läkarkårens förhållande till statsmakterna, och det blir tydligt att professionens position kan förändras avsevärt över tiden. När Hafferty och McKinlay (1993) söker sammanfatta observationer från ett flertal länder i såväl Nordamerika, Europa som Oceanien och Asien fann de tre faser i läkarkårens professionalisering: aktiviteter för att säkerställa positionen

som profession, aktiviteter för att bevara denna position och en diffus och utdragen nedgångsfas. Hur dessa tre faser är relaterade till varandra i olika länder är dock ännu inte helt klarlagt, men det tycks inte finnas någon given "tidtabell". Nedgångsfasen kan utspelas under mycket lång tid och det kan vara förenat med betydande svårigheter att korrekt uppfatta ett sådant skeende. En långsam förändring av professionens position skall därför inte blandas samman med de återkommande konflikter som blossar upp kring mindre viktiga frågor som berör professionens försvar av sin maktställning.

Statsvetarens perspektiv: styr nationsspecifika eller generella faktorer den medicinska professionens inflytande?

För statsvetaren är inte den enskilda läkaren intressant utan läkarkåren som kollektiv, särskilt de organisationer som har skapats för att tillvarata professionens intressen. När utformningen av hälso- och sjukvårdspolitik granskas är det väsentligt att undersöka hur den medicinska professionens organisationer agerat för att driva fram eller förhindra förändringar inom sjukvårdssystemet. Finns speciella särdrag inom den medicinska professionen, och inom den hälso- och sjukvårdspolitiska arenan som ger detta politikområde särskilda förutsättningar eller finns nationsspecifika karakteristiska som slår igenom vid utformningen av institutioner och politiska handlingslinjer även inom hälso- och sjukvården?

Det är amerikanska statsvetare som dominerat forskningen kring hälso- och sjukvårdspolitik, inklusive den medicinska professionens agerande, även i den europeiska kontexten. Det innebär att flera studier tillkommit för att kontrastera förhållande i USA med förhållanden i Europa. Det innebär också att dessa studier oftast har amerikanska förhållanden som referenspunkt.

Några tidiga exempel på amerikanska statsvetare som studerat läkarkårens organisationer på hemmaplan är Oliver Garceau (1941) och Elton Rayack (1967) som behandlade den roll American Medical Association (AMA) spelat i politiken. Theodore Marmors (1973) studie av den medicinska professionens agerande vid tillkomsten av Medicare-Medicaid-reformen är också värd att nämna.

Om vi vänder blicken mot Europa finns anledning att uppmärksamma en annan amerikan, nämligen Harry Eckstein som under 1950-talet studerade

British Medical Association (BMA). Med utgångspunkt i den tidens dominerande teorier behandlade han den professionella organisationen som en fristående "intressegrupp" eller "påtryckningsgrupp", vilken sökte påverka statsmakternas ställningstagande.

Eckstein (1960) kom fram till att den brittiska läkarorganisationen hade utvecklat en mycket nära relation med staten. Han ägnade stor möda åt att kartlägga formell representation för professionen i olika kommittéer liksom informella kontakter mellan departementstjänstemän och representanter för BMA. Han ägnade dock förhållandevis lite uppmärksamhet åt att studera det faktiska resultatet av dessa relationer. Då han i stor utsträckning saknade internationellt referensmaterial (få andra studier av den organiserade medicinska professionen existerade vid denna tidpunkt) drog han slutsatsen att specifika förhållanden i den brittiska politiska miljön gjorde att den medicinska professionen kunde erhålla ett betydande inflytande. Eckstein hävdade att professionen fick sin maktposition genom att tillhandahålla sådan kunskap som staten var i behov av för att kunna driva den offentliga sjukvården.

Under mycket lång tid kom Ecksteins observationer och slutsatser att forma bilden av samspelet mellan den medicinska professionen och statsmakterna, inte bara med avseende på förhållanden i Storbritannien. Det var först genom Marmor och Thomas (1972) som Ecksteins ståndpunkt utsattes för allvarliga invändningar. Dessa forskare tog sig för att systematiskt jämföra utfallet i flera nationer inom ett specifikt politikområde, nämligen ersättningsformer för läkare. De kunde då visa att olika strukturella arrangemang i flera länder gav ett likartat utfall för läkarkåren, och att situationen i Storbritannien således inte var unik. Resultatet av studien visade att läkarkåren hade varit mycket framgångsrik när det gällde att påverka utformningen av den ekonomiska ersättningen i ett flertal länder.

Intresset bland statsvetare att ingående analysera nationsspecifika förhållanden fortsatte dock, innan det blev mera vanligt med internationella komparationer. Deborah Stone (1980) reagerade mot den ensidiga synen på den medicinska professionens organisationer som traditionella intressegrupper, och pekade på att läkarkårens sammanslutningar också kan fungera som "kvasi-myndigheter", vilka givits möjlighet att påverka enskilda läkare, medicinsk utbildning och sjukhus. Som studieobjekt valde hon sjukvårdssystemet i Västtyskland, och kunde konstatera att den "korporativa"

modell där läkarorganisationer och försäkringsorganisationer balanserar varandra med staten som "koordinator" snarast är en variant av den gängse modellen för självreglering bland yrkesgrupper i denna nation. Stone menade att även om läkarkårens kunskapsmonopol inte saknar betydelse är den makt som professionens besitter ett resultat av nationsspecifika arrangemang, vilka staten har möjlighet att "omförhandla".

Ett samarbete mellan nordiska och amerikanska sjukvårdsforskare resulterade 1980 i volymen "The Shaping of the Swedish Health System", som huvudsakligen belyser svenska förhållanden, även om där ingår vissa utblickar mot övriga nordiska länder. I ett kapitel beskriver Arnold J. Heidenheimer (1980) hur det tidigare pluralistiska hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige från slutet av 1940-talet och fram till början av 1970-talet i allt högre grad kontrollerades av politiska och förvaltningsorienterade krafter, vilket medförde att den medicinska professionens autonomi reduceras. Detta var inte främst en följd av att en majoritet av den svenska läkarkåren var offentligt anställd, menar Heidenheimer, utan förklaras av förändringar både inom den politiska systemet och inom den medicinska professionen i Sverige. Politiker och administratörer vilka önskade en större kontroll av hälso- och sjukvården fick övertaget och inom den numerärt växande medicinska professionen försköts tyngdpunkten mot de yngre och sjukhusorienterade läkarna, vilka lämnade professionens gamla ideal bakom sig. Heidenheimer anser att den svenska medicinska professionen under den aktuella perioden förlorade viktiga delar av sin autonomi, men han använder i stor utsträckning den amerikanska professionen som referenspunkt, utan att göra några explicita jämförelser.

I samma bok finns en analys av den s k "7-kronorsreformen" - som i hög grad påverkade den svenska medicinska professionen - vilken fortfarande framstår som den mest genomarbetade studien av detta skede inom svensk hälso- och sjukvård. Mack Carder och Bendix Klingeberg (1980) visar hur ett flertal faktorer banade väg för "totallön" inom den svenska läkarkåren. En aspekt som utförligt behandlas är hur läkarnas fackliga organisation - Sveriges läkarförbund - kunde stärka sin position genom att i en tid av stora yttre påfrestningar hålla ihop professionen och slutligen få denna att acceptera de villkor som gäller inom en politiskt kontrollerad offentlig sjukvård.

Intresset för systematiska komparationer mellan olika nationer med avseende på interaktionen mellan staten och den medicinska professionen utifrån ett statsvetenskapligt perspektiv ökade under senare delen av 1980-talet. Det

resulterade i flera publikationer där betydelsen av institutionella politiska faktorer stod i centrum, t ex i böcker av David Wilsford och Ellen M. Immergut.

Immergut (1992) undersöker hur den medicinska professionen i Frankrike, Schweiz och Sverige lyckades påverka introduktionen av allmän sjukförsäkring under 1900-talet. Hon följer detaljerat hur olika sjukvårdspolitiska frågor hanterats inom politiska institutioner i respektive land, för att se i vilken utsträckning läkarkårens organisationer givits möjlighet till att påverka den slutliga utformningen. Den teoretiska ramen för studien ligger nära "den nya institutionalismen" inom statsvetenskapen, där intresset fokuseras mot hur formella institutioners sätt att fungera möjliggör respektive förhindrar medverkan och inflytande för olika grupperingar i samhället. Immergut fann att helt olika "institutionella konfigurationer" i de tre länderna avgör utformningen av de "vetopunkter" där professionella organisationer ges möjlighet att agera för att påverka beslut. I Sverige bidrog ett mycket formellt utredningsmaskineri, liksom en partipolitisk stabilitet när beslut om allmän sjukförsäkring växte fram, till att förhållandevis litet utrymme fanns för läkarkårens organisationer att obstruera, utan professionen fick i stor utsträckning anpassa sig till rådande förhållanden.

Wilsford (1991) har ambitionen att studera utvecklingen av läkarkårens position i flera dimensioner, både vad gäller ersättningsnivåer och klinisk autonomi. Han har valt två länder som enligt honom framstår som kontraster både vad gäller den medicinska professionens sammanhållning samt statens handlingskraft och statens "autonomi". I Frankrike har professionen varit splittrad och staten "stark", medan i USA har förhållandena varit de omvända. Trots detta, menar Wilsford, har i båda dessa länder professionens ställning försvagats vad gäller såväl klinisk autonomi som ersättningsnivåer. Genom att välja två nationer där staten och det politiska systemet uppvisar stora olikheter kan Wilsford nå fram till slutsatsen att det inte är nationsspecifika "institutionella" faktorer som förklarar utfallet. Istället pekar han på betydelsen av ett antal generella faktorer inom det moderna sjukvårdssystemet, vilka oberoende av nationell miljö, leder till "konvergens" med avseende på den medicinska professionens autonomi. Den tyngst vägande faktorn är sjukvårdssystemets ständiga krav på ökade resurser, som kolliderar med en minskad ekonomisk tillväxt inom industriländerna, och därav följer en minskad möjlighet att finansiera sjukvården ("the fiscal imperative"). Staten tvingas - oavsett dess karaktär - att reglera sjukvårdssektorn allt hårdare vilket

går ut över den medicinska professionen. För att understryka denna tes ytterligare plockar Wilsford in ytterligare några industriländer i sin jämförelse, där emellertid analysen blir mer ytlig.

Det innebär att sjukvårdssystem i olika länder, liksom staten och professionen, kan uppvisa tydliga särdrag, men att det trots detta finns ett antal generella icke-nationsspecifika faktorer som gör att utfallet för den medicinska professionen i strategiskt viktiga frågor kan bli likartat. Den slutsats som Wilsford redovisar är identisk med den som Marmor och Thomas noterade 20 år tidigare, men för den medicinska professionens vidkommande helt omvänd. När Marmor och Thomas undersökte striden kring ersättningsformer för läkare i flera länder fann de att professionen genomgående fick sin vilja igenom. När Wilsford två decennier senare anknyter till samma fråga befinner sig professionen på reträtt, även om nationsspecifika särdrag gör att vi får en tidsförskjutning, så att tillbakagången kan fördröjas eller lättare döljas i vissa länder.

Ekonomens perspektiv: kan läkaren styra efterfrågan eller är sjukvården en äkta marknad?

Ur ekonomens perspektiv är läkaren att betrakta som en viktig "producent" av hälso- och sjukvårdstjänster, eller en "produktionsfaktor", beroende på om läkaren är egen företagare eller anställd. Ekonomer noterar vanligtvis att läkaren har en dubbel roll, som patientens rådgivare med avseende på vad och hur mycket av medicinska tjänster som skall konsumeras, men läkaren är också den som tillhandahåller medicinska tjänster. En viktig fråga är i vilken utsträckning förhållanden som är specifika för hälso- och sjukvården medför att läkarens möte med patienten avviker från interaktionen mellan producent och konsument på en marknad. Det blir intressant för ekonomer att diskutera huruvida vissa särdrag inom sjukvården motiverar att läkarkåren erhåller legitimation - och därmed kan utestänga andra yrkesutövare från medicinsk verksamhet - eller om detta främst är ett uttryck för läkargruppens egenintresse och leder till ett omotiverat monopol. Kan läkaren i en skyddad roll som patientens rådgivare och i besittning av överlägsen kunskap använda patientens underläge med avseende på information om behandlingsalternativ och medicinska effekter till att rekommendera åtgärder, som möjligen kan ifrågasättas vad gäller medicinsk nytta, men som gynnar läkaren? Om patientens efterfrågan på sjukvård går att manipulera blir utrymmet för priskonkurrens begränsat och den "klassiska" marknadsmodellens relevans

för hälso- och sjukvården minskar. Intresset och möjligheten bland läkare att under olika institutionella arrangemang manipulera patientens efterfrågan på sjukvårdstjänster har sysselsatt ekonomer under flera decennier. Ämnet är dock komplicerat och knappast okontroversiellt. Ett grundläggande problem är naturligtvis att kunna avgöra vad som är den "riktiga" nivån på efterfrågan bland enskilda patienter.

Kenneth Arrow (1963) tillhör den första generationen ekonomer som visade intresse för att ingående analysera hälso- och sjukvård. I likhet med sociologer, men i motsats till statsvetare, ägnar ekonomer stor uppmärksamhet åt relationen mellan läkaren och hans patient. Läkaren tillhandahåller en produkt som patienten inte kan kontrollera i förväg, menar Arrow, och därför kan inte förhållandet mellan producent och konsument utformas på samma sätt som vid en idealisk marknadsrelation. Medicinsk behandling betraktad som tjänst rymmer en betydande grad av osäkerhet och läkaren är vida överlägsen patienten när det gäller att avgöra hur denna tjänst skall utformas. Detta förhållande styr i hög grad relationen dem emellan. Man kan påstå att Arrow var den första ekonom som ägnade tid åt att grundligt penetrera egenskaper hos medicinska tjänsten och han satte därvid strålkastaren på läkarens informationsövertag.

Det finns ett viktigt inslag av förtroende i sjukvården vilket är unikt för denna verksamhet, konstaterar Arrow. Han lutar sig därvid mot sociologen Parsons karakteristik av professioner som yrkesgrupper vilka i mindre grad än andra styrs av egenintresse. Den tjänst som läkaren säljer innefattar en "förpliktelse" ("obligation") att tillhandahålla det bästa möjliga, även om köparen har små möjligheter att kontrollera detta, menar Arrow.

Arrow observerar avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område från den ideala marknadsmodellen med konkurrens mellan flera producenter, vilket föranleder reflexioner mot bakgrund av ekonomisk teori. Viktiga förklaringar till denna avvikelse, menar Arrow, är den standardiserade medicinska utbildningen och förfarandet med legitimering av läkare. Det leder till begränsade möjligheter att tillhandahålla alternativa kvalitetsnivåer på de medicinska tjänsterna. Möjligheten att ersätta läkarna med personal från andra yrkesgrupper försvåras också av kravet på legitimering och särskild kompetens. Han noterar vidare att läkarkåren som kollektiv tycks bete sig annorlunda än andra yrkesgrupper, vilket t ex framgår av det självpåtagna

förbudet mot annonsering av tjänster, och intresset för att verka inom icke-kommersiella ("nonprofit") institutioner.

Läkarens dubbla roll som både rådgivare och producent skapar behov av administrativ kontroll när en tredje part - en försäkringsgivare - står för sjukvårdskostnaderna, påpekar Arrow. Konsumenten saknar själv i stor utsträckning möjligheter att bedöma kvalitet och har inga incitament att vara återhållsam, medan läkaren kan välja att tillfredsställa sina patienter t ex genom frekvent behandling och dyra läkemedel.

Däremot hävdar Arrow att de läkare som önskar öka efterfrågan på sina tjänster använder priset som ett instrumentet för att uppnå detta syfte. Även om det finns "etiska" regler som gör att priskonkurrens tar sig mindre flexibla uttryck inom hälso- och sjukvården, tenderar priset att falla om läkare har överkapacitet som inte utnyttjas. Om tid saknas för att tillfredsställa efterfrågan kommer priset att öka. I detta fall betar sig alltså läkarna i någon mån som andra producenter på en marknad. Denna uppfattning kom emellertid senare att motsägas av andra ekonomer, som stödde sig på både teoretiska resonemang och empiriska observationer.

Victor Fuchs (1974) tog i en uppmärksamrad bok med titeln "Who shall live?" läkarkåren i försvar mot de ekonomer som betraktade yrkesgruppens "monopol" som ett problem, vilket främst kom till uttryck genom kravet på legitimering. Läkaren kontrollerar visserligen sjukvården, menar Fuchs, men agerar ingalunda enbart som "inkomst-maximerare". Istället styrs läkaren i sin praktik av såväl en önskan att bli respekterad av kolleger som att uppfylla det djupt rotade kravet på att tillhandahålla bästa möjliga tjänster, men också av privata sociala motiv som styr bosättningsort och val av specialitet - t ex för att undvika orimlig jourtjänstgöring.

Möjligheten för läkare att sätta priskonkurrensen ur spel noterar dock Fuchs, och han framhöll de många amerikanska kirurgerna som ett tydligt exempel. I denna verksamhet kan en del tivelaktiga ingrepp förekomma, menar han. Intresset för inkomstmaximering är dock inte så vanligt som man tror, utan läkare kan växla arbetstid mot fritid utan att förlora särskilt mycket ekonomiskt. Detta sker eftersom man ändå lyckas håll uppe sina höga ersättningsnivåer. Varför uppstår inte konkurrens bland alla dessa kirurger, som pressar ner priset på deras tjänster, och som slutligen tvingar några att lämna yrket? Fuchs menar att det finns åtminstone två rimliga förklaringar.

För det första medför det kollegiala trycket att de läkare vilka försöker sänka ersättningsnivån kan riskera att få sitt rykte skadat. För det andra är det inte helt säkert att efterfrågan på tjänster kommer att öka, vilket i slutändan kan medföra att läkaren förlorar ekonomiskt. Det är dock inte enbart kirurgernas penninghunger som förklarar varför en del onödiga ingrepp sker, anser Fuchs. Även patienter kan insistera på medicinska åtgärder.

God tillgång på sjukvård till rimlig kostnad kan åstadkommas genom att institutioner istället för läkare erhåller legitimation, hävdar Victor Fuchs. Lagstiftning och traditioner gör att läkare utför många uppgifter som kan skötas av yrkesgrupper med kortare utbildning. Detta kan ske utan att läkarna behöver förlora ekonomiskt. Det väsentliga är inte att förändra läkarnas ersättningsnivåer utan att påverka praktikmönstret.

Samma år som Fuchs bok nådde läsarna publicerade den kanadensiske hälsoekonomen Robert G. Evans (1974) en numera klassisk artikel om "producentgenererad efterfrågan" ("supplier-induced demand") där han sökte visa hur läkaren kan påverka efterfrågan på egna tjänster utan att behöva ta hänsyn till priset.

Läkaren har stora möjligheter att styra utbudet av medicinska tjänster. Det finns starka incitament bland läkare att övertyga patienterna att välja deras tjänster framför att söka efter alternativ, konstaterar Evans. Han noterar dock samtidigt att ett syfte med "professionaliseringen" av läkarrollen är att generera sådana attityder som motverkar dessa incitament. Enligt Evans finns tydliga indikationer på att dessa attityder inte förmår hindra läkaren från att "manipulera" efterfrågesidan, som representeras av patienten, så att denna passar "utbudsidan" som representeras av läkaren. Detta är möjligt genom läkarens dubbla roll, som både rådgivare till patienten och producent av tjänster. Efterfrågan kan dock inte ökas i det oändliga, utan det finns en punkt där priskonkurrens kan inträda, men vi är långt från denna ännu, konstaterar Evans.

När den traditionella marknadsmodellen appliceras på hälso- och sjukvård behöver den anpassas till det faktum att läkarna generellt har makt att påverka efterfrågan, hävdar Evans, även om inte läkare i alla situationer uppträder med avsikten att söka maximera den egna inkomsten. Även i nationer där medborgarna har obligatoriska försäkringar för sjukvård, och läkarnas

ersättningar är reglerade, kan det finnas anledning för yrkesgruppen att söka påverka efterfrågan på medicinska tjänster.

Evans och andra ekonomer som noterade förekomsten av "producentgenererad efterfrågan" motsades dock snart av ekonomer vilka önskade vidmakthålla uppfattningen att efterfrågan får genomslag på priset även inom hälso- och sjukvården, vilket innebär att en marknadsmodell med konkurrens fortfarande är möjlig att tillämpa inom detta område. Flera studier presenterades där empiriskt material hämtades från framför allt amerikansk sjukvård. Sloan och Feldman (1978) intog tidigt en framträdande plats bland den grupp av ekonomer som står för uppfattningen att priskonkurrens fungerar inom sjukvården. Dit hör också McCarthy (1985) som med ledning av en studie från öppenvård menade att konkurrens som verktyg för att åstadkomma kostnadsbegränsning ingalunda spelat ut sin roll inom hälso- och sjukvård.

Det finns även några studier av "producentgenererad efterfrågan" utanför Nordamerika. Richardson (1981) visar att efterfrågan på medicinska tjänster i Australien ökade med tillgången på läkare. Han har dock i anslutning till det empiriska avsnittet ett omfattande resonemang där hypotesen att läkare alltid eftersträvar ökad efterfrågan modifieras. Det är inte regleringen av sjukvården från politiskt håll som hindrar läkare att utnyttjar sin monopolställningen, utan de etiska förhållningsregler som finns inom professionen, anser Richardson. Det tycks finnas en "etiskt acceptabel" nivå på den "efterfrågegenerering" som läkarna kan tillåta sig.

Uwe Reinhard från Princeton University noterade tidigt svårigheten att fastställa "producentgenererad efterfrågan" i en situation där efterfrågan inte är statisk, utan den kan påverkas av faktorer utanför läkarens kontroll (Reinhard, 1978). Han manade därför till försiktighet i debatten mellan ekonomer kring "producentgenererad efterfrågan", och efterlyste framför allt en större öppenhet vad gäller det datamaterial som används vid empiriska studier (Reinhard, 1985). Debatten rör utan tvekan vid en av den "neoklassiska ekonomins" grundstenar, vilket ställer extra höga krav på de företrädare inom "den ekonomiska professionen" som deltar, hävdar Reinhard. Frågan är laddad eftersom det finns starka beröringspunkter med politisk ideologi.

Man kan fråga sig om det finns utrymme för "producentgenererad efterfrågan" i sjukvårdssystem med allmän försäkring (tredjepartsfinansiering) där läkarna är anställda och uppbär fast lön. Vanligen förknippar man detta fenomen med

en situation där läkaren har intresse av och möjlighet att påverka sin egen inkomst. Det kan emellertid finnas andra skäl för den medicinska professionen utöver omsorgen om den egna inkomsten att söka hålla uppe efterfrågan, t ex för att utveckla den egna specialiteten och att tillse att tillgängliga vårdplatser fylls (McGuire, Henderson & Mooney, 1988).

Man kan hävda att hälsoekonomer visat på den potential som existerar inom sjukvården för manipulation av allmänhetens efterfrågan på medicinska tjänster. Det torde också finnas åtskilliga exempel på hur efterfrågan ökar med andelen läkare. Däremot går det inte att påstå att läkare vanligtvis utnyttjar sitt informationsövertag till att skapa otillbörlig efterfrågan. Det uppstår alltid svårigheter att isolera inslag av "producentgenererad efterfrågan" från andra faktorer. Allmänhetens efterfrågan på medicinska tjänster påverkas av ett flertal faktorer såsom hälsostatus, omfattningen av försäkringskydd, individuella preferenser och attityder till olika former av medicinsk intervention.

Utmaningar för den medicinska professionen i Sverige

Vilken framtid väntar den medicinska professionen i vårt land? Vilka utmaningar och vilka svårigheter kommer läkarkåren att möta? Hur går det med den så viktiga autonomin, som många av de ovan refererade forskarna har penetrerat i detalj?

Man bör i detta sammanhang skilja på förändringar som oberoende av land uppträder i sjukvårdssystem generellt och därmed får konsekvenser för professionen, och det som kan vara specifikt för den svenska miljön. Den medicinska professionen i Sverige kommer liksom kolleger i andra länder att möta mer krävande patienter och sannolikt också ett ifrågasättande av kliniska aktiviteter från myndigheter och finansiärer av sjukvård.

Givetvis blir effekterna av "den fiskala krisen", som David Wilsford diskuterar i den ovan refererade boken "Doctors and the State", märkbara eftersom alla industriländer i Europa och Nordamerika har problem att finansiera den teknologi som sjukvårdssystemet kräver och vill ställa i befolkningens tjänst. Man kan något drastiskt uttrycka det så att den biomedicinska vetenskapen, tillsammans med allehanda tekniska discipliner, idag driver fram innovationer som tenderar att allvarligt hota den medicinska professionens

självständighet. Det kan synas något motsägelsefullt eftersom delar av läkarkåren i högsta grad är involverad och pådrivande i denna utvecklingspiral. Det förväntas att den medicinska professionen skall tillhandahålla ständigt förbättrade metoder, och under flera decennier efter andra världskriget uppmuntrades också professionen till att kraftigt utvidga sjukvårdens domän. Man kan påstå att professionen i många länder fick fria händer att utveckla sjukvården.

I länder där sjukvården är en betydande samhällssektor, och där kostnaderna i allt väsentligt täcks genom skatter eller obligatoriska eller privata försäkringar, utsätts numera den medicinska professionens aktiviteter för en högre grad av kontroll. Kraven på kostnadseffektivitet växer sig starkare, och insikten om att läkarkåren kan söka skapa "producentgerenrerad efterfrågan" på sina tjänster har numera slagit igenom hos finansärer i olika typer av sjukvårdssystem. Motåtgärder har utvecklats i form av ekonomiska restriktioner, krav på dokumentation och genomförande av regleringar.

Denna tendens är något som vi av allt att döma kommer att se än tydligare framöver. Frågan är snarast om professionen kollektivt klarar uppgiften att själv reglera sjukvårdens verksamhet, eller om utomstående tvingas göra detta. Den mest dramatiska förändringen har inträffat i USA där försäkringsgivare - både offentliga och privata - numera bedriver "förhandlingar" med sjukhus om ersättningsberättigade medicinska åtgärder för enskilda patienter. Detta innebär förutom en massiv upptrappning av "administrations- och transaktionskostnader" att den enskilda läkarens rätt att bestämma över medicinska interventioner kraftigt har beskurits.

Något förenklat kan man säga att de valmöjligheter som står till buds för läkarkåren är att utöva kollektiv självreglering, genom att administrera restriktioner och begränsa enskilda läkares handlingsmöjligheter, eller att utsättas för reglering från myndigheter och finansärer. Vi kan se hur den brittiska läkarkårens organisationer under början av 1990-talet ställdes inför svåra val när regeringen krävde att läkarkåren skulle ta på sig ett större medicinskt ledningsansvar, som även innefattade att verkställa inskränkningar i professionens handlingsutrymme. Till slut insåg även de brittiska läkarna att det var bättre att medverka i dessa förändringar, än att sträva emot (Garpenby, 1992). I Sverige har läkarna tydligare axlat det medicinska ledningsansvaret, men detta kommer troligen att bli svårare att utöva framöver.

En annan effekt av den starka teknologiska utvecklingen är att läkarens roll som "agent" gentemot den enskilda patienten blir mer diffus. Man skulle kunna uttrycka det så att de segment av professionen som tillför ny kunskap i systemet bidrar till att försvåra läkarkårens arbete gentemot allmänheten. För läkarkåren som klientorienterad profession har det alltid varit viktigt att säkerställa förtroende genom lagom avpassade doser auktoritet. Sjukvård utövas sällan under tvång, men samtidigt som aktiv medverkan av patienten är viktig förväntas läkaren stå för auktoritet som manifesteras i kunskap och entydiga svar. Svårigheter uppstår när allt fler behandlingsalternativ blir tillgängliga, där frågan om vad som är det bästa för den enskilda patienten inte längre kan avgöras av läkaren, utan denne tvingas överlämna besluten till patienten och dennes anhöriga. Läkaren riskerar att inte längre blir entydig, och därmed förlora i auktoritet. Detta anknyter i någon mån till debatten om "avprofessionalisering" som rasat bland sociologer, och som refererades ovan. Att läkaren i sina patientkontakter kommer att få allt svårare att lämna entydiga svar råder det inget tvivel om; frågan är hur detta kommer att påverka professionens ställning på lång sikt. Allmänhetens förtroende är tveklöst professionens största tillgång, sedan må de teknologiska verktygen vara aldrig så avancerade.

Om vi övergår från generella tendenser, lika för sjukvårdssystem och profession i alla länder, och anlägger ett mer begränsat perspektiv, där intresset fokuseras enbart på förhållanden i vårt land, finns några förändringar att observera.

Först kan nämnas ändrade förhållanden som även om de kan irritera enskilda läkare knappast är av det slaget att de bidrar till att förändra den medicinska professionens position generellt. Ett exempel är ädelreformen som medfört att läkare inom akutsjukvård inte längre kan besluta om lämpliga boendeformer för de äldre som är medicinsk färdigbehandlade. Läkare verksamma inom t ex ortopedi och neurologi kunde tidigare i stor utsträckning bestämma om placering på sjukhem. Idag är det tjänstemän inom den kommunala socialförvaltningen som efter hörande av den äldre - och i förekommande fall anhöriga - fattar beslut om lämplig boendeform, och omvårdnadsnivå. Om kontroverser uppstår med sjukvården kan kommunen helt förbigå såväl allmänläkare som sjukhusläkare och begära utlåtande från en geriatrisk konsultläkare. Även om denna situation till en början kan vara svår att smälta för vissa läkare inom akutsjukvården är förändringen av marginell betydelse

för den medicinska professionens position. Denna förändring markerar dock att läkarkåren fortsättningsvis allt tydligare måste koncentrera sig på sitt kärnområde - medicinsk behandling - och släppa kontrollen över beslut som tangerar social omvårdnad.

En annan förändring anknyter till den alltid aktuella gränsdragningen mellan olika yrkesgrupper inom sjukvården och gäller rätten till förskrivning av läkemedel. Distriktssköterskorna har sedan en tid utvidgad rätt att på egen hand förskriva vissa läkemedel, där invändningar hörts från Sveriges läkarförbund. Denna fråga är av principiellt större betydelse för den medicinska professionen än effekterna av ädelreformen. Kontrollen över receptblocket är viktig för läkarkåren, särskilt som det finns tankar på att göra fler läkemedel receptfria, och mer tillgängliga för allmänheten. Att ytterligare tappa kontrollen över förskrivningen skulle tveklöst underminera läkarnas autonomi. Utvecklingen av läkemedelsområdet blir viktigt att bevaka för professionen framöver.

Ett annat område där den medicinska professionen står inför utmaningar är avvägningen mellan större och mindre sjukhus, där olika intressen skär rakt genom professionen. Betydande strukturförändringar förestår med stor sannolikhet inom svensk sjukvård, vilket framför allt berör de mindre sjukhusen. Man kan förvänta sig att det blir svårt att separera rationella argument från känslomässiga. Det är ingalunda säkert att professionen tjänar på en öppen strid mellan större och mindre sjukhus, med hårda kvalitetsdata som vapen, men det kan bli svårt att undvika. Det är inte troligt att läkare vid mindre sjukhus stillatigande väntar på att bli fräntagna verksamhet under förevändning av få fall leder till bristande kvalitet, utan att få möjlighet att bevisa motsatsen. Resultatet kan bli en kamp i offentlighetens ljus, där data om både patientmix, komplikationer och felbehandlingar når allmänheten via tidningssidor och tv-skärmar. Den av Freidson påtalade segmenteringen av professionen kan komma att ta sig nya uttryck inom svensk sjukvård.

En tydligare segmentering inom läkarkåren kan också uppstå om primärvården separeras från övrig sjukvård. En diskussion förs för närvarande om förändring av huvudmannskapet för primärvården och på flera platser i landet pågår försök med primärvård i kommunal regi. Allmänläkarna som haft svårt att hävda sig inom landstingen - där läkare knutna till sjukhus tydligt har dominerat - kan nog finna det attraktivt att byta huvudman. Inom kommunerna skulle de representera den främsta medicinska kompetensen.

Men det är möjligt att en sådan uppdelning skulle medföra en mer djupgående klyvning av den svenska professionen och på sikt en isolering av allmänläkarna. De exakta följdverkningarna är svåra att överblicka och sammanhänger med hur det svenska sjukvårdssystemet som helhet utvecklas. Situationen skulle bli en annan om allmänläkarna fick eget budgetansvar och möjlighet att för patienternas räkning köpa tjänster vid sjukhus, såsom är fallet i Storbritannien.

Man kan påstå att den svenska medicinska professionen under lång tid har åtnjutit en betydande klinisk frihet inom ramen för en offentlig och politiskt styrd sjukvård. Även om vissa typer av regleringar uppfattats som besvärande har läkarna med tiden anpassat sig till en relativt trygg tillvaro som anställda i den offentliga sektorn.

Att vara knuten till en offentlig sjukvård, där efterfrågan på tjänster i hög grad har fastställts genom en planeringsprocess, har dock inneburit att de svenska läkarna i liten utsträckning har konfronterats med en situation där patienternas preferenser får direkta konsekvenser för sjukvårdsstrukturen. Idag håller situationen på att förändras i detta avseende, vilket visade sig när de offentliga arbetsgivarna (landstingsförbundet och kommunförbundet) i den senaste avtalsförhandlingen framförde önskemål om att slippa ta hänsyn till lagen om anställningsskydd (LAS) för de husläkare som inte lyckats få tillräckligt många patienter registrerade. Läkarnas fackliga organisation avvisade detta förslag, vilket understryks av de konfliktåtgärder som läkarförbundets medlemmar genomförde i början av 1994.

En situation där sjukhusen får en mer fristående ställning - både juridiskt och ekonomiskt - och måste skaffa intäkter genom att sluta avtal med olika finansiärer medför att tydliga ramar utstakas för läkarna vad gäller prestationer. Den kliniska autonomin för den enskilda läkaren kommer av allt att döma inte att öka, tvärtom. Uppföljning av praktikmönster och forskrivningsmönster blir mer påtagligt. Utrymmet för avvikare från vedertagen standard blir mindre.

Den medicinska professionen som kollektiv kommer dock att kunna spela en framträdande roll, om läkarkårens organisationer förmår använda den framtida potentialen för kollektiv professionell självreglering som finns inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I vårt land finns en tradition av samarbete, och det var länge sedan läkarkårens organisationer vägrade föra en

dialog med den politiska nivån. Men det blir knappast lättare i framtiden att hålla samman läkarkåren och presentera en gemensam ståndpunkt. Tvärt emot den gängse bilden av den medicinska professionen som en homogen grupp tenderar den att bli mer divergerad och söndrad när trycket utifrån ökar.

Referenser

Arrow, K. (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53: 941-973.

Bell, D. (1973), *The Coming of Post-Industrial Society*. New York: Basic Books.

Carder, M. and Klingeberg, B. (1980), Towards a Salaried Medical Profession: How "Swedish" was the Seven Crowns Reform? I: Elvander, N. and Heidenheimer, A.J. (eds). *The Shaping of the Swedish Health System*. London: Croom Helm.

Carr-Saunders, A.M. and Wilson, P.A. (1933), *The Professions*. Oxford: Clarendon Press.

Collins, R. (1990), Changing conceptions in the sociology of the professions. I: Torstendahl, R and Burrage, M. (eds) *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*. London: SAGE Publications.

Eckstein, H. (1960), *Pressure Group Politics. The Case of the British Medical Association*. London: George Allen & Unwin.

Elvander, N. and Heidenheimer, A.J. (eds) (1980), *The Shaping of the Swedish Health System*. London: Croom Helm.

Evans, R.G. (1974), Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. I: Perlman, M. (ed) *The Economics of Health and Medical Care*. London: Macmillan.

Freidson, E. (1970a), *Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead.

Freidson, E. (1970b), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press.

Freidson, E. (1985), "The Reorganization of the Medical Profession". *Medical Care Review* 42: 11-35.

Freidson, E. (1989), *Medical Work in America. Essays on Health Care*. New Haven: Yale University Press.

Fuchs, V.R. (1974), *Who Shall Live? Health Economics, and Social Choice*. New York: Basic Books.

Garceau, O. (1941), *The Political Life of the American Medical Association*. Hamden: Anchor Books.

Garpenby, P. (1992), "Sverige och Storbritannien. Intern marknad införs i sjukvården. Läkarkårens självständighet utmanas". *Läkartidningen* 89: 14-16.

Hafferty, F.W. and McKinlay, J.B. (1993), Conclusion: Cross-cultural Perspectives on the Dynamics of Medicine as a Profession. I: Hafferty, F.W. and McKinlay, J.B. (eds). *The Changing Medical Profession. An International Perspective*. New York: Oxford Press.

Haug, M. (1973), Deprofessionalization: an alternative hypothesis for the future. *Sociological Review Monograph*. 20:195-211.

Haug, M. (1988), "A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization". *Milbank Quarterly* 66 (Suppl. 2): 48-56.

Haug, M. and Lavin (1981), "Practitioner and Patient: Who's in Charge?" *Journal of Health and Social Behaviour* 22: 212-29.

Heidenheimer, A.J. (1980), Conflict and Compromises Between Professional and Bureaucratic Health Interests 1947-72. I: Elvander, N. and Heidenheimer, A.J. (eds) 1980. *The Shaping of the Swedish Health System*. London: Croom Helm.

Hughes, E.C. (1984), *The Sociological Eye*. Chicago: Aldine Publishing Co.

Immergut, E.M. (1992), *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press.

Marmor, T.R. (1973), *The Politics of Medicare*. Chicago: Aldine.

Marmor, T.R. and Thomas, D. (1972), "Doctors, Politics and Pay Disputes: "Pressure Group Politics" Revisited". *British Journal of Political Science* 2:412-42.

Marshall, T.H. (1939), The recent history or professionalisation in relation to social structure and social policy. *Canadian Journal of Economics and Political Science* 5: 325-40.

McCarthy, T.R. (1985), The Competitive Nature of the Primary-Care Physician Services Market. *Journal of Health Economics* 4: 93-117.

McGuire, A., Henderson, J. and Mooney, G. (1988), *The Economics of Health Care*. London: Routledge & Kegan Paul.

McKinlay, J.B. (1982), *Toward the Proletarianization of Physicians. I: Dreber, C. (ed) Professionals as Workers. Mental Labour in Advanced Capitalism.* Boston: G.K. Hall & Co.

McKinlay, J.B. and Stoeckle, J.D. (1988), *Corporatization and the Social Transformation of Doctoring. International Journal of Health Services* 18:191-205.

Parsons, T. (1964), *Essays in Sociological Theory.* New York: The Free Press.

Rayack, E. (1967), *Professional Power and American Medicine.* Cleveland: World Publishing.

Reinhardt, U.E. (1978), *Comment on Frank A. Sloan and Roger Feldman. I: Greenburg, W. (ed) Competition in the Health Care Sector: Past, Present, and Future.* Germantown: Aspen Systems.

Reinhardt, U.E. (1985), *The Theory of Physician-Induced Demand. Reflections after a Decade. Journal of Health Economics* 4: 187-193.

Richardson, J. (1981), *The inducement hypothesis: that doctors generate demand for their own services. I: van der Gaag, J. and Perlman, M (eds) Health, Economics and Health Economics.* Amsterdam: North Holland.

Sloan, F.A. and Feldman, R. (1978), *Competition Among Physicians. I: Greenburg, W (ed) Competition in the Health Care Sector: Past, Present, and Future.* Germantown: Aspen Systems.

Spencer, H. (1896), *The Principles of Sociology.* New York: Appleton.

Starr, P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry.* New York: Basic Books.

Stone, D. (1980), *The Limits of Professional Power: National Health Care in the Federal Republic of Germany.* Chicago: Chicago University Press.

Webb, S. and Webb, B. (1917), *Special supplement on professional associations. New Statesman* 9, No. 211.

Wilsford, D. (1991), *Doctors and the State. The Politics of Health Care in France and the United States.* Durham: Duke University Press

3. Förslag till ersättningsmodell för barn- och ungdomstandvården

Ingvar Westerberg

Organisation och kostnader

Tandvården i Sverige kan delas upp i fyra delar, allmäntandvård för vuxna, allmäntandvård för barn och ungdomar (0-19 år), specialisttandvård och institutionstandvård. Utöver detta förekommer tandkirurgiska avdelningar på många större sjukhus.

1974 års tandvårdsreform innebar dels införandet av en allmän tandvårdsförsäkring för vuxna, dels att landstingen fick ett lagfäst ansvar för barn- och ungdomstandvården och specialisttandvården (SOU, 1972).

Den allmänna tandvårdsförsäkringen är konstruerad så att samma villkor gäller för patienten med avseende på patientavgifter och liknande oavsett val av vårdgivare ansluten till försäkringen (ca 90% av samtliga vårdgivare). Privata vårdgivare dominerar allmäntandvården för vuxna med ca 75% av vården. De regionala skillnaderna är stora. Specialist- och barn- och ungdomstandvården sker till helt övervägande del i offentlig regi. Även institutionstandvården, såsom tandvård på vissa sjukinrättningar, fångelser, etc, domineras av offentliga vårdgivare. Tandvårdens kostnader som andel av BNP och de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna framgår av tabell 3.1.

Tabell 3.1. Kostnader för tandvård olika år 1974-1992. I miljoner kronor, löpande priser samt dess andel av totala hälso- och sjukvårdens kostnader och som andel av BNP. Procent.

År	1974	1979	1985	1989	1992
Tandvårdskostnad	1.570	3.610	6.510	8.710	11.426
Andel av hälso- och sjukvården	8,80	9,20	7,90	9,30	11,00
Som andel av BNP	0,61	0,78	0,75	0,71	0,79

Källor: Värdena för åren 1974-1985 är hämtade från Westerberg (1987), värdena för år 1989 från Karlsson (1991) medan värdena för 1992 är uträknade från Landstingsförbundet (1993), SCB (1994) och muntliga uppgifter från Riksförsäkringsverket.

Tabellen visar att tandvården som andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna ökat men i stort behållit sin storlek som andel av BNP över den studerade perioden.

Att beräkna barn- och ungdomstandvårdens (BoU) kostnadsandel är vanskligt eftersom privattandvårdens kostnader är okända och någon särredovisning av BoU:s kostnader ej förekommer. Beräkningar i landstingsförbundets senaste omkostnadsundersökning för folktandvården avseende 1991 (Landstingsförbundet, 1992) visar på en BoU- kostnadsandel på ca 25% av folktandvårdens totala kostnader och med tanke på att de senare för 1992 var ca 5.300 miljoner kr skulle kostnaden för BoU vara ca 1.300 miljoner kronor eller som andel av totala tandvårdskostnaderna ca 12%.

Introduktionen av tandvårdsförsäkringen 1974 innebar i starten en subventionering av allmäntandvårdskonsumtionen för vuxna med drygt 50% (Westerberg, 1987). Försäkringen har sedan dess varit föremål för ett flertal ändringar. Bland annat har subventionsgraden succesivt minskat till ca 35% under våren 1994. Senare under året introduceras en genomgripande förändring av försäkringen genom införandet av den s k premietandvården som innebär val mellan två alternativa system, dels en tandvårdstaxa enligt nuvarande modell men kraftigt omarbetad, dels ett mer försäkringsinriktat system med en premieavgift och garanterad tandvård utan extra kostnad om behov uppkommer (Socialdepartementet, 1993). Finansieringen av verksamheten framgår av tabell 3.2.

Tabell 3.2. Finansiering av tandvården för åren 1985, 1989 och 1992. Miljoner kronor och procentuell andel.

	1985		1989		1992	
	MSEK	%	MSEK	%	MSEK	%
Staten	2.880	44	3.490	40	3.749	32
Patientavgifter	2.000	31	2.560	29	4.372	38
Landstingen	1.620	25	2.650	31	3.300	30

Källor: se tabell 3.1.

Tabellen visar en tydlig omfördelning av finansieringen av tandvården från staten till hushållen under perioden. Detta kan till stor del förklaras av en minskning i försäkringens subventionsgrad från 40% till 30% vid halvårsskiftet 1992.

Tandvården regleras av flera lagar varav tandvårdslagen (SFS, 1985) är den viktigaste. I lagen finns ett speciellt avsnitt om den landstingsbedrivna tandvården. Enligt detta skall landstinget, genom folktandvården, bland annat svara för regelbunden och fullständig tandvård (inkl specialisttandvård) för barn och ungdomar t o m det år de fyller 19 år.

Av detta kan konstateras att landstinget direkt ansvarar för barn och ungdomstandvården. Det behöver dock inte betyda att landstinget också behöver uppträda som producent av denna vård. Enligt lagen kan landsting sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget och dess folktandvård ansvarar för. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Som en del i de förändringar som sker inom tandvården diskuteras förändringar av ersättningssystemet. För att korrekt kunna diskutera ersättningssystemet måste barn- och ungdomstandvården insättas i sitt organisatoriska sammanhang. Här antages att de olika produktionsenheterna, folktandvårdskliniker och eventuellt andra producenter, ersättes via givna priser. Produktionsenheterna kan därför ses som pristagarna och det antas att de uppvisar ett rationellt beteende utifrån givna priser och uttalade ekonomiska och odontologiska mål.

Ersättningsprinciper

Modeller för ersättning kan indelas efter en rad olika kriterier. I detta sammanhang nöjer jag mig med att göra indelningen utifrån principen om hur ersättningen fastställs. Den troligtvis vanligaste metoden är ersättning efter prestation ("fee for service") och bygger oftast på ersättning efter fastställd prislista, exempelvis ersättning per vård dag eller ersättning per genomförd behandlingsåtgärd. I en sådan ersättningsmodell är det lönsamt för producenten att öka produktionen så länge som priset, dvs marginalintäkten för ytterligare en producerad enhet vård överstiger kostnaden att producera den ytterligare enheten, dvs marginalkostnaden.

Ersättning efter prestation kan leda till överproduktion, dvs alltför stor vårdinsats kvantitativt och-/eller kvalitativt i relation till det optimalt påkallade behovet. Detta gäller särskilt i en situation med relativt låga marginalkostnader, som exempelvis vid lågt kapacitetsgutnyttjande.

En variant på prestationsersättningen är ersättning efter vårdepisod. Den innebär att prissättningen sker utifrån den totala vårdinsatsen för en viss diagnos. Ett exempel är prissättning utifrån förväntade kostnader för olika diagnosgrupper, s k DRG-grupperingar¹.

DRG-gruppering baseras utöver diagnosen huvudsakligen på olika patientkarakteristika såsom ålder, kön, etc. Fördelen med DRG-prissättning är det för hela vårdepisoden givna priset. Producentens intäkter påverkas alltså ej av "extra" vårdinsatser. Denna form av prissättning har fått en allt större tillämpning och tillämpas bl a i det offentligt finansierade amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet för personer fyllda 65 år och vissa handikappade (Medicare) sedan mitten på 80-talet samt i allt större utsträckning i regionvården och i olika regionala samverkansprojekt (Planeringsnämnden, 1994). Problemet är att samma diagnos kan leda till olika behandlingar, något som kräver allt finmaskigare DRG-grupperingar. Systemet riskerar därigenom att bli tämligen komplicerat.

¹Utvecklingen av DRG-systemet började i slutet av 60-talet vid Yale-universitetet i USA. Syftet med DRG-klassificering av patienterna var från början att finna lämpliga mått på sjukhusets produktion där hänsyn togs till patientmixen vid jämförelser mellan sjukhus. Att använda DRG för att räkna ut ersättningen för en given vård är ett senare påfund. Skälet till att DRG-systemet befunnits användbart för att beräkna ersättningen kan förklaras med att patientmixen är en viktig förklaringsfaktor till skillnader i sjukhusen kostnadsnivå. Olika behandlingar, åldrar och sjukdomstillstånd kräver en varierad mängd resurser under vårdtillfället (Fetter et al, 1980)

Ett alternativ till direkt prestationsersättning är olika former av ersättning för garantier om framtida åtaganden i den mån behov föreligger (prospektiv ersättning). Ett exempel på sådan ersättning är ersättning enligt kapitationsprincipen.

Kapitationsprincipen innebär att vårdproducenten ersätts utifrån antalet personer snarare än antalet patienter. Exempelvis kan en producent få ansvaret för tandhälsan för ett antal personer och den totala ersättningen bestäms då av det antal personer man åtager sig att ansvara för multiplicerat med kapitationsersättningen. Ersättningen fastställs före periodens ingång och påverkas ej av den faktiska vårdinsatsen. Självfallet kan kapitationsersättningen variera utifrån olika faktorer såsom ålder, kön och andra patientkaraktistika som kan förväntas påverka vårdinsatsens storlek och graden av behandlingssvårigheter. Dessa justeringar måste dock ske redan vid "kontraktsskrivandet" och skall under avtalsperioden endast kunna ändras i undantagsfall.

Ersättning enligt kapitationsprincipen saknar incitament till övervård. Systemet kan dock i vissa fall kortsiktigt ge upphov till undervård. Detta kan dock till stor del lösas genom medicinsk/odontologisk kontroll och via marknadsmässiga inslag som valfrihet för individen till val av vårdgarant och strävan till kontinuitet och långsiktighet i relationen mellan individ och vårdgarant. Ett annat problem utgör risken för att producenterna i första hand försöker ansluta individer med låg förväntad risk eller ännu värre undviker individer med hög förväntad risk.

Det bör betonas att ersättning enligt kapitationsprincipen är en viktig del i något större, nämligen en vårdideologi som betonar inslaget av friskvård snarare än sjukvård. Vårdgivare och vårdtagare bildar tillsammans ett rollpar där den förra erhåller ersättning för att ge den senare vård när behov så uppkommer. Ett hälso- och sjukvårdssystem med kapitationsersättning förutsätter därför ett väl fungerande rollpar med relationer mellan rollerna baserade på bestämda spelregler. Detta innebär bl a någorlunda regelbundna kontakter. Väl fungerande regelbundna kontakter bör i flertalet fall minska informationsasymmetrin i relationen i så motto att patientens kunskap om sitt eget vårdbehov bör öka.

Det finns incitament i ett sådant system för vårdgarantin att förhindra uppkomsten av sådana behov eftersom vårdinsatser betyder ytterligare kostnader som ej täcks av ytterligare intäkter.

Tillämpning av ersättningssystem enligt kapitationsprincipen har under senare år fått en allt större spridning inom hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst de olika typer av ersättning till allmänpraktiserande läkare som numera tillämpas eller är under planering i en stor del av Västeuropa men också inom vissa nordamerikanska system som exempelvis det välkända och ganska omfattande HMO-systemet (Health Maintenance Organisations) (SPRI, 1992; Riksdagen, 1992/1993; Luft, 1991)

Förslag till ersättningsprinciper för barn- och ungdomstandvården

Vid val av ersättningssystem för tandvård är det viktigt att dels beakta hur verksamheten finansieras, dels identifiera de olika aktörerna samt deras målsättning med verksamheten. Inom barn- och ungdomstandvården kan fyra aktörer urskiljas, finansierarna, patienterna, producenterna (=ägarna) och personalen.

Barn- och ungdomstandvården är helt tredjepartsfinansierad genom landstingen plus kommunerna i Göteborg, Malmö och Gotland. Finansierarnas mål med verksamheten kan formuleras utifrån olika förväntningar på utvecklingen av barnens tandhälsa. De uppställda målen bör uppnås till lägsta möjliga kostnad. Ekonomistyrningen bör därför sett från finansierarens perspektiv innehålla element som främjar en hög effektivitet uttryckt som tandhälsoeffekter per resursinsats.

Patienternas mål är kanske något diffusare men i botten ligger självfallet önskemål om god tandstatus. God tandhälsa minimerar patientens kostnader i form av obehag vid tandvärk, tandläkarbesök, etc. Däremot är motivationen för kostnadsbegränsning av själva vården obefintlig eftersom ett starkt samband mellan erhållna vårdinsatser och egna vårdavgifter saknas.

Producenternas mål skiljer sig åt för privata och offentliga vårdgivare. Privata vårdgivare kan ses som vilket företag som helst med målsättning om vinstmaximering. De landstingsägda "företagens" målsättning är något oklarare, men kan försiktigtvis sägas ha en gemensam nämnare i allt mer

uttalade formuleringar utifrån ekonomiska termer i form av ekonomiska resultat eller åtminstone om ekonomiska restriktioner. Situationen kompletteras av att landstingets två roller som beställare och producent av BoU i de flesta landsting fortfarande ej organisatoriskt är separerade. Upp till helt nyligen har folktandvården fullständigt dominerat "marknaden" för barn- och ungdomstandvård. De ekonomiska restriktionerna har bestått av givna resursramar erhållna via budget.

Effekterna av de olika målsättningarna kan troligtvis studeras i existerande olikheter i vårdpanoramata i vuxentandvården för de båda ägarkategorierna med ett större inslag av åtgärder med högre ersättning per tidsenhet i privattandvården (Finansdepartementet, 1983; Westerberg, 1987; Sundberg et al., 1993)

Ekonomiska, politiska och sociala förhållanden i omgivningen står i ständig interaktion med produktionsprocessen. Personalen arbetar i nära kontakt med sina patienter. Inom dessa ramar har personalen i stor utsträckning själv kunnat utveckla och tillämpa en vårdideologi som betonat de omsorgsrationala snarare än de ekonomiska aspekterna. Denna påverkan har förstärkts av det faktum att tandvården är förhållandevis personalintensiv med en personalkostnadsandel på ca 70% (Westerberg, 1987; Landstingsförbundet, 1992).

Det har efter hand skapats en kultur eller en "folktandvårdens själ" som med de ökade kraven på ekonomiska resultat riskerar att leda till målkonflikter mellan personalens krav på omsorgsrationalitet och ägarens krav på ökat ekonomiskt tänkande och i värsta fall till totalt sett minskade prestationer (Gustafsson, 1992). En viktig kriterium på ett ersättningssystem måste därför vara att man fortsatt kan bevara de positiva delarna av verksamhetens "själ" samtidigt som man främjar ett ökat ekonomiskt tänkande.

Som redan diskuterats tenderar målformuleringar om vinst/överskott i kombination med prestationsersättning att leda till ökad risk för övervård, även i beaktande av olika vårdetiska restriktioner. Risker för övervård förstärks dessutom vid tredjepartsfinansiering, som i sig ger låga incitament för både producent och patient att finna adekvat vård till lägsta kostnad. Olika former av ersättning enligt löpande räkningsprincipen bör därför undvikas.

Ersättning baserad på vårdepisod kräver någon form av DRG-gruppering vilket för barn-och ungdomstandvården verkar synnerligen överarbetat. Återstår ersättning enligt kapitationsprincipen.

Kapitationsersättning är som tidigare påpekats systemmässigt orienterad mot friskvård snarare än mot reparativa åtgärder. I föregångaren till dagens kapitationssystem, ersättningssystemet för läkarna i gamla Kina, fick läkarna böta eller förlorade i extrema fall huvudet (dekapitering) när patienten blev sjuk. Så långt sträcker sig inte moderna kapiteringsmodeller men lite hårddraget kan sägas att vårdgaranten får böta när sjukdom uppkommer enär denne blir skyldig att, utan ytterligare ersättning, svara för nödvändiga vårdinsatser. Detta stimulerar till preventiva insatser, eftersom reparativa åtgärder ej ger producenten extra intäkter utan bara extra kostnader. Kapitationsersättning bör därför ligga väl i linje med tandvårdspersonalens vårduppfattning.

Två problem förknippade med kapitationsersättning är risktagandet och rättvisaspekten (Newhouse, 1986; Ash et al., 1989; Anderson et al., 1990; van Vliet & van de Ven, 1992). Risktagandet kan ses både från patient- och producentsidan. Genom den höga graden av asymmetrisk kunskap i relationen mellan patient och producent om vad som är lämplig vård - patienten har själv ytterst få möjligheter att kunna bedöma vilken vård som krävs respektive kontrollera och utvärdera hur producenten sköter sitt åtagande - föreligger risk för undervård. Ett sätt att minimera risken för undervård är kontinuerlig odontologisk revision byggt på ett väl utvecklat epidemiologiskt informationssystem. Försämringar i tandhälsan kan då snabbt upptäckas och åtgärder insättas.

Producentens risktagande skall ej generellt överdrivas tack vare den relativt höga graden av homogenitet när det gäller tandskadornas art och frekvens i BoU. Dock kan konstateras en ojämn fördelning mellan individerna. Studier visar att ett fåtal barn svarar för en stor del av kariesincidensen. Ett annat problem är att producenterna kan betrakta en kapitationsmodell som orättvis om ersättningens storlek ej uppfattas beakta vissa faktorer som förväntas påverka vårdinsatsen. Epidemiologiska studier visar exempelvis att kariesskadorna i åldersintervallet 12-19 år ökar med åldern och dessutom är klart relaterad till olika socioekonomiska faktorer (Petersson & Westerberg, 1994).

Kapitationsmodeller måste innehålla strukturer som reducerar risktagandet och uppfattade orättvisor. Detta kräver ett klart samband mellan ersättning och förväntad vårdinsats. Ett sätt att åstadkomma detta kan vara att identifiera olika faktorer som förklarar variansen i kariesincidensen på individnivå och sedan justera kapitationsersättningen därefter (se mera i nästa avsnitt). Det kan också påpekas att producenten själv kan reducera sitt risktagande genom ett tillräckligt antal patienttåganden.

Andra problem att lösa är risken för undervård, samt olika former av patientselektering (se exempelvis Newhouse 1984 och van de Ven och van Vliet, 1992). Det förra kan till stor del undvikas genom ett väl utvecklat epidemiologiskt rapportsystem på individnivå, medan det senare endast kan undvikas vid sektorsansvar, dvs producenten ansvarar för tandhälsan för samtliga barn i ett visst område, exempelvis ett skolområde.

Resonemanget leder fram till slutsatsen att någon form av kapitationsersättning bör vara det mest lämpade ersättningsystemet för barn- och ungdomstandvården. Den fortsatta framställningen kommer därför att koncentreras till olika frågeställningar om kapitationsersättning.

Teoretiska aspekter på kapitationsersättningens konstruktion

Viktigt vid kapitationsersättning är inte bara att finna rätt storlek på själva ersättningen per listad utan också att finna en konstruktion som ger producenten de rätta signalerna för ett optimalt agerande sett från köparens synpunkt. Utgångspunkten för nedanstående analys är som tidigare påpekats antagandet att producenterna agerar rationellt utifrån målsättningen om vinst/överskotts-optimering. För enkelhets skull antages också att producenterna kan producera både vuxentandvård med ersättning enligt tandvårdsförsäkringen samt barn- och ungdomstandvård med kapitationsersättning.

Den nedan diskuterade verksamheten berör enbart barn- och ungdomstandvård som normalt utförs i allmäntandvården. Ortodonti, pedodonti och annan barntandvård som utförs av specialistklinik berörs ej även om det bör påpekas att det är nödvändigt att införa rutiner som bl a reglerar relationerna mellan allmän- och specialisttandvården. Häri bör inte minst ingå spelregler av ransonerings- och arbetsfördelningskaraktär för att undvika kostnadsövertäckning och försöka finna en effektiv arbetsfördelning.

Vilka komponenter kan tänkas ingå i en kapitationsersättning? Låt oss utgå från följande formula:²

$$C = A + B + D + E$$

där: C	total kapitationsersättning
A	alternativkostnaden för att bedriva barntandvård.
B	ersättning för risktagandet
D	justering av kapitationsersättningen utifrån antagandet om olika förväntade vårdinsatser för olika patientkarakteristika.
E	bonus för måluppfyllelse

Grundersättning. Grundersättningen A bör konstrueras i enlighet med alternativkostnadsprincipen. Alternativkostnaden är den intäkt som producenten erhåller vid bästa alternativa användning av de resurser som istället används per barn i BoU.

En alternativ metod att beräkna grundersättningen A är att använda den faktiska produktionskostnaden. En sådan metod är enkel men kräver att de korrekta produktionskostnaderna kan identifieras. Metoden är dock tveksam ur ekonomisk/teoretisk synpunkt. De uträknade priserna speglar enbart de faktiska produktionskostnaderna. Ju högre produktionskostnader per barn i utgångsläget, exempelvis genom en frikostig budgettilldelning och/eller låg produktivitet, desto högre ersättning till producenterna. De uträknade priserna kan ge fel signaler till aktörerna med risk för inoptimalt agerande. Ersättningsmodeller som baseras på nuvarande produktionskostnader i BoU bör därför förkastas.

Grundersättningen (A) bör helst spegla verksamhetens alternativkostnad. Av praktiska skäl kan det vara lämpligt att från början inboka den eventuella

²Den presenterade formulan baseras i huvudsak dels på Schoen (1974) numera närmast klassiska artiklar om hur konstruera en kapitationsersättning för "prepaid health plans" av HMO- typ inkluderande tandvård, dels på egna tankar.

riskpremien (B) i grundersättningen A. Riskpremien är den ersättning som utgår till producenten för den osäkerhet som ligger i det faktum att den totala intäkten är känd från början och ej påverkas av framtida faktiska kostnader medan den framtida kostnaden är okänd.

Justering för vissa förklaringsfaktorer. Det kan anses klart att olika åldersgrupper i barn och ungdomstandvården kräver olika mängd tandvårdsinsatser. Med hjälp av kostnadsstudier kan kunskap erhållas om de olika årskullarnas tandvårdskonsumtion och därigenom ge underlag för hur de olika åldrarna skall grupperas och vilka vikter de olika åldersgrupperna bör erhålla vid justering av grundersättningen.

Skattade kariesincidensfunktioner (Demers, 1990; Petersson & Westerberg, 1994) visar på faktorerna nuvarande kariesstatus och socioekonomisk bakgrund som viktiga förklaringsvariabler för den framtida kariesutvecklingen. Justering av kapitationsersättningen med hänsynstagande till kariesstatus och socioekonomisk bakgrund skulle ge fördelen att minska graden av risktagande/orättvisa och därigenom också minska incitamentet för patientselektion.

Med hjälp av skattade incidensfunktioner är det möjligt att prediktera den förväntade kariesincidensen på individnivå och alltså till och med individualisera kapitationsersättningen, även om det bör betonas att sådana prediktionsmodeller ännu har en relativt låg träffsäkerhet när det gäller att prediktera högkariespatienterna. En gyllene medelväg kunde vara att justera för socioekonomisk bakgrund på områdesnivå om patienterna fördelas på vårdgivare sektorsvis respektive att prediktera utifrån vårdgivarens patientstock om fördelningen sker på individuell basis.

Risken med patientselektion kan alltså till del elimineras genom att justera för socioekonomisk bakgrund och kariesstatus. Att justera för socioekonomisk bakgrund, om än på sektors/områdesnivå kan dock kanske uppfattas som oetiskt. Kanske då hellre leva med en viss grad av risktagande och/eller orättvisa, vilket ju speglar världen i övrigt och försöka minska patientselektionen på annat sätt, exempelvis genom ett högkostnadsskydd på patientnivå som träder i kraft när kostnaderna utifrån en BoU-taxa överstiger ett visst värde. Ett sådant högkostnadsskydd får dock ej utformas så att det stimulerar till ökad vårdproduktion, exempelvis genom att det sätts för lågt i relation till genomsnittliga vårdkostnaden per patient.

Att justera för skillnader i tandstatus är något mer tveksamt. Visserligen visar studier på ett klart samband mellan hög prevalens och hög incidens när det gäller kariessjukdomen men samtidigt minskar incitamenten för producenten att satsa på tandhälsförbättringar för dessa grupper om särskild kompensation utgår för patientgrupper med hög kariesfrekvens.

Bonustillägget har främst två funktioner, det skall dels markera målsättningen med verksamheten, dels stimulera till extra insatser gynnsamma för tandhälsan.

Tillämpning av kapitationsersättning inom tandvården

Tillämpning av kapitationsersättning används i viss utsträckning i tandvårdsförsäkringar på gruppnivå i framför allt Nordamerika (Rosenstein, 1980; Westerberg et al, 1991). Kapitationsersättning inom tandvården har dock inte fått någon större omfattning framför allt beroende på motstånd från vårdgivarna. Endast ett ytterst fåtal amerikanska/kanadensiska skoltand-vårdsprogram tillämpar eller har tillämpat någon form av kapitationsersättning.

I Storbritannien baseras det preventivt inriktade vuxentandvårdssystemet Denplan på fasta patientavgifter (Socialdepartementet, 1993).

I Sverige har ersättningsmodeller för BoU fått en ökad aktualitet i och med införandet av intraprenadverksamhet och/eller tandvårdspeng i en del landsting. I vissa fall gäller ersättningarna enbart de privata vårdgivarna. Mer eller mindre genomarbetade analyser ligger till grund för tillämpade ersättningar.

En gemensam nämnare i svenska tillämpningar är att man utgått från den nuvarande kostnadsstrukturen i folktandvården som underlag för ersättningens storlek. I två landsting (Stockholm och Kronoberg) finns någon form av justering för åldersfaktorn. De flesta berörda landstingen tillämpar också någon form av högkostnadsskydd för de privata vårdgivarna, exempelvis i form av en riskfond finansierad medelst avgift. Bonustilldelning vid uppnådda tandhälsomål tillämpas enbart i Kronoberg (Stockholms läns landsting, 1992; Landstinget Kronoberg, 1992).

Förslag till ersättningsmodell för barn- och ungdomstandvården

Ersättningen, som avser en period på ett år, består av en grundersättning baserad på kapitationsprincipen justerad för åldersfaktorn samt ett högkostnadsskydd. Dessutom presenteras en idé för en måluppfyllelsebonus. I modellen ingår ej någon särskild ersättning för specialistvård. Patienter som är i behov av specialistvård förutsätts bli remitterade till specialistvården i sedvanlig ordning. Eventuella behov av ransoneringssystem för att undvika kostnadsövervältring från distriktstandvården till specialiststandvården behandlas ej i denna rapport.

Grundersättningen. Kliniken erhåller en viss fast ersättning per listat barn/ungdom som kliniken åtager sig ansvaret för att hålla vid en viss tandhälsa. Att ersättningen är fast innebär att samma ersättning utgår oavsett omfattningen av den tandvård som individen erhåller under den kontrakterade perioden upp till en viss nivå varefter ett högkostnadsskydd inträder.

Justering för åldersfaktorn. Pga tandsjukdomarnas skiftande karaktär och utveckling inom åldersintervallet för barn- och ungdomstandvården (0-19 år) föreslås olika per kapitaersättningar för olika åldersgrupper. Viktningen baseras på en vårdkostnadsstudie genomförd för barn- och ungdomstandvården för en representativ klinik i södra Halland omfattande åren 1991, 1992 och 1993 (Landstinget Halland, 1994).

Följande åldersgrupperingar och vikter föreslås:

Åldersgrupp	Basbelopp A	Vikt	Schablonersättning för åldersgruppen
0-6	A	0,6	0,6A
7-13	A	1,1	1,1A
14-19	A	1,0	1,0A

Det föreslagna ersättningssystemet har flera fördelar. Det är enkelt och det speglar på ett bättre sätt den förväntade vårdtyngden för olika åldersgrupper än en generell per kapitaersättning för hela åldersintervallet. Ersättningen blir också mera neutral med avseende på skillnader i åldersfördelningen mellan

olika kliniker. Det har också den stora fördelen att den enda variabeln som behöver bli föremål för återkommande justeringar är basbeloppet A.

Vad är då en lämplig storlek på A? Baserad på alternativkostnadsprincipen skulle A korrespondera med tandläkar-(=team)-arvodet per tandläkartimme. Produktionsekonomiska studier för 1992 visar på en genomsnittlig tandläkarproduktivitet uttryckt som tandläkararvode per tandläkartimme på knappt 600 kr, även om spridningen mellan de olika klinikerna är påtaglig (Westerberg, 1994).

Ett alternativt sätt att bestämma A är att försöka identifiera marknadspriset. Ett anbudsfordfarande för BoU i Särö i norra Halland resulterade i ett pris för 1994 på 600 kr per barn oavsett ålder. Eftersom situationen var något speciell i Särö vid anbudstillfället speglar det resulterade marknadspriset på 600 kr per barn troligen inte marknadspriset för hela riket utan är något i underkant vid en jämförelse.

Ett andra alternativ till att bestämma A är den ovan relaterade men något tveksamma metoden att utgå från de faktiska kostnaderna. Ser man till den ovan refererade kostnadsstudien för BoU (Landstinget Halland, 1994) bör A vara ca 675 kr. Detta inkluderar kostnaden för tandtekniskt arbete för tandreglering utförd på kliniken.

En sammanfattning av de olika beräkningarna utifrån olika alternativa beräkningsmetoder skulle ge A en storlek för 1994 i intervallet 650-700 kr.

Övriga överväganden. Vid konstruktionen av ersättningsmodellen har även justeringar för nuvarande tandstatus och socioekonomisk bakgrund diskuterats. Det kan dock ifrågasättas om sådana arrangemang i någon nämnvärd grad kommer att reducera producentens risktagande. Som tidigare påpekats är risktagandet i stor omfattning relaterat till ett relativt fåtal patienter (ca 10%) med stort behov av tandvård, medan övriga patienter uppvisar en stor grad av homogenitet (dvs låg kariesutveckling) när det gäller vårdbehovet. Till detta skall läggas det faktum att viktning för nuvarande kariesstatus minskar vårdproducentens (ekonomiska) motivation för kraftfulla preventiva insatser enär en förbättrad kariesstatus ger en lägre kapitationsersättning.

Ett högkostnadsskydd bör därför vara den lämpligaste lösningen för att minimera risktagandet förknippat med förväntade högkariespatienter.

Även införandet av ett bonustillägg har övervägts. Ett sådant skulle baseras på förbättringar i tandhälsan under det gångna året alternativt vid måluppfyllelse och tilldelas klinikerna retroaktivt.

Ett bonustillägg har främst två funktioner; det skall dels markera tandhälsoaspekternas viktiga betydelse i verksamheten, dels stimulera till extra insatser i hälsobefrämjande syfte. Intäkterna kan uppdelas i två delar, dels inbesparingar i vårdinsatser tack vare den förbättrade tandhälsan, dels bonustillägget. Eftersom det förra incitamentet i sig bör ha stor effekt måste bonustillägget utformas på ett sådant sätt att det dels på marginalen stimulerar till extra preventiva insatser, dels klart markerar de tandhälsopolitiska målsättningarna.

Ett flertal olika bonusmodeller har övervägts under resans gång. Utformningen av ett bonussystem stöter på en rad problem. Svårigheterna att formulera tandhälsomålen med avseende på mått och nivåer, olika förutsättningar för klinikerna att nå uttalade tandhälsomål och farhågor för administrativt krångel har lett till viss tveksamhet om de positiva effekterna av extra bonustilldelning.

Det kan trots detta finnas skäl att pröva ett bonussystem som utgår från vårdgivarens patientgrupp. Med hjälp av en prediktionsmodell är det möjligt att beräkna ett förväntat medelvärde för kariesutvecklingen för den givna patientstocken med hänsyn tagen till socioekonomi, nuvarande kariesstatus, åldersstruktur, fluor i vattnet, etc, som kan tänkas förklara kariesutvecklingen. Bonus utfaller sedan vid måluppfyllelse Den förväntade kariesutvecklingen kan sedan användas som underlag för att fastställa tandhälsomål för respektive klinik (för vidare detaljer se Petersson och Westerberg, 1994a).

Referenser

Andersson, G.G., et al. (1990)., Setting Payment Rates for Capitated Systems: A Comparison of various Alternatives. *Inquiry* 1990:27 225-233.

Ash, A., Porell, F., Gruenberg, L., Sawitz, E., and Beiser, A. (1989), Adjusting Medicare capitation payments using prior hospitalization data. *Health Care Financing Review, Community Dent Health* 1990;7 11-24.

Demers, M., Brodeur, J-M., Simard, P.L., Mouton C., Veilleux, G., Fréchette, S. (1990), Caries predictors suitable for mass-screening in children: a Literature review. *Community Dent Health* 1990:7 11-24.

Fetter et al (1980), Case-mix definitions by Diagnosis-Related Groups. *Medical Care* 1980:18 (2), 1-53 (suppl).

Finansdepartementet (1983), *Produktivitet i privat och offentlig tandvård*. Ds Fi 1983:27.

Gustafsson, R. (1982), Oförutsedda konsekvenser av hälso- och sjukvårdens ekonomistyrning. *Socialmedicinsk tidskrift* 1992:69 (1).

Karlsson, G. (1991), *Hälsoekonomisk analys av dentala implantat*. (Diss). Linköping Studies in Arts and Science 69. Linköping 1991.

Landstinget Halland (1994), *Åldersfaktorn som förklaringsvariabel till kostnadsstrukturen i barn- och ungdomstandvården*. Hälsoekonomiska sektionen meddelande Nr 5. 1994.

Landstinget Kronoberg (1992), *Projekt personalkooperativ tandvård i Kronobergs län*.

Landstingsförbundet (1992), *Folktandvårdens kostnader och intäkter 1991*. Stockholm.

Landstingsförbundet (1993), *Rapport, Bokslutsstatistik 1992*. Ekonomi. Stockholm.

Luft, H.S. (1991), Translating The U.S. HMO Experience To Other Health Systems. *Health Affairs* Fall 1991.

Newhouse, J.P. (1984), Cream skimming, asymmetric information, and a competitive insurance market. *Journal of Health Economics* 1984:3 97-100.

Newhouse, J.P. (1986), Rate adjusters for Medicare under capitation. *Health Care Financing Review*, annual suppl. 1986 45-55.

Petersson, L.G., Westerberg, I. (1994), Intensive Fluoride Varnish Program in Swedish Adolescents: Economic Assessment of a 7-year Follow-Up Study on Proximal Caries Incidence. *Caries Research* 1994; 28:59-63.

Petersson, L.G., Westerberg, I. (1994a), *Konstruktion av bonus baserad på tandhälsoutvecklingen inom barn- och ungdomstandvården*. Landstinget Halland. Hälsoekonomiska sektionen Rapport nr: 1994:3.

Planeringsnämnden för landstingskommunala angelägenheter i de västsvenska länen (1994), *Ersättning under 1994 för vårdtjänster enligt avtal om region- respektive primär- och länssjukvård inom västra sjukvårdsregionen*. TU 1/94. 1994-02-02.

Riksdagen (1993), *Om husläkare mm.* Regeringens Proposition 1992/1993:160.
Rosenstein, D.I., Cogan, G.L., Lireka, P.J. (1980), Network of capitation practices: a new concept. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1980:80 351-354.

SCB (1985), *Tandvårdslagen* SFS 1985:125.

Socialdepartementet (1993), *Premietandvård - en effektivare tandvårdsförsäkring.* Ds 1993:18.

SOU (1972), *Allmän tandvårdsförsäkring.* SoU 1972:81.

SPRI (1992), *Ersättning till husläkare.* SPRI-rapport 343. Stockholm.

Stockholms läns landsting (1992), *Tandvårdspeng för barn och ungdomar.* Folk tandvården. Stockholms läns landsting.

Sundberg, H., Lindblom, C., Randver, L. (1993), Vuxenvården i Kalmar län år 1991. *Tandläkartidningen* Nr 5 April 1993 Årgång 85 236-45.

van Vliet, R.C.J.A., van de Ven, V.P.M.M. (1992), *Capitating Health Insurers on the Basis of Diagnostic Information from Previous Hospitalization.* Proceedings of the Fifth International Conference on System Science in Health Care. Omnibus Publisher Prague 1992.

van Vliet, R.C.J.A., van de Ven, V.P.M.M. (1992), *Adverse Selection and the Consumer Choice between a high and low Health Insurance Option.* Proceedings of the Fifth International Conference on System Science in Health Care. Omnibus Publisher Prague 1992.

Westerberg, I. (1987), *Produktion, produktivitet och kostnader i svensk tandvård* (Diss). Linköping studies in arts and science 15. Linköping 1987.

Westerberg, I. (1994) *Produktionsekonomisk studie över distriktstandvården i landstinget Halland.* Landstinget Halland. Hälsoekonomiska sektionen Rapport nr: 1994:2.

Westerberg, I., Carlsson, P., Rehnberg, C. (1991), Styrningsmekanismerna i kanadensisk tandvård eller hur man försöker komma till rätta med de snabbt ökande tandvårdskostnaderna. *Socialmedicinsk tidskrift* 1991:68 (1).

4. Vilken roll spelar ekonomiska utvärderingar med nya styrformer i sjukvården?

Per Carlsson

Gamla styrformer kompletteras med nya

Införandetakten av nya styrformer i landsting¹ och kommuner under de senaste 15 åren har varit accelererande och utmärkts av ombytlighet. Den officiella styrfilosofin har varierat mellan olika delar av landet medan de faktiska förändringarna i system och rutiner under en längre tidsperiod är likartade. Under 1980-talet då det skedde en omställning från en god landstingsekonomi till dagen ekonomiskt knappa situation genomfördes i alla landsting en decentralisering av beslut och ekonomiskt ansvar. Denna var framgångsrik tack vare ledarutveckling, ändrad förtroendemannaorganisation och förbättrade ekonomiska redovisningssystem. Chefsöverläkarreformen förstärkte läkarnas deltagande i ledningen och den ekonomiska styrningen av sjukvården.

Efter mindre framgångsrika försök med målstyrning i flera landsting växte intresset för reformering av sjukvårdssystemets grundläggande struktur, t ex initierade Landstingsförbundet Vägvalsutredningen under 1988. De närmast följande åren började marknadsorienterade styrformer ersätta eller komplettera planering och administrativ styrning av resurserna i hälso-och sjukvården.

"En ökad marknadsstyrning innebär att konkurrenskrafterna får större spelrum. Kärnverksamheten kommer att märka av större prisfluktuationer beroende på konkurrenskrafterna i aktuell bransch (stödverksamhet).

.....Svaga stödverksamheter kommer att slås ut i branscher med starka konkurrenskrafter, medan starka stödverksamheter i branscher med svaga konkurrenskrafter kan öka sina vinstmarginaler"

Citat ur Marknadsstyrning av stödverksamheter i Landstingen. Landstingsförbundet 1992, s 72.

¹I detta kapitel innefattas även de tre primärkommunala sjukvårdshuvudmännen (Gotland, Malmö och Göteborg) i begreppet landsting.

Ovanstående citat visar att åtminstone delar av landstingsvärlden hade tillägnat sig ett språkbruk och ett synsätt som gav näring åt en utveckling mot ökad marknadsstyrning och en strävan mot att renodla rollen för landstingens ledningar. I rapporten "Landstinget som koncern" tilldelades landstingsledningen rollen att främst agera som koncernledning och ägare. Detta avsåg i första hand landstingsägda bolag och stiftelser men har säkert influerat styrningen av andra delar av landstingens verksamhet.

De nya idéerna introducerades först och i större omfattning i de stora städerna och i landsting med universitetssjukhus. Ett par undantag är Landstinget i Dalarna och Bohuslandstinget. Utmärkande drag på organisationsförändringarna i dessa områden var användning av ekonomiska incitament, t ex prestationsersättning, tillskapande av konkurrens mellan såväl offentliga som privata vårdgivare och ett ökat inflytande för allmänheten och patienterna över såväl resursallokering och medicinska beslut i hälso- och sjukvården, t ex fritt val där pengarna följer patienten. För en utförligare beskrivning hänvisas till Clas Rehnbergs kapitel.

Det allra senaste året har den allt livligare debatten om sjukvårdens styrning fått nya inslag. Insikten om att det behövs särskilda styrformer eller beslutsordningar för att genomföra strukturella förändringar har ökat bland landstingsföreträdare. Nödvändiga kostnadsminskningar i framförallt sjukhusvården ställer krav på snabbare och mer omfattande förändringar i sjukhusstrukturen än vad som hittills genomförts. Läkarkåren har på ett mer formaliserat sätt än tidigare involverats i detta arbete. Den ökade fokuseringen på strukturfrågor och samordning av medicinsk verksamhet har också inneburit att den marknadsorienterade styrfilosofin tonats ner hos landstingsledningarna.

Behovet av medicinska prioriteringar kommer till uttryck på olika sätt, inte minst i Prioriteringsutredningens slutbetänkande. Inom några landsting har man redan utarbetat egna principer för prioriteringar i sjukvården. En nyhet i prioriteringsutredningens förslag är att den starkt framhåller behovet av utvärderingsforskning, inte minst ekonomiska utvärderingar (Socialdepartementet, 1995). Än så länge har explicita prioriteringsbeslut varit sällan förekommande i landstingen. Inte heller har det varit vanligt att använda utvärderingar av medicinska metoder vid fördelningen av resurser. Intresset för utvärderingar har visserligen ökat bland ledande tjänstemän och politiker i landstingen men

formerna för framtagning och tillgodogörande av relevant information saknas fortfarande.

På vilket sätt den nya tidsandan, som genomsyrar både nationell och lokal sjukvårdspolitik, kommer att påverka de ekonomiska styrsystemen är för närvarande oklart. Det finns dock några generella och långsiktiga utvecklingsmönster som kan tas som utgångspunkt för bedömning om framtiden. Ett gäller utvecklingen av sjukvårdens informationssystem, ett annat de pågående förändringarna av ansvarsfördelningen mellan staten, landsting och kommuner och utvecklingen av nya administrativa områden (regioner) i Sverige.

Sjukvårdens informationssystem

Informationssystemen för uppföljning av sjukvårdens resultat i form av effekter på hälsan och patienternas livskvalitet har förbättrats långsamt. Det återstår dock mycket arbete på detta område. Utvecklingen av informationssystemen i sjukvården har pågått under lång tid delvis i det tysta och relativt oberoende av nya styrformer. Ett genombrott kan skönjas i Sverige när det gäller användning av datorlagrade patientjournaler.

I USA har IT-utvecklingen fått en kraftigt ökad betydelse för styrning av vardagssjukvården. För detta ändamål har system utvecklats för rutinmässig uppföljning av sjukhusens effektivitet. Ett av många exempel är Cleveland Health Quality Choice Program (1993). I korthet innebär programmet att ett flertal sjukhus samarbetar om regelbundna jämförelser av ett antal resultatvariabler. Hänsyn tas till skillnader i patientsammansättning.

I Storbritannien håller begreppet "Evidence based Medicine" att slå igenom på bred front. Dessa tankar finns samlade i en nationell strategi för klinisk forskning och utvärdering av medicinsk teknologi. Här ingår hälsoekonomiska utvärderingar som en viktig komponent. Utvecklingen av ett nationellt system för utvärderingar har skett parallellt med omfattande organisatoriska förändringar i National Health System. I ekonomisk litteratur anses behovet av samhällsekonomiska analyser vara störst inom samhällssektorer som saknar marknader för fördelning av resurser. Hälso- och sjukvården har traditionellt tillhört dessa sektorer och följdriktigt har vi med tiden sett allt mer av samhällsekonomiska utvärderingar i hälso- och sjukvården. Det är därför naturligt att fråga sig om behovet av ekonomiska utvärderingar minskat

som en följd av de nya styrformer som införts i hälso- och sjukvården? Detta tycks inte vara fallet i Storbritannien.

Att utforma effektiva system för utvärdering och uppföljning av hälso- och sjukvård är komplicerat och det är långt ifrån en okontroversiell uppgift. Inte sällan framförs det kritik mot utvärderingar. Kritikerna menar att formella utvärderingar är tidsödande och kostsamma och har haft mycket liten effekt på sjukvården och att deras nytta har ifrågasatts. Finns det alternativa angreppssätt för att få underlag till allokeringssbeslut? Är det ökade inslaget av marknadsmekanismer genom användning av ekonomiska incitament, konkurrens mellan vårdgivare och ökade möjligheter för patienterna att ge uttryck för sina preferenser en lösning på problemet? Eller kommer huvudmännen att lösa sjukvårdens prioriteringar och resursfördelning med hjälp av ökad samverkan eller medicinska tvärgrupper? Dessa frågor diskuteras senare i detta kapitel.

Utvärderingar vid reformering av sjukvårdssystemet

Vid sidan av enskilda landsting har staten varit initiativtagare och pådrivare till betydelsefulla förändringar av hälso- och sjukvårdens struktur och innehåll. Samspelet mellan olika nivåer i sjukvårdssystemet och de särskilda problemen som uppstår vid uppföljning och utvärdering av samhällsovergripande reformer, som berör flera nivåer, kommer att diskuteras i detta avsnitt.

Exempel på områden där staten varit pådrivande är reformering av finansieringen av sjukvård, tandvård och läkemedel; integrationen mellan sjukvård och sjukförsäkring och insatser för långtidssjukskrivna och handikappade. Staten har bland annat gett stöd till utvecklingen inom det senare området genom att avsätta knappt 2 miljarder till rehabilitering och behandling (1991-1994) som en del av Dagmaröverenskommelsen, och införande av ett stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering på totalt 1,7 miljarder för åren 1994-1997. Regeringen krävde att dessa medel skulle följas upp och utvärderas. Då det inte fanns några uttalade krav på vetenskaplig uppläggning av försöken, har det inte varit möjligt att dra några säkra slutsatser om effektiviteten i dessa försök (RFV, 1993).

En annan försöksverksamhet som kan vara värd att nämnas i detta sammanhang är Finansiell samordning mellan socialförsäkringen och hälso-och sjuk-

vården (FINSAM). Försöket, som pågår i fem områden, innebär i korthet att ett belopp på högst 10% av kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättningar får disponeras av landstinget för hälso- och sjukvård. Utvecklingen av sjukförsäkringskostnaderna följs noggrant i försöksområdena. Andra effekter har varit svårare att studera.

En tredje utvecklingslinje som har haft mycket stor betydelse för styrning av hälso- och sjukvården är överföringen av ansvar och åliggande till kommunerna från stat och landsting. De totala effekterna av överföringen av ansvaret för äldrevården (ÄDEL), omsorgsverksamheten till kommunerna och försöken med kommunalt huvudmannaskap för primärvården kan ännu inte överblickas. De ändrade incitamenten för kommunerna kom i hög grad att minska antalet klinikfärdiga patienter i akutsjukvården och förkorta medelvårdtiderna. ÄDEL-reformens effekter följs kontinuerligt av Socialstyrelsen.

Initiativet till husläkarreformen togs av staten/regeringen. Visserligen var vissa sjukvårdhuvudmän tidiga med att införa någon form av husläkarsystem men trots allt var det regeringen som var pådrivande i denna utveckling. Hur respektive landsting kommer att agera efter det att den nya riksdagsmajoriteten tagit bort husläkarlagen återstår att se. Även inom detta område sker en uppföljning i Socialstyrelsens regi. De snabba förändringar som skett av spelreglerna gör alla typer av utvärderingar inom primärvården ytterligt osäkra.

En femte utvecklingslinje som drivs både nationellt och lokalt avser förändringar mot större administrativa områden för bland annat hälso- och sjukvården. Under hela 1900-talet har det funnits förslag till en ändrad länsindelningen. Under senare tid har opinionen vuxit sig allt starkare för att tillskapa "regioner" med ett finansiellt ansvar för delar av den verksamhet som idag åvilar staten (länstyrelserna), landstingen och kommunerna. Önskemålet att få en laglig möjlighet att bilda en ett storlandsting har varit starkast i Skåne och Västsverige. En övergång mot större administrativa områden för hälso- och sjukvården har även förordats i flera andra sammanhang (se t ex Socialdepartementet, 1993). I Regionberedningens slutbetänkande föreslås att landstingen i Kristanstad och Malmöhus län slås samman med Malmö kommun och bildar ett gemensamt landsting. Samma sak föreslås för landstingen i Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, och Skaraborgs län, Kungälv kommun och Göteborgs stad. De bildar landstinget i Västra Götalands län (Civildepartementet, 1995). För övrigt föreslås ansvarsfördelningen rörande

sjukvården mellan stat-landsting och mellan landsting-kommun vara i stort sett oförändrad. Detta är i linje med tilläggsdirekiven till HSU 2000 utredningen som har i uppgift att bedöma hälso-och sjukvårdens framtida resursbehov, finansiering och organisering på en övergripande samhällsnivå. Enligt dessa skall utredningen i sitt arbete utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso-och sjukvård.

Staten har inom ramen för ovanstående reformer eller försöksverksamheter på olika sätt föreslagit eller initierat uppföljning eller utvärdering på samma sätt som skett inom hela den offentliga sektorn. Det är dock endast ett fåtal försöksverksamheter med tillhörande utvärdering som utformats på ett sådant sätt att det är möjligt att dra säkra slutsatser om kostnader och effekter av försöket i förhållande till alternativen. I regel bedrivs flera förändringar samtidigt och/eller så genomförs en förändring i hela landet samtidigt, vilket också försvårar utvärderingen.

Det finns därför anledning att påpeka att även nya organisationsformer eller nya arbetssätt i regel kan studeras med hjälp av vetenskapligt upplagda experiment där olika alternativ jämförs. Ett exempel på en randomiserad studie av en begränsad organisationsförändring i sjukvården gäller omhändertagande av patienter med avancerad prostatacancer. På försök vid tre sjukhus prövas en modell där patienten vid behov själv får ta kontakt med en speciell sjuksköterska istället för att kallas till regelbundna läkarkontroller. Patienterna fördelas slumpmässigt till respektive organisationsform och följs under tre år med avseende på kostnader och livskvalitet (Johansson et al., 1994).

Utvärderingar av system eller organisationsförändringar är komplexa och får olika karaktär beroende på om studien gäller en egentlig försöksverksamhet, och att ytterligare beslut anstår tills dess att utvärderingen är genomförd, eller om det saknas en idé om vad utvärderingen egentligen skall bidra med, och att den i bästa fall kan tänkas bekräfta en utveckling som redan är initierad och är oåterkallelig. I ett idealfall utgörs "beslutet" om en förändring av ett stort antal delbeslut och hela beslutsprocessen fungerar som en försöksverksamhet. Utvärderingen syftar då till att fortlöpande belysa inkrementella effekter (Premfors, 1986). Problemen med att få till stånd adekvata utvärderingar och att återföra utvärderingsresultaten vid lämpliga tidpunkter illustrerar utvärderingsfasens behov av att i högre utsträckning få styra beslutsprocessen i dess helhet. Som en konsekvens av detta, och den konflikt som finns mellan en

önskan av rationalitet och praktiska, politiska realiteter, har det i USA vuxit fram en metod eller snarare ett synsätt för att göra beslut utvärderingsbara (evaluation assessment) (Woley, 1983). Med hjälp av analyser av utvärderingsbarheten hos olika beslut försöker man åstadkomma en större enighet och klarhet hos beslutfattarna rörande realismen och mätbarheten hos verksamhetsmålen och framtagning av indikatorer för effektivitet samt hur utvärderingsinformationen skall användas (Premfors, 1986).

Sammanfattningsvis konstaterar jag att det finns ett flertal utvecklingar i den omdaning som sker av sjukvårdens struktur, organisation, särskilt på IT området, och dess styrning. Reformen av hälso- och sjukvården på samhällsnivån genomförs ofta utan en tydlig utvärderingsstrategi. Syftet med utvärderingarna är i regel uttryckta i allmänna ordalag och målen är svåra att operationalisera. Vid förändringar som omfattar stora delar av samhället är det sällan möjligt att visa orsak- verkan samband. Utnyttjande av experiment med jämförbara kontrollmaterial används sällan vid organisatoriska förändringar eller förändringar av administrativa system. Dåligt upplagda försöksverksamheter gör det omöjligt att uttala sig om varken kostnader eller effekter oavsett hur mycket pengar som läggs ner på utvärderingar. Det pågår en utveckling i bland annat USA där man försöker integrera utvärderingar som en del i beslutsprocessen.

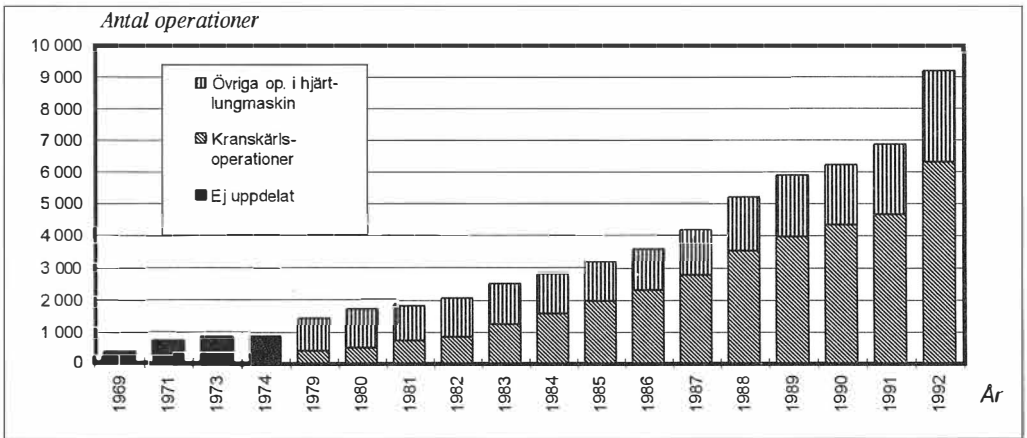
I följande avsnitt kommer jag att diskutera behovet av utvärderingar och styrning av medicinska metoder och hur utvärderingar av förändringar av hälso- och sjukvården på samhällsnivån, organisationsnivån och på teknologinivån kan byggas in som en integrerad del av beslutsprocessen.

Utmaningar för sjukvården

Reformeringen av sjukvårdens organisation och ledning genomförs i en tid av en krympande samhällsekonomi och med ett rekordstort budgetunderskott hos stat, landsting och kommuner. En situation med fortsatta faktiska besparingar i sjukvårdsektorn förväntas under resten av 1990-talet. Samtidigt finns det inga tecken på att förändringar i folkhälsan eller demografiska förändringar på ett avgörande sätt kommer att minska efterfrågan på vård och omsorg under de närmaste åren. Inget tyder heller på att utvecklingen av nya kostnadsdrivande teknologier i sjukvården skulle mattas av (Socialdepartementet, 1994).

Sambandet mellan införande av nya metoder och effekterna på sjukvårdens totala kostnader är dock inte entydigt. Ofta underskattas det framtida användningsområdet när nya och effektivare metoder införs. I synnerhet när både kostnaden per fall och risken för patienten minskar tenderar användningen att utvidgas. Ett exempel på ett område som expanderade kraftigt under 1980-talet var öppna hjärtoperationer. Denna ökning har troligen lett till avsevärda positiva hälsoeffekter men också kraftigt ökade kostnader för hälso- och sjukvården.

Figur 4.1. Antal större operationer på hjärtat och de stora kärlen i Sverige mellan 1969 och 1992.



Källa: Socialstyrelsen, 1994.

Ett annat område som vuxit kraftigt i volym är operationer vid grå starr. Av tabell 4.1 framgår att mer än en tredubbling av antalet operationer kunnat genomföras till samma totalkostnad som gällde i början av 1980-talet. Kostnaden var betydligt högre under 1988 på grund av en högre kostnad per operation. De ekonomiska konsekvenserna av förbättrad medicinsk teknologi är svåra att prognostisera.

Tabell 4.1. Antal gråstaroperationer och kostnad olika år 1982-1992 i 1992 års priser.

År	Antal	Kostnad per operation(kr)	Totalkostnad
1982	10 000	19 400	194 milj.kr
1988	25 200	10 100	254 milj.kr
1992	33 000	5 800	191 milj.kr

Källa: Arvidsson, Jönsson, Werkö, 1993.

En analys av teknologianvändningen inom slutna vård mellan åren 1981 och 1993 visar att det skett stora förändringar av operationsmetoder och omfördelningar av resurser mellan olika patientgrupper och mellan olika åldersgrupper (Socialdepartementet, 1994). Denna ändrade teknologianvändning har sällan varit föremål för varken politiska beslut eller föregåtts av systematiska utvärderingar. Expertbedömningar om framtiden visar att den slutna vårdens innehåll även framgent kommer att vara utsatt för ett högt förändringstryck tack vare en hög innovationstakt.

Den amerikanske hälsoekonomen Burton Weisbrod (1992), som deltagit i granskningen av de svenska sjukvårdsreformerna, hävdar att det framför allt är fyra krafter som utsätter det svenska sjukvårdssystemet för påfrestningar; 1. den ekonomiska avmattningen i samhällsekonomin; 2. nya medicinska innovationer som driver upp de totala kostnaderna; 3. det sociala målet "jämlig tillgång" på hälso- och sjukvård. Han uppfattar att ambitionen "jämlig tillgång" inte enbart syftar till att tillhandahålla en sjukvård som är lika för alla utan också att sjukvården förväntas erbjuda en högkvalitativ vård med tillgång till den allra senaste teknologin. 4. Den fjärde kraften är de inbördes beroendeförhållanden mellan de sociala trygghetssystemen. Utan samordning finns en risk att framgångar i ett delsystem sker på bekostnad av ett annat.

Han gör bedömningen att det framförallt är avsaknaden av ekonomisk tillväxt parallellt med en fortsatt utveckling av mycket kostsamma medicinska teknologier som är huvudproblemet för svensk sjukvård under de närmaste åren, och kommer att ställa stora krav på en fungerande kostnadskontroll. Vidare behövs ett system för att välja bort teknologier som bidrar med små eller inga hälsoförbättringar alls eller teknologier som resulterar i orimligt höga kostnader i förhållande till de hälsovinster som kan erhållas.

Enligt Weisbrod visar historien att introduktionen av ny medicinsk teknologi ofta haft en kostnadsdrivande effekt. Här bör man dock skilja på kostnadseffekter för enskilda behandlingar och effekter på grund av förändrad volym (se tex Carlsson, 1987). Medicinsk teknologisk kostnadsdrivande effekter är väldokumenterade och behöver knappast studeras ytterligare. Weisbrod anser att det är viktigare att förstärka kunskapen om de krafter som påverkar den biomedicinska innovationsprocessen. "Däremot har man inte förstått sig på de krafter som påverkar den tekniska förändringsprocessen, trots att det är viktigt för varje samhälle som vill ha en vårdpolitik som kan hantera förändringar" (Weisbrod, 1992 s 186).

Huvudfrågan är då på vilket sätt och i vilken utsträckning ett litet land som Sverige med hjälp av en nationell policy kan utöva inflytande över den biomedicinska utvecklingsprocessen, som i hög grad har sitt ursprung i internationell grundforskning, och inte sällan är finansierad av medicinteknisk industri. För att få en uppfattning om Sveriges internationella beroende på det medicinteknologiska området kan nämnas att 41% av läkemedelsförsäljningen under 1991 avsåg preparat som försäljs av svenska företag. Under perioden 1988-1991 var 21% av samtliga nyregistrerade specialiteter svenska (Apoteksbolaget, 1992).

Trots att Sveriges medicintekniska industri är relativt stor är effekterna av en nationell policy för medicinteknisk utveckling eller stora satsningar på grundläggande forskning svåra att värdera. De har säkert ett kommersiellt intresse men är antagligen av mindre betydelse för den övergripande utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Istället kommer Sverige även framgent vara mycket beroende av vad som händer i omvärlden, vilka beslut som fattas i utländska medicintekniska företag och utformningen av hälso- och sjukvårdspolitiken i andra länder. Speciellt utvecklingen i USA och inom EU är viktig. Om signalerna till FoU sektorn under efterkrigstiden kunnat tolkats som att det finns en marknad för alla teknologier oberoende av dess kostnader så har sjukvårdspolitiken i USA under senare år i ökad grad inriktats mot åtgärder som begränsar kostnaderna. Weisbrod drar slutsatsen att framtidens innovationer i ökad utsträckning kommer att inriktas mot kostnadsbegränsningar istället för kvalitetsförbättringar. Visserligen har kostnadsaspekterna fått större uppmärksamhet vid godkännande och marknadsföring av nya läkemedel men tills vidare får hans slutsats betraktas som osäker.

Sammanfattningsvis konstaterar jag att utvecklingen av nya medicinska metoder i kombination med begränsade ekonomiska ramar kommer att ställa sjukvårdspolitiker och tjänstemän i landstingen inför stora utmaningar under resten av 1990-talet. I stort sett saknas system för att prioritera vilka metoder som bör användas och i vilken omfattning. Ökad kunskap om den biomedicinska utvecklings- och spridningsprocessen kan förbättra samhällets förutsättningar att hantera teknologiska förändringar. Svensk hälso- och sjukvårdspolitik liksom prioriteringsbeslut kommer även framgent att i hög grad vara beroende av vad som händer i vår omvärld.

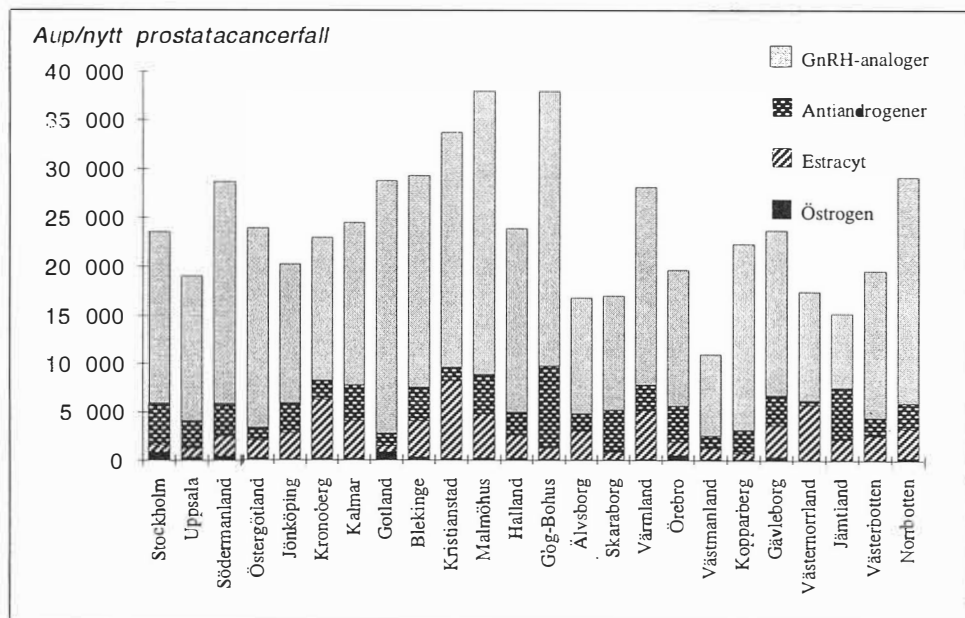
Behov av en strategi för kontroll av medicinsk teknologi

Variationer i praxis

Flera internationella expertgrupper som analyserat den svenska hälso-och sjukvården och pågående reformer menar att nyckeln till den kommande hälsopolitiken ligger i att fördela tillgängliga resurser så att maximal hälsa uppnås och att hälsan fördelas rättvist (Culyer et al, 1992). Förutom system för styrning och resursallokering behöver det också finnas mekanismer för rutinmässig uppföljning och utvärdering av medicinska metoder oavsett om de är nya eller redan är etablerade i sjukvården.

I själva verket är nästan alltid kostnader och effekter på hälsan vid införande av nya metoder okända för de allra flesta beslutsfattare oberoende av i vilket sjukvårdssystem de är verksamma (Maynard, 1993). Osäkerheten rörande kostnader och nytta avspeglas i stora variationer i användningen av medicinsk teknologi mellan läkare, sjukhus eller geografiska områden. I Sverige varierar användning av både mindre ingrepp, som t ex tonsillektomi och större ingrepp, t ex kranskärloperation eller borttagning av livmodern kraftigt mellan olika län. I det senare fallet är det framförallt stora skillnader när det gäller valet av operationsmetod mellan olika kliniker.

Figur 4.2. Försäljning (AUP) av läkemedel för behandling av avancerad prostatacancer i olika landsting år 1994. Kostnaden har fördelats per rapporterat fall i prostatacancer.



Källa: Socialstyrelsen, 1994.

Figur 4.2 visar ytterligare ett exempel på stora variationer i praxis mellan olika delar av landet. Förutom variationer i praxis finns det studier som visar att effektiva metoder används på felaktiga indikationer och att behandlingsresultat uttryck i frekvensen allvarliga komplikationer, varierar mellan centra. Detta har bland annat visats i uppföljningsstudier av operationer vid coloncancer och inom barnhjärtkirurgi.

Förekomsten av stora variationer i vårdutnyttjande är inte enbart ett svenskt fenomen utan återfinns i alla sjukvårdssystem och återspeglar den osäkerhet som finns i allt medicinskt beslutsfattande. Avsaknaden på relevant information finns i alla moment av läkarens beslutsfattande när denne skall definiera sjukdomen, fastställa diagnosen, välja behandling, observera resultatet, värdera sannolikheter för olika utfall, väga in patientens preferenser osv.

"It is difficult for a nonphysicians, to appreciate how complex these tasks are, how poorly we understand them, and how easy it is for honest people to come to different conclusions" (Eddy, 1984, s 75)

Mikroreglering av sjukvården

Osäkerhet i medicinskt beslutsfattande kan vara resultatet av en mängd orsaker. En faktor som går att åtgärda är bristen på vetenskapligt underlag om medicinska metoders effektivitet. Antingen saknas studier över huvud taget eller och så saknas det översikter där resultaten av förekommande studier vägs samman på ett objektiva sätt och omformas till en lokal eller nationell policy eller behandlingsrekommendation (Guideline). Helst bör sådana rekommendationer baseras på flera oberoende randomiserade studier, som dessutom är aktuella. Även om ett sådant önskemål framstår som utopiskt inom många områden, talar mycket för att den nuvarande kunskapsnivån kan förbättras avsevärt med måttliga insatser. Det ökade intresset inom läkarkåren för nationella kvalitetskontrollregister för jämförelser och egenutvärdering är en positiv utveckling, som dock kommer att möta många problem innan registren kommer att få en avgörande betydelse vid policybeslut (Garpenby & Carlsson, 1994).

En orsak till variationer i praxis är att enskilda läkare är omedvetna om att det existerar vetenskapligt underlag eller att han eller hon inte hinner beakta alla tillgängliga fakta i sitt dagliga beslutsfattande. Inget system kan bli perfekt i detta avseende men det finns utrymme för förbättringar även på detta område. Det kan ske med hjälp av datoriserade faktadatabaser eller andra lättillgängliga media.

Vårdprogram har prövats med varierande framgång. Om man dessutom har ambitionen att systematiskt ta hänsyn till de ekonomiska aspekterna i dessa, blir svårigheterna att etablera programmen stora (Haines, 1992). Till exempel visar amerikanska uppföljningsstudier att nationella standards och konsensusutlåtanden haft små effekter på det medicinska handlandet. Motsvarande uppföljningar i Sverige visar dock att rekommendationerna i vissa fall haft en positiv effekt. Utvecklingen av regionala vårdprogram inom svensk cancer-vården tycks också ha haft en viss framgång tack vare en stark professionell och lokal förankring av detta arbete. Exempel på rekommendationer produceras av SBU, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen med hjälp av i huvudsak medicinska expertgrupper liksom konsensus/state-of-the-art konferenser som Medicinska Forskningsrådet arrangerar i samarbete med Spri.

För att system för kvalitetsuppföljning, utvärderingar eller rekommendationer (vårdprogram) skall vara effektiva måste de vara väl förankrade hos den

medicinska professionen, baserade på vetenskapliga resultat och generera adekvat information. Rekommendationer bör vara så specifika att de har en potential att påverka det medicinska beslutsfattandet i en önskvärd riktning. Den kanske viktigaste och svagaste länken är rekommendationens aktualitet. Eftersom medicinsk teknologi ständigt utvecklas ändras också metodernas kostnadseffektivitet vilket har implikationer på gällande rekommendationer. Detta ställer krav på flexibla system för att aktualisera rekommendationerna. Distribution av data via Internet eller andra nätverk kan komma att underlätta detta.

Haines menar att den viktigaste förutsättningen för att nå framgång, som ofta försummas, är att rekommendationen eller vårdprogrammet matchas med en realistisk plan för att sprida dess innehåll till nyckelaktörer och därmed implementera rekommendationen lokalt. I detta avseende framstår Sverige, där det ofta rör sig om en liten målgrupp med likartade värderingar och kunskap, som ett idealiskt land att implementera nationella rekommendationer i.

Även Borowitz och Sheldon (1993) framhåller betydelsen av s k "micro-clinical regulation", dvs professionellt förankrade behandlingsrekommendationer, som även tar hänsyn till epidemiologiska, ekonomiska, och sociala aspekter, är en central komponent vid utveckling av principer för styrning av hälso- och sjukvården.

Olika typer och användningsområden för hälsoekonomiska utvärderingar

Utvärderingar värdefulla vid prioriteringar

Utvärderingar har ofta förknippats med planering och betraktats som ett substitut för marknadslösningar. Detta är i viss mening korrekt utan att man därför kan dra slutsatsen att en utveckling mot en förfinad användning av ekonomiska incitament i styrningen av hälso- och sjukvården skulle minska behovet av utvärderingar.

Bland hälsoekonomer är det en allmänt accepterad uppfattning att sjukvård har flera egenskaper som talar emot en fungerande marknad. Bristande konkurrens mellan vårdgivare, sned fördelning av information mellan

vårdare och vårdad är exempel på marknadsstörningar, som gör det problematiskt att helt ersätta olika former av politisk och administrativ styrning. Därmed är inte marknadslösningar ointressanta utan kan utnyttjas inom ramen för en reglerad marknad och i kombination med planering. Verksamhetens art eller teknologiernas egenskaper ger förutsättningarna för graden av marknadsstyrning.

Även om arbetet med att utforma förfinade centrala ersättningssystem fortsätter och/eller att det sker en ökad användning av kontraktstyrning mellan beställare och vårdgivare, kommer dessa styrinstrument även fortsättningsvis vara trubbiga och behöva kompletteras av detaljstyrning av enskilda teknologier. Dessutom kräver olika typer av beställarfunktion information om kostnadseffektiviteten hos specifika teknologier. Man bör samtidigt vara medveten om att komplexiteten och förändringstakten i sjukvården är hög och att beställarnas eller nationella policyorgans förmåga att styra enskilda teknologier är begränsad. Styrningen sker i regel på marginalen. Det gäller både vid utveckling eller spridning av nya teknologier, avveckling av gamla teknologier, och när ny kunskap tillkommer som ändrar förutsättningarna för tillämpningen av redan etablerade metoder.

Olika typer av ekonomiska bedömningar

Vad är det för ekonomiska avvägningar som måste göras? Så länge som sjukvårdens resurser inte fördelas efter patienternas betalningsförmåga utan efter patienternas behov och den förväntade patientnyttan av olika behandlingsinsatser i förhållande till resursinsatsen måste två typer av bedömningar göras (Maynard, 1993):

Den ena är av teknisk natur (technical judgement) och syftar till att klargöra vilka behandlingar som fungerar. Detta förutsätter att behandlingar som är kostnadseffektiva identifieras. Den andra bedömningen är av politisk natur (political judgement) och innebär ett klargörande av hur mycket samhället eller dess folkvalda representanter är beredda att investera för att uppnå ytterligare hälsovinster.

Dessa bedömningar kan knappast göras isolerat från varandra eller med hjälp av helt olika typer av utvärderingar. Det handlar snarare om två principellt olika beslutssituationer. I det första fallet råder en budgetrestriktion och vid

varje bedömning strävar man efter att producera så mycket hälsa som möjligt inom en given resurs. I det andra fallet skall värdet av att tillföra eller minska sjukvårdens resurser jämföras med den alternativa användningen i andra sektorer. För att den här typen av beslut skall kunna göras med ett bättre underlag än hittills krävs bättre system för att mäta kostnader och effektiviteten hos organisatoriska lösningar, vårdprogram eller specifika behandlingar.

Hur mäts sjukvårdens resultat?

Kvalitetsmätningar av hälso-och sjukvård innehåller en rad begreppsliga och metodologiska problem som det inte finns utrymme att fördjupa sig i här. Jag konstaterar att mätningar av kvalitet och resultat handlar om att bestämma effekterna av vårdens insatser på patienter eller hela befolkningens hälsa och en värdering av denna hälsoförbättring. En utmaning för hälsoekonomer under de senaste femton åren har varit att utveckla metoder och mått som mäter patienternas subjektiva uppfattning av olika insatser i vården uttryckt i olika nyttomått, tex. kvalitetsjusterade levnadsår, QALYs (Williams, 1985). Redan vid studier av enskilda behandlingsmetoder framkommer så stora metodproblem att man på goda grunder kan förutse att det kommer att dröja lång tid innan den här typen av mått kommer att användas rutinmässigt som underlag för beslut i sjukvården. Tills vidare får vi i stället förlita oss på inbyggda kontrollstationer för kvalitetsvärdering i sjukvårdens löpande verksamhet. Kvalitetsstudier av procedurer inom enskilda kliniker eller specialiteter skulle kunna förbättras om andra aspekter än de rent medicinska ingår i de frekventa uppföljningar som redan görs i sjukvården. Genom att tillföra ett enkelt formulär där patientens egna bedömningar av behandlingen och kostnader i kliniska utvärderingar kan mycket vinnas (Hutton, 1994).

När man relaterar kostnader till effekter kommer vi in på begrepp som effektivitet eller kostnadseffektivitet. Trots att dessa begrepp används ofta i den hälsopolitiska debatten och internt i hälso- och sjukvården är det få begrepp som är så oåtkomliga och mångtydiga som just "effektivitet".

Går det att överhuvud taget uppnå enighet om vad som menas med en effektiv behandling eller ett effektivt sjukvårdssystem? Personligen tror jag inte det men tror inte heller att det är nödvändigt. Om man önskar utveckla ett system med rutinmässiga ekonomiska utvärderingar i sjukvården får man antagligen inta en pragmatisk hållning och acceptera varierande uppfattningar om vad

som exakt menas med "effektivitet" och hur den skall mätas. I stället kan man enligt Culyer (1992), sträva efter att nå konsensus om att upprätthållande av befolkningens hälsa med hjälp av en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård är första rangens etiska krav och att detta kräver utveckling av informationssystem och andra förutsättningar för att mäta måluppfyllelsen av detta diffusa mål på lång sikt. Om och när man enats om detta mål kan effektiviteten i sjukvården granskas på principiellt fyra nivåer (ibid.). Dessa fyra nivåer är också fyra olika ambitionsnivåer med en stigande grad av metodologiska och praktiska problem.

Den första nivån handlar om att fastställa att enbart tjänster som är effektiva i den meningen att patienternas eller befolkningsgrupp hälsa blir totalt sett bättre med insatsen än utan den.

Den andra nivån innebär att tjänsterna förutsätts produceras med minsta möjliga resursanvändning. Här tas ingen hänsyn till relationen kostnad och nytta däremot förutsätts att endast verkningsfulla tjänster förekommer.

På den tredje nivån förutsätts att resurserna koncentreras till de mest effektiva tjänsterna dvs sådana där nyttan är hög i förhållande till resursinsatsen. Culyer menar att på denna nivå finns det olika synsätt inom hälsoekonomi och närliggande områden. Det gäller speciellt värderingen av nyttan av hälsoförbättringar. Den välfärdsorienterade utvärderaren utgår från betalningsvilligheten hos patienterna medan de med en pragmatisk ansats utgår från en objektiv föreställning av hälsa och hälsoförbättringars relativa betydelse bestäms av beslutsfattare i hälso-och sjukvården². Den senare modellen får anses vara den helt dominerande även om värderingarna hittills sällan skett explicit. Beslut som omfattar information motsvarande den på nivå ett till och med tre kan jämföras med vad Maynard kallar "technical judgements".

Den fjärde nivån innebär att man fortsätter att producera en sammansättning av effektiva tjänster enligt nivå tre till en sådan omfattning att "vinsten" från ytterligare resurser inte är större än kostnaden i vid mening. Den fjärde nivån syftar till att värdera om storleken på hälso-och sjukvården är lagom stor i förhållande till andra sektorer. Information av denna typ förutsätts ligga till grund för "political judgements".

²Se vidare Magnus Johannessons kapitel Metoder för ekonomisk utvärdering

Vilken typ av verksamhet/beslut är aktuella för utvärderingar?

Hälsoekonomiska utvärderingar kan ske på olika organisatoriska nivåer och för olika typer av verksamhet och med olika ambitionsnivåer enligt ovan. Om man vill förenkla vad som menas med organisatoriska nivåer kan man i första hand tala om två nivåer: en nationell och en lokal. På den nationella nivån (samhällsnivån/makronivån) beslutas om behandlingsriktlinjer som avser vårdprogram, patientgrupper, eller medicinska områden. Här initieras systemförändringar, reformer och försöksverksamheter som kan vara gemensamma för hela eller stora delar av landet (Figur 4.3). Exempel på det förra är en nationell policy för behandling av högt blodtryck, särskilda insatser för psykiskt sjuka, en ny operationsmetod. Medan lagen om särskilt stöd för handikappade, ekonomiska styrmodeller och den nya organisationen av primärvården snarare är exempel på systemförändringar. På lokalnivå finns motsvarande beslut om systemförändringar och beslut som rör medicinska prioriteringar. Uppläggningen av utvärderingar varierar givetvis mellan de olika kategorierna.

Figur 4.3. Klassifikation av olika typer av verksamhet/beslut aktuella för utvärderingar.

Organisatorisk nivå	Typ av beslut/ verksamhet	
	Systemförändringar Exempel	Behandlingsbeslut Exempel
Nationell nivå	Sjukförsäkringsvillkor Handikappreform	Indikationer för läkemedel Standards
Lokal nivå (Landsting, sjukhus, klinik)	"Styrmodeller" System för interndebitering Rutiner kvalitetssäkring	Investeringar i nya lokaler eller utrustning Lokalt vårdprogram Läkemedelslistor

Olika perspektiv

Att förorda en lokal förankring av uppföljning av utvärderingsarbetet kan initialt verka självklart men de intressekonflikter som uppstår i sjukvårdssystemet när man stimulerar till ökad konkurrens och självständighet hos vårdgivarna talar emot detta. Införande av beställarfunktioner i kombination med ersättning per prestation i många landsting, tydliggör en konflikt som finns mellan ett producentintresse och ett samhällsintresse. En bedömning av en investering i en ny medicinsk apparatur skiljer sig åt om den görs av en enskild klinik/sjukhus eller om den görs inom ramen för en nationell utvärdering.

Den delen i utvärderingen av en ny metod, som är mindre beroende av uppdragsgivaren och perspektivet i studien, avser frågor om metodens säkerhet och effektivitet under extraordinära betingelser (efficacy). Detta motsvarar nivå 1 i Culyers indelning. När analysen vidgas till att även omfatta ekonomiska aspekter är det troligt att bedömningarna skiljer sig åt mellan olika parter beroende på t ex vilka kostnader som tas med i analysen och hur de värderas. Kostnaderna för att producera en sjukvårdstjänst skiljer sig åt mellan olika vårdgivare beroende på tidigare investeringar och enhetens produktivitet i en allmän mening. Förutom kostnadseffektivitet kommer vårdproducenten ha intresse av att värdera hur stora kostnader respektive intäkter investeringen kan tänkas generera. Man kommer att väga in den ekonomiska risken vilket förutsätter kunskap om hur konkurrenterna kommer att agera. Dessutom måste man ta hänsyn till praktiska betingelser som för tillfället är rådande i den egna organisationen. Vilka andra investeringar konkurrerar en ny metod med? Finns den nödvändiga kompetensen i den egna organisationen? Är teknologin strategisk för enheten? Passar den väl in sjukhusets eller klinikens långsiktiga plan?

På samhällsnivån eller nationell nivå kan motsvarande analys delvis se annorlunda ut. Vid en bedömning av effektiviteten på Culyers nivå 2 eller nivå 3 där man försöker fastställa en methods kostnadseffektivitet måste denna göras utifrån antaganden om hur flertalet vårdgivare kommer att agera. Man kan exemplifiera detta med vad som hände vid införande av stötvågsbehandling vid njur- och uretärsten. Den första beräkningen av metodens samhällsekonomiska konsekvenser gjordes 1988 när det fanns 1 stötvågsapparat i landet. Kapaciteten hos denna enda apparat motsvarade ungefär en tredjedel av det medicinska behandlingsbehovet. Tack vare ett högt resursutnyttjande under de första åren och att det skedde en överflyttning av öppna och perkutana ingrepp

till stötvågsbehandling kunde man både minska vårdtider och sjukskrivningstider. Metoden var både samhällsekonomiskt lönsam och lönsam för det enskilda sjukhuset (SBU, 1990). 1992 fanns det över 23 utrustningar vilka sammanlagt hade en kapacitet som var cirka fem gånger större än det medicinska behovet. Motsvarande ekonomiska konsekvenskalkyl på nationell nivå ser mycket annorlunda ut idag jämfört med den som gjordes 1988. Kostnaderna i sjukvården för behandling av njursten har antagligen ökat. Ändå har respektive kalkyl baserad på lokala betingelser i de landsting som köpt egna apparater visat att investeringen varit "lönsam" ur ett lokalt perspektiv.

Trots denna konflikt som finns mellan ett lokalt och ett nationellt perspektiv finns det enligt min mening ingen annan väg att följa än att försöka stärka basen för lokala utvärderingar som ett första steg om man vill utveckla ett effektivare system för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården. Ett skäl är information om kostnader och effekter från början är lokal och beskriver lokala förhållanden som ibland är svåra att tolka för utomstående.

Anell (1993) har t ex analyserat centrala krav på kostnadsredovisningen i sjukvården för kontroll och uppföljning. Dessa krav skiljer sig från lokala behov av information. Lokalt syftar redovisningen i första hand till att lära kostnadsansvariga om sambanden mellan kostnader och verksamhet. För att lösa konflikten med olika krav diskuterar Anell om det är möjligt att arbeta med dubbla redovisningar en för externa krav och en för interna behov. Denna lösning avfärdas. Ansvaret för kostnadsuppföljning föreslås istället åligga lokala vårdproducenter. Han förespråkar att det behov som finns hos centrala organ, t.ex beställarenheter att följa upp och kontrollera vården kan tillfredställas på annat sätt än att införa strikta kostnadsrutiner för "externa" behov. I första hand bör detta kunna lösas genom att den information som önskas för att kunna besvara specifika frågor tas fram lokalt vid varje tillfälle. Kostnadsinformationen kan därigenom lättare kan värderas i sitt sammanhang.

Om man väljer en sådan linje, när det gäller uppbyggnaden av kostnadsdata, vilket verkar rimligt, krävs dock att vårdproducenterna inte bara accepterar utan också klarar av att möta kraven på information om kostnader och behandlingsresultat som lokala beställarenheter eller nationella organ kan komma att resa. Ett liknande resonemang skulle kunna föras när det gäller utvärderingar av systemförändringar och medicinska metoder. Det vill säga man bör i första hand tillse att lokala utvärderingsprojekt kommer igång och att dessa läggs upp så att resultaten blir så generella som möjligt.

Ett första steg mot en utvärderingsstrategi inför 2000-talet?

Det förekommer ett stort antal aktörer som på olika sätt är involverade i utveckling, utvärdering, godkännande, resursallokering och informationsspridning av sjukvård (Carlsson, Garpenby, Bonair, 1991). Ett pluralistiskt sjukvårdssystem med många aktörer är antagligen nödvändigt för att kunna hantera komplicerade och dynamiska processer som är utmärkande för sjukvården. Ett stort hinder för att få till stånd ett effektivt system för utvärdering är den stora bristen på relevant information om kostnader och effekter av olika insatser. Ett annat hinder är bristen på personer som har tid och kunskap att genomföra allsidiga utvärderingar. Ett tredje problem är bristen på finansiella resurser för att genomföra samhällsekonomiskt relevanta utvärderingsstudier. En dominerande finansiär av utvärderingar och klinisk forskning är läkemedelsindustrin som härigenom i hög grad styr mycket av informationsframtagningen. Ett fjärde problem är bristen på uthållighet hos dem som uppdrar åt forskarna att göra utvärderingar. Utvärderingar kan bli ointressanta när de är dåligt integrerade i de beslutsprocesser i hälso- och sjukvården som berör fördelning av resurser.

Ett förslag till en strategi för uppbyggnaden av ett system för uppföljning och utvärdering inför år 2000 ser ut enligt följande:

1. Tillskapa regionala utvärderingsenheter som fungerar som stöd till lokala projekt och utför nationella och internationella utvärderingar. Detta har tidigare föreslagits i utvärderingen av SBU, men inte realiserats. Förutom att medverka i utvärderingar bör dessa enheter utveckla en god kompetens på att sammanställa och sprida utvärderingsresultat som finns i databaser runt om i världen. Vidare kan de spela en viktig roll genom att medverka till att implementera nationella rekommendationer som bland annat SBU och Socialstyrelsen producerar.

2. Bilda nätverk med personer och institutioner som är intresserade av utvärdering av hälso- och sjukvård. Inom sådana nätverk bör man arbeta för att få igång utvärderingsstudier som är allsidiga och framför allt speglar vardagssjukvården.

3. Antalet utvärderare bör ökas genom att erbjuda kliniskt verksamma läkare, övrig vårdpersonal, sjukvårdsekonomer m fl utbildning i "utvärderingsfilo-

sofi" och metodik. Samtidigt bör man kräva av all sjukvårdspersonal att de arbetar med egenkontroll i sitt dagliga arbete.

4. Staten tillsammans med landstingen bör ekonomiskt stödja uppbyggnaden av nationella kvalitetsregister för kvalitetssäkring och resultatjämförelser inom landet. Registeransvaret bör åligga respektive professionell grupp som omfattas av ett sådant register.

5. Bristen på anslag för klinisk forskning har nyligen påtalats av bland andra Jonsson och medarbetare (1994) och Prioriteringsutredningen (Socialdepartementet, 1995). Med tanke på den snedvridning mot företagsintressen, som sker när det gäller klinisk forskning och andra typer av utvärderingar, bör en fond bildas som stödjer samhällsrelevanta forskningsprojekt inom hälso- och sjukvård. Fonden bör finansieras av staten, landstingen och den medicintekniska industrin med en tredjedel var. De utvärderingar som har karaktären av forskning bör styras av statliga organ och utsättas för professionell granskning på sedvanligt sätt. Prioriteringsutredningens förslag att hälso- och sjukvårdslagen skall kompletteras med en paragraf som föreskriver att landstingen skall medverka till finansiering och genomförande av hälso- och sjukvårdsforskning kan tolkas som att denna typ av forskning är ett exklusivt ansvar för landstingen. All forskning bör ses som en nationell och därmed statlig angelägenhet men kan givetvis finansieras på olika sätt. Däremot vore det olyckligt om staten frånhänder sig sitt ansvar på detta strategiska område. En medelväg kan vara att skapa regionala forskningsstiftelser.

6. Utvärderingsforskning bör kompletteras med forskning om den biomedicinska innovationsprocessen och styrning av medicinska innovationer.

7. Slutligen bör man på alla nivåer av sjukvårdssystemet eftersträva att låta utvärderingar ingå som en integrerad del av organisationsförändringen eller som en del av utvecklingen av nya medicinska metoder. Detta kan bli möjligt genom att utbilda mottagare (politiker och andra beslutsfattare) av utvärderingsresultat utvärderingsmetodik och att kräva att uppläggnings- och utvärderingen specificeras inför olika typer av beslut rörande försöksverksamhet. Härigenom skulle utvärderingarna i högre utsträckning än som gäller idag kunna bli användbara vid framtida nya beslut. De särskilda beställarenheter som håller på att byggas upp i flera landsting kan sannolikt spela en viktig roll som initiativtagare till utvärderingar och mottagare av resultaten.

Referenser

- Anell A, Svavar P. (1993), *Reformerad landstingsmodell-En kartläggning och analys av pågående förnyelse*. Bilaga till expertgruppens rapport till HSU 2000, SOU 1993: 38. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Anell A. (1993), *Beställare och producenter i vården-Vilka krav ställs på kostnadsredovisningen?* IHE-Arbeitsrapport 1993:5.
- Apoteksbolaget (1992), *Svensk Läkemedelsstatistik 91*. Stockholm. Apoteksbolaget.
- Arvidsson G, Jönsson B, Werkö L. (1993), *Prioriteringar i hälso- och sjukvården*. Stockholm: SNS förlag.
- Backhouse M.E., Backhouse R.J., Edey S.A. (1992), Economic evaluation bibliography. *Health Economics*, 1: Supplement.
- Borowitz M, Sheldon T. (1993), Controlling health care: From economic incentives to micro-clinical regulation. *Health Economics* 3:201-204.
- Carlsson P. (1987), *Spridning och ekonomiska effekter av medicinsk teknologi - vid behandling av magsår, prostataförstoring och gallsten*. Linköping Studies in Arts and Science no 12. Linköpings Universitet.
- Carlsson P, Garpenby P, Bonair A. (1991), *Kan sjukvård styras?* CMT Rapport 1991:5, Linköpings Universitet.
- Civildepartementet (1995), *Regional framtid - Slutbetänkande av Regionberedningen*. SOU 1995:27, Stockholm.
- Cleveland Health Quality Choice (1993), Summary Report. Cleveland.
- Culyer A.J., Evans R.G., von der Schulenberg J.-M., van de Ven W.P.M.M., Weisbrod B.A. (1992), *Svensk sjukvård-bäst i världen?* Stockholm: SNS Förlag.
- Eddy D. (1984), Variations in physicians practice: the role of uncertainty, *Health Affairs*, 5:75.
- Garpenby P, Carlsson P. (1994), *Utvärdering och förslag till organisation av nationella register för kvalitetskontroll inom hälso- och sjukvården*. CMT Rapport 1994:2, Universitetet i Linköping.
- Haines A. (1992), Guidance on guidelines- Writing them is easier than making them to work. *British Medical Journal* 305:785-786.
- Hutton J. (1994), Economic evaluation of health care: A half-way technology. Editorial. *Health Economics*, 3:1-4.

Johansson JE, Gobén B, Andersson S-O, Helgesen F, Eriksson S, Varenhorst E, Gustavsson D, Sehlstedt L. (1994), *Förbättrad uppföljning av patienter med prostatacancer*. Dagmar-50 rapport, Socialstyrelsen, Stockholm.

Jonsson E, Krakau I, Malm M, Zederfelt B, Werkö L. (1994), Hotet mot klinisk forskning II. Hur skall vår kliniska forskning finansieras? *Läkartidningen* 91:1684-1685.

Maynard A. (1993), *Myth and reality in health care reform*. Paper prepared for the Hearing by the Committee on Funding and Organisation of Health Services and Medical Care (HSU 2000), Stockholm.

Premfors R. (1986), *Utvärdering i offentliga beslutsprocesser*. I Palmund (red.) *Utvärdering av offentlig verksamhet*. Liber, Stockholm.

RFV (1993), *Dagmar 485 - en uppföljning av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården år 1992*. RFV redovisar 1993:6. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

SBU (1990), *Stötvågsbehandling av njursten och gallsten*. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Stockholm.

Socialdepartementet (1993), *Hälso- och sjukvården i framtiden - Tre modeller*. SOU 1993:38, Stockholm.

Socialdepartementet (1994), *Teknologianvändning och vårdkonsumtion inom slutna somatiska korttidsvård 1981-2001*. SOU 1994:86, Stockholm.

Socialdepartementet (1995) *Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen*, SOU 1995:5, Stockholm.

Weisbrod B. (1992), *Det svenska sjukvårdssystemets problem och möjligheter vid reformering*. I Culyer A.J. et al. (red.) *Svensk sjukvård bäst i världen?* SNS Förlag, Stockholm.

Williams A. (1985), Economics of coronary artery bypass grafting. *British Medical Journal*, 291:326-329.

Woley J. (1983), *Evaluation and Effective Public Management*. Little Brown & Co.

II. SJUKVÅRDSKOSTNADERNAS BESTÄMNINGSFAKTORER

5. Vad kan vi lära av internationella kostnadsjämförelser?

Ulf-G Gerdtham

Introduktion

Internationella jämförelser av sjukvårdskostnadernas storlek är vanligt förekommande.¹ Även bland de någorlunda homogena OECD-länderna är skillnaderna i kostnader stora, både mätt i relation till folkmängden och som andel av bruttonationalprodukten (BNP). Det finns dock två likheter mellan dessa länder. Den ena är att de har likartade problem med kostnadernas utveckling och sjukvårdens effektivitet. Den andra likheten mellan de flesta OECD-länder är att sjukvårdskostnaderna till en dominerande del finansieras via skatter eller obligatoriska socialförsäkringsavgifter; ca 80% av kostnaderna är offentligt finansierade. Det är dessutom vanligt att det mesta av produktionen av sjukvård äger rum inom offentliga förvaltningar som i liten utsträckning är utsatta för konkurrens.

Frågan om hur stora kostnaderna är i olika länder och hur skillnaderna mellan länder skall tolkas, är inte helt enkel att besvara. Det är dessutom inte ovanligt att internationella jämförelser används i fel sammanhang, tex för att besvara normativa frågor; länder med lägre kostnader betraktas ofta som mer effektiva än länder med högre kostnader. Det kan dock vara effektivt att ha högre kostnader om de extra kostnaderna understiger det samhällsekonomiska värdet av produktionsresultatet (t ex förbättrad hälsa i befolkningen och ökad livskvalitet). Eftersom det inte finns någon marknad som registrerar värdet av sjukvårdens produktionsresultat kan inte heller effektivitet mätas på ett enkelt sätt och jämföras för sjukvårdssystem i olika länder. Detta innebär inte att jämförelser av kostnaderna är utan betydelse. Kostnadsjämförelser mellan länder är ändå viktiga för att beskriva och analysera kostnadernas storlek, variation och förändring över tiden. Det ger möjligheten att analysera

¹Se Abel-Smith, 1967; Getzen och Poullier, 1991; Jönsson, 1981, 1989; Kleiman, 1974; Newhouse, 1977, 1987; Maxwell, 1981; Leu, 1986; OECD, 1989,1993; Schieber och Poullier, 1989 och Gerdtham, 1991, 1992; Gerdtham och Jönsson, 1990a, 1991a,b,c, 1994; Gerdtham et al., 1988, 1992a,b.

kostnadernas bestämningsfaktorer, tex om sättet att finansiera eller organisera sjukvården har betydelse för kostnadernas storlek.

Syftet med denna uppsats är att redogöra för sjukvårdskostnadernas utveckling i Sverige och jämföra utvecklingen med motsvarande kostnader i de övriga OECD-länderna och diskutera metodproblem. Denna uppgift är förknippad med två centrala problem. Det första är hur sjukvårdsutgifterna skall definieras och mätas. Här finns många alternativ att välja mellan. Därför inleds uppsatsen med en redovisning av olika mått och de problem som är förknippade med deras mätning och tolkning. Denna redovisning baseras på sjukvårdskostnaderna i Sverige. Det andra är att oavsett vilket mått som väljes uppkommer problem med jämförbarheten av sjukvårdskostnadernas storlek i olika länder. Dessa problem beror dels på skillnader i definitioner, dels på problem med omräkning till gemensamma priser. Därför presenteras jämförelser med olika valutaomräkningsmetoder.

Sjukvårdskostnaderna i Sverige 1985-1991

Ökningen i sjukvårdskostnaderna har dock avtagit under senare år. I tabell 5.1 redovisas olika mått på sjukvårdskostnaderna för perioden 1985-1991. Kostnaderna mäts både i rörliga och fasta priser, inklusive och exklusive investeringar och som andel av BNP (marknadspriser).

Tabell 5.1. Bruttonationalprodukten (BNP) och sjukvårdskostnaderna (konsumtion+investeringar) 1985-1991. Löpande och fasta priser. Index 100=1985.

	År	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Kostnaderna, löpande priser		100	105,6	114,8	124,2	137,6	152,4	161,6
Konsumtion		100	105,3	115,2	123,7	139,7	154,7	171,4
Investeringar		100	103,9	96,1	107,8	100	90,2	84,3
BNP till marknadspris		100	109,2	117,8	128,3	141,6	155,8	165,5
Kostnadernas andel av BNP		8,8	8,5	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6
Kostnaderna, fasta priser		100	101,8	103,9	105,6	108,2	110,2	112,2
Konsumtion		100	101,6	104,4	105,3	109,7	114,3	119
Investeringar		100	100	80,4	92,2	78,4	66,7	58,8
BNP till marknadspris		100	102,2	105,1	107,5	110	110,9	108,8
Kostnadernas andel av BNP		8,8	8,8	8,7	8,7	8,7	8,8	9,1

Källa: OECD HEALTH DATA

Tabellen visar att sjukvårdskostnaderna ökade med drygt 60% i rörliga priser under perioden 1985-1991. Ökningen av sjukvårdskostnaderna under denna period var *långsammare* än motsvarande ökning för BNP som var cirka 65%. Detta medförde att den del av BNP som går till sjukvården minskade något under perioden, från 8,8% år 1985 till 8,6% 1991. I tabellen redovisas även förändringen av de totala sjukvårdskostnaderna uppdelade på konsumtion och investeringar. Det framgår att konsumtionsökningen i rörliga priser har varit större än ökningen av de totala sjukvårdskostnaderna. Under den studerade perioden ökade konsumtionen med 71,4% mot sjukvårdskostnaderna totalt som ökade med 61,6%. Konsumtionsökningen var även snabbare än BNP-ökningen som var 65,5% i rörliga priser. Investeringarna minskade med ungefär 16% under denna period. Detta innebär således att om sjukvårdskostnaderna anges exklusive investeringar har sjukvårdens andel av BNP ökat något under perioden 1985-1991 men om investeringarna inkluderas har denna andel sjunkit.

Det mesta av kostnadsökningarna inom sjukvården kan förklaras av allmänna prisökningar (inflation). I fasta priser ökade sjukvårdskostnaderna endast med 12%. I reala termer ökade sjukvårdskostnaderna aningen snabbare än BNP. Skillnaden mellan BNP's ökning och sjukvårdskostnadernas ökning i fasta priser är dock liten. BNP ökade under perioden 1985-1991 med knappt 9%. I fasta priser har sjukvårdens andel av BNP legat konstant bortsett från 1990-1991 då andelen ökade något.

Man bör vara försiktig vid tolkningar av utvecklingen av sjukvårdens andel av BNP eftersom denna andel beror av två olika storheter, dels BNP's storlek, dels sjukvårdskostnadernas storlek. Den fallande andelen av BNP för sjukvården i rörliga priser som vi kan se efter 1985 (och under hela 80-talet) är delvis resultatet av en priseffekt. Under perioden 1985-1991 ökade implicit prisindex för BNP, dvs "alla varor och tjänster", med 52,1% eller 7,2% i genomsnitt per år.² Detta kan jämföras med implicit prisindex för sjukvården som ökade med 44,4% eller 6,3% i genomsnitt per år. De offentliganställda hade under hela 80-talet en dålig relativ löneutveckling, vilket minskade täljaren i kvoten mellan sjukvårdskostnaderna och BNP. Den svagt fallande andelen för sjukvårdskostnaderna i BNP mätt i rörliga priser innebär därför inte nödvändigtvis att vårdutbudet har minskat under denna period. Vad som har

² Implicit prisindex för BNP är ett index som härleds från kvoten av BNP mätt i löpande priser och BNP mätt i fasta priser.

hant är att sjukvårdens relativpris (relativlön för sjukvårdsanställda) har sjunkit. Minskningen i kostnadsandelen av BNP mellan 1991 och 1992 beror förmodligen även på den sk Ädel-reformen.

Av tabell 5.2 framgår att antalet sysselsatta har legat ungefär på samma nivå under perioden medan antalet arbetade timmar har fortsatt att öka inom sjukvården även efter år 1985. Antalet arbetade timmar ökade med 3,3% mellan 1985 och 1990. Den genomsnittliga arbetstiden per sysselsatt inom den offentliga sjukvården har också ökat något efter 1985.

Tabell 5.2. Antal sysselsatta, antal arbetstimmar och genomsnittlig arbetstid i offentlig sjukvård i Sverige 1985-1990.

År	Antal sysselsatta (1)	Arbetstimmar (2)	Genomsnittlig arbetstid (2)/(1)
1985	4360	565,49	1297
1986	4218	565,63	1341
1987	4239	569,67	1349
1988	4263	569,02	1335
1989	4366	579,99	1328
1990	4340	584,26	1346

Källa: OECD HEALTH DATA

En annan möjlighet till misstolkning av sjukvårdens andel i BNP kan vara tillfälliga fluktuationer i BNP. BNP är mer känslig än sjukvårdskostnaderna för variationer i konjunkturen. Det är inte alltid varken möjligt eller önskvärt att anpassa sjukvårdskostnaderna till en svagare utveckling. Exempelvis hade Sverige en svag ekonomisk utveckling från 1975 fram till 1982. Genom den sk överbyggningspolitiken som tillämpades pressades de totala offentliga utgifterna upp för att hålla nere arbetslösheten under denna period. Efter 1982 blev tillväxten bättre, vilket ökade nämnaren i kvoten mellan sjukvårdskostnaderna och BNP. Under perioden 1985-1991 har sjukvårdens andel ökat mellan 1990 och 1991. Ökningen beror dock inte på att sjukvårdskostnaderna har ökat utan på att BNP minskat.

Vid analyser av sjukvårdskostnaderna är det även intressant att se hur stora kostnaderna per capita är i olika åldersgrupper i befolkningen och hur dessa kostnader förändras över tiden. Kostnaderna är beräknade i fasta priser (1985).

Av tabell 5.3 framgår att sjukvårdskostnaderna per capita stiger med ökande ålder. En person i åldern 45-64 år hade 1985 en förväntad sjukvårdsutgift på drygt 7000 kronor. För en person över 75 år var de förväntade kostnaderna nästan 50000 kronor. Av tabellen framgår också att kostnaderna per capita ökat speciellt kraftigt i den äldsta åldersgruppen medan vi för åldersgruppen 15-64 år istället kan se en liten minskning av kostnaderna per capita. Denna utveckling innebär att vi får en förskjutning av sjukvårdskostnaderna till de äldsta åldersgrupperna.

Tabell 5.3. Sjukvårdskostnaderna per capita år 1976 och 1985 (1985-års priser).

Ålder	År		Förändring	
	1976	1985	Kr	%
0-14	2671	3049	378	14,2
15-44	4294	4305	11	0,3
45-64	7559	7273	-286	-3,8
65-74	13392	15624	2232	16,07
75-	30686	47333	16647	54,3

Källa: Gerdtham & Jönsson, 1990b.

En orsak till utvecklingen är att vårddagskonsumtionen inom den slutna vården har minskat i åldrarna 0-74 år (tabell 5.4). I åldersgrupperna 0-14, 15-44, 45-64 samt 65-74 år har vårddagskonsumtionen minskat med 22%, 24%, 22% respektive 6%. Däremot har den ökat med 23% i den äldsta åldersgruppen. Detta mönster återspeglar förändringarna inom kort- och långtidssjukvården, dock inte inom den psykiatriska vården, där vårddagskonsumtionen kraftigt minskat inom alla åldersgrupperna över 34 år.

Tabell 5.4. Vårddagskonsumtionen per capita i slutna vård 1976 och 1985.

Ålder	1976	1985	Förändring	
			Dagar	%
0-14	0,6	0,47	-0,13	-21,7
15-44	1,33	1,01	-0,32	-24,1
45-64	3,25	2,53	-0,72	-22,2
65-74	8,2	7,69	-0,51	-6,2
75-	27,8	34,27	6,47	23,3

Källa: Gerdtham & Jönsson, 1990b.

Kortare vårdtider

Kostnaderna per vård dag har ökat kraftigt i alla åldersgrupperna, dock mest i de yngsta åldersgrupperna. Detta är en naturlig konsekvens av att medelvårdtiderna inom dessa åldersgrupper reducerats. Vård dagskostnaderna har ökat i åldersgrupperna 0-14, 15-44, 45-64, 65-74 samt äldre än 74 år, med 103, 75, 39, 35 respektive 35%.

Tabell 5.5. Kostnaderna per vård dag i slut en vård år 1976 och 1985 (1985-års priser).

Ålder	År		Förändring	
	1976	1985	Kr	%
0-14	1292	2617	1325	103
15-44	1247	2183	936	75
45-64	1202	1671	469	39
65-74	1050	1414	364	35
75-	850	1146	296	35

Källa: Gerdtham & Jönsson, 1990b.

Kostnaderna per vård dag har ökat kraftigt även inom den slutna psykiatriska vården för alla åldersgrupperna (se Gerdtham och Jönsson 1990b). Att kostnaderna per capita för slut en psykiatrisk vård ändå minskat beror på att minskningen av antalet vård dagar varit större än kostnadernas ökning per vård dag. Samtidigt visar de stigande kostnaderna per vård dag faran att mäta utgiftsbesparingar med reduktionen av antalet vård dagar, något som är vanligt inom sjukvården.

Sjukvårdskostnadernas andel av BNP: en internationell jämförelse

Att sjukvårdskostnaderna har ökat kraftigt sedan år 1960 är inte något som är speciellt för Sverige. Tabell 5.6 visar att sjukvårdens andel av BNP har ökat kraftigt i alla OECD-länderna under perioden 1960-1991. Det framgår också att sjukvårdskostnadernas ökningstakt har bromsats i alla industriländer efter 1975. För vissa länder, däribland Sverige, kan vi tom notera en sjunkande andel av BNP som går till sjukvården. Andelen offentligt finansierad sjukvård ökar också; från drygt 60% 1960 till nästan 75% idag.

Tabell 5.6. Sjukvårdskostnadernas andel av bruttonationalprodukten (BNP) 1960-1991.

LAND	Real	Totala					Offentliga	
	BNP/capita Index 1991	sjukvårdskostnader	1985	1991	1960	1991	utgifter	
Schweiz	101,6	3,3	7,0	7,3	7,6	7,9	2,0	5,4
USA	100,0	5,3	8,4	9,2	10,5	13,4	1,3	5,9
Luxemburg	96,4	n/a	5,6	6,8	6,8	7,2	n/a	n/a
Tyskland	91,2	4,8	8,1	8,4	8,7	8,5	3,2	6,1
Kanada	89,4	5,5	7,2	7,4	8,5	10,0	2,3	7,2
Japan	89,4	3,0	5,6	6,6	6,6	6,6	1,8	4,8
Frankrike	85,1	4,2	7,0	7,6	8,5	9,1	2,4	6,7
Danmark	82,4	3,6	6,5	6,8	6,3	6,5	3,2	5,3
Belgien	81,7	3,4	5,9	6,6	7,4	7,9	2,1	7,0
Österrike	80,7	4,4	7,3	7,9	8,1	8,4	3,1	5,6
Island	80,7	3,5	6,2	6,4	7,1	8,4	2,4	7,3
Norge	80,5	3,3	6,7	6,6	6,4	7,6	2,6	7,3
Italien	79,0	3,6	6,1	6,9	7,0	8,3	3,0	6,5
Sverige	78,2	4,7	7,9	9,4	8,8	8,6	3,4	6,7
Holland	76,4	3,9	7,6	8,0	8,0	8,3	1,3	6,1
Australien	76,3	4,9	7,5	7,3	7,7	8,6	2,4	5,8
Finland	74,8	3,9	6,3	6,5	7,2	8,9	2,1	7,2
UK	73,2	3,9	5,5	5,8	6,0	6,6	3,3	5,5
Nya Zealand	64,6	4,3	6,7	7,2	6,5	7,6	3,5	6,0
Spanien	59,5	1,5	4,8	5,6	5,7	6,7	0,9	5,5
Irland	53,5	4,0	8,0	9,2	8,2	7,3	3,0	5,6
Portugal	43,1	n/a	6,4	5,9	7,0	6,8	0,9	n/a
Grekland	36,4	2,9	4,1	4,3	4,9	5,2	1,9	n/a
Turkiet	16,6	n/a	3,5	4,0	2,8	4,0	n/a	n/a
Genomsnitt		3,9	6,5	7,0	7,2	7,9	2,4	5,9

Källa: OECD HEALTH DATA

Sjukvårdens andel av BNP har ungefär fördubblats i Sverige mellan 1960 och 1991 från 4,7% till 8,6%. Sverige hade år 1991 femte högsta sjukvårdsutgiftsandel av samtliga industriländer. Högst andel sjukvård av BNP hade USA på 13,4%. Nivåmässigt har Sverige legat högre än genomsnittet för OECD-länderna under hela perioden. Vi kan dock se att Sverige inte ligger lika högt över OECD genomsnittet år 1991 som 1980 då Sveriges andel var som störst. Sedan dess har andelen minskat ytterligare. Sjukvårdskostnadernas andel av BNP i Sverige var 34% högre än genomsnittet 1980, men endast 9% högre 1991. Genomsnittet av sjukvårdens andel av BNP för de nordiska länderna har legat nära genomsnittet för alla OECD-länderna.

Problemet vid jämförelser mellan länder är att siffrorna inte är helt jämförbara, trots ett omfattande arbete av OECD att få till stånd internationella överenskommelser om vad som skall ingå i begreppet sjukvårdskostnader. Avgränsningen av sjukvårdssektorn följer konventionerna i nationalbokföringen för respektive land. Skillnader föreligger mellan länder främst vad gäller av-

gränsningen mellan sjukvård och socialvård. Exempelvis är omsorger om utvecklingsstörda inte inkluderade i kostnaderna för Danmark och efter 1985 för Sverige, men inräknade i kostnaderna för tex Finland, Island och Norge. En annan skillnad är att de "almindelige kommunale plejehjemmen" (nursing homes) inte finns medtagna i den danska statistiken, medan de finns med i statistiken för övriga nordiska länderna. Den senare skillnaden i bokföringen brukar (av danskar) ofta framföras som en förklaring till den jämförelsevis låga andelen sjukvårdskostnader av BNP i Danmark [se tex Knud Enggard (1986), dåvarande inrikesministern i Danmark]. För att siffrorna skall bli jämförbara måste OECD-statistiken korrigeras på två sätt; dels skall sjukhemmen exkluderas från sjukvårdskostnaderna för Sverige (huvudsakligen långvård för äldre), dels skall de primärkommunala sjukhemmen inkluderas i sjukvårdskostnaderna för Danmark.

Den svenska andelen av BNP faller från 8,5% (enligt Statistiska Centralbyrån) med sjukhem till 7,1% 1990 utan sjukhem. Utan sjukhemmen är sjukvårdens andel i Sverige fortfarande nästan 15% högre i Danmark. Om de primärkommunala sjukhemmen läggs till kostnaderna ökar den danska andelen från 6,2% utan sjukhemmen till 7,6% med sjukhemmen, och kommer i paritet med Finland och Norge. Mellan Sverige och Danmark är skillnaden fortfarande ca 12%. En ofrånkomlig slutsats är således att Sverige har en högre andel av BNP som går till sjukvården än Danmark hur man än räknar, dvs oberoende av om sjukhemmen exkluderas från kostnaderna för Sverige eller om de primärkommunala sjukhemmen inkluderas i kostnaderna för Danmark. Det kan dock konstateras att skillnaden mellan Sverige och Danmark är avsevärt mindre än om vi inte korrigerar för sjukhem. Den svenska andelen är ungefär 1,4 procentenheter lägre utan sjukhemmen. Eftersom liknande problem även finns för andra länder, är det inte möjligt att åstadkomma exakta jämförelser mellan länder på decimalnivå.

Efter 1 januari 1992 blev sjukvårdens andel av BNP i Sverige avsevärt mindre. Det beror på att ca 20 miljarder SEK överfördes från landstingen till primärkommunerna genom att kommunerna detta år blev ny huvudman för de lokala sjukhemmen och hemsjukvården i samband med Ädelreformen. Denna huvudmannaskapsförändring innebär att den vård som berörs registreras under social tjänst vilket gör att andelen av BNP som går till sjukvård minskar från 8,5% till 7%. Av tabell 5.1 framgår att kostnadsandelen av BNP för år 1992 blev 7.9%. En förklaring till att kostnadsandelen blev högre än den beräknade andelen kan vara att BNP minskade. Det är uppenbart att det ej finns någon

klar gräns mellan om en viss tjänst definieras som sjukvård eller socialtjänst (omsorg). Svårigheterna att ge riktlinjer för att åstadkomma jämförbara siffror mellan länder är också uppenbara. Förklaringen till att den svenska andelen efter huvudmannskapsförändringen minskar med något mer än om sjukhemmen exkluderas, kan vara att Ädelreformen också innebär att kommunerna får betalningsansvar för vården av klinikfärdiga patienter inom akut- och långtidssjukvården. Siffran 7% är därför inte helt jämförbar med Danmark eftersom även Danmark har klinikfärdiga patienter. Om vi räknar med att plejehemskostnaderna för de ca 1200 patienterna som betraktas som klinikfärdiga i Danmark är 1000 DKK per dag kan ca 400 miljoner DKK dras ifrån kostnaderna för sjukvård i Danmark (Sundhedsministeriet). Detta ändrar dock den danska andelen marginellt.

Sjukvårdskostnaderna per capita i internationell jämförelse

Ett annat sätt än att jämföra andelar är att räkna ut sjukvårdskostnaderna per capita. För att vi skall kunna jämföra sjukvårdskostnaderna per capita i olika länder måste kostnaderna anges i samma valuta, vanligtvis i USA-dollar. Detta gör att växelkursen får ett avgörande inflytande. År 1980 hade Sverige de högsta sjukvårdskostnaderna per capita, 1423 dollar. Växelkursen var då cirka 4:23 kronor per dollar. Om man istället använt växelkursen efter den svenska devalveringen hösten 1982 (cirka 7:30 kronor per dollar) skulle sjukvårdskostnaderna uppgå till cirka 823 dollar per capita och Sverige skulle falla från första till nionde plats i rangordningen. Detta räkneexempel visar hur känsliga jämförelser är för svängningar på valutamarknaden.

Ett ytterligare problem är att växelkursen inte tar hänsyn till skillnader i den relativa prisstrukturen mellan olika länder. Växelkursen påverkas enbart av sk handelsvaror och inte av tjänster (och varor) som produceras och konsumeras inom olika länder. Eftersom arbetskraft vanligen är relativt sett billigare än kapital i fattigare länder, kan det förväntas att arbetsintensiv tjänsteproduktion som tex sjukvård är relativt billigare i fattigare länder. Växelkursen kommer därför att dels överskatta sjukvårdskostnaderna i rika länder och underskatta sjukvårdskostnaderna i fattiga länder, dels överskatta spridningen av sjukvårdskostnaderna i olika länder. Köpkraftspariteter (KKP) har därför utvecklats, bl a av OECD, för att eliminera dels växelkursförändringarnas betydelse, dels skillnaderna i prisnivå mellan olika länder.

I Tabell 5. 7 redovisas sjukvårdskostnaderna per capita 1991 omräknade med både växelkurs och KKP för BNP. Länderna är rangordnade efter real BNP.

Tabell 5.7. Sjukvårdskostnaderna som andel av bruttonationalprodukten och som andel av bruttonationalprodukten och per capita i OECD-länderna, år 1991.

Land	Real BNP INDEX	Andel av BNP	Sjukvårdskostnaderna per capita konverterade med:	
			KKP för BNP	Växelkurs
Schweiz	101,6	7,9	1713	2671
USA	100,0	13,4	2867	2867
Luxemburg	96,4	7,2	1494	1727
Tyskland	91,2	8,5	1659	2088
Kanada	89,4	10,0	1915	2149
Japan	89,4	6,6	1267	1800
Frankrike	85,1	9,1	1650	1904
Danmark	82,4	6,5	1151	1650
Belgien	81,7	7,9	1377	1576
Österrike	80,7	8,4	1448	1760
Island	80,7	8,4	1447	2091
Norge	80,5	7,6	1305	1919
Italien	79,0	8,3	1408	1659
Sverige	78,2	8,6	1443	2371
Holland	76,4	8,3	1360	1585
Australien	76,3	8,6	1407	1495
Finland	74,8	8,9	1426	2217
UK	73,2	6,6	1035	1162
Nya Zealand	64,6	7,6	1050	959
Spanien	59,5	6,7	848	900
Irland	53,5	7,3	840	907
Portugal	43,1	6,8	624	475
Grekland	36,4	5,2	404	357
Turkiet	16,6	4,0	142	76
Variations- koefficienten			41,0	44,3

Källa: OECD HEALTH DATA.

Av tabellen framgår att valet av valutaomräkningsindex har stor betydelse för beräkningen av sjukvårdens absoluta och relativa storlek. Sjukvårdskostnaderna i Sverige år 1991 omräknade med KKP för BNP var 1443 dollar per capita, men 2371 dollar med växelkursen. Kostnaderna per capita omräknade med KKP var även lägre för övriga nordiska länder. Stora skillnader kan observeras

för de flesta länderna. Av de 24 länderna behåller endast 4 länder samma rang från högsta till lägsta sjukvårdskostnaderna mellan växelkurs och köpkraftsomräkningen. Variationskoefficienten ((standardavvikelse/medelvärde) *100) visar att spridningen av sjukvårdskostnaderna per capita mellan länder minskar något efter omräkning med KKP.

Det finns ett starkt samband mellan BNP och sjukvårdskostnaderna per capita. I en enkel regressionsanalys förklaras skillnaderna i sjukvårdskostnaderna mellan länder nästan helt av BNP per capita (se Gerdtham et al., 1988 och Gerdtham, 1991).³

Om vi korrigerar för skillnader i BNP per capita kan vi se tydligare vilka länder som har höga respektive låga sjukvårdskostnader. En sådan beräkning redovisas i tabell 5. 8.

Tabell 5.8. Faktiska och förväntade sjukvårdskostnader per capita 1991 i US dollar KKP för BNP samt 95-procentigt konfidensintervall.

Land	Faktisk (1)	Förväntade (2)	Nedre gräns (3)	Övre gräns (4)	Differens (5)= (1)-(2)
Australien	1407,00	1296,54	969,57	1733,78	110,46
Österrike	1448,00	1406,21	1051,09	1881,31	41,79
Belgien	1377,00	1430,94	1069,44	1914,64	-53,94
Kanada	1915,00	1631,27	1217,52	2185,63	283,73
Danmark	1151,00	1449,25	1083,01	1939,34	-298,25
Finland	1426,00	1259,31	941,83	1683,81	166,69
Frankrike	1650,00	1520,17	1135,51	2035,14	129,83
Tyskland	1659,00	1680,06	1253,45	2251,86	-21,06
Grekland	404,00	443,00	325,94	602,12	-39,00
Island	1447,00	1406,68	1051,44	1881,94	40,32
Irland	840,00	774,81	577,85	1038,91	65,19
Italy	1408,00	1362,88	1018,91	1822,95	45,12
Japan	1267,00	1632,26	1218,25	2186,97	-365,26
Luxemburg	1494,00	1819,83	1356,09	2442,15	-325,83
Holland	1360,00	1299,65	971,88	1737,95	60,35
Nya Zealand	1305,00	1400,79	1047,07	1874,00	-95,79
Norge	1050,00	1019,57	762,41	1363,48	30,43
Portugal	624,00	567,13	420,32	765,22	56,87
Spanien	848,00	903,79	675,28	1209,64	-55,79
Sverige	1443,00	1343,40	1004,44	1796,76	99,60
Schweiz	1713,00	1964,58	1461,95	2640,02	-251,58
Turkiet	142,00	142,23	98,98	204,36	-0,23
UK	1035,00	1220,83	913,13	1632,23	-185,83
USA	2867,00	1919,20	1428,81	2577,90	947,80

Källa: Egna beräkningar

³ Se även Gerdtham et al., 1990a, Gerdtham et al., 1990b och Jönsson, 1989.

sjukvård dividerad med KKP för BNP. Länderna är rangordnade efter real BNP per capita (index) för år 1990, dvs BNP per capita omräknad med KKP för BNP.⁴

Tabell 5.9. Real bruttonationalprodukt (BNP) per capita, prisnivå, relativpriset på sjukvård år 1990.

Land	Real BNP	Prisnivå	Relativt pris
	INDEX		
USA	100,00	1,00	1,00
Schweiz	99,76	1,58	0,76
Luxemburg	91,79	1,19	0,59
Kanada	90,70	1,11	0,72
Tyskland	86,88	1,29	0,70
Japan	83,95	1,35	0,42
Frankrike	82,23	1,21	0,55
Sverige	80,16	1,58	0,65
Österrike	79,08	1,23	0,62
Danmark	78,74	1,52	0,74
Island	78,68	1,42	0,74
Finland	78,53	1,67	0,71
Belgien	77,34	1,18	0,57
Nya Zeeland	76,15	1,55	0,60
Italien	76,06	1,19	0,62
UK	75,74	1,07	0,56
Australien	75,69	1,09	0,73
Holland	74,80	1,19	0,63
Norge	64,40	0,96	0,62
Spanien	55,76	1,07	0,60
Irland	51,10	1,13	0,49
Portugal	39,53	0,73	0,64
Grekland	35,34	0,89	0,55
Turkiet	15,96	0,57	0,48
Genomsnitt	72,85	1,2	0,64
Varianskoefficient	27,74	22,58	18,59

Källa: egna beräkningar.

Det framgår av tabellen att såväl den allmänna prisnivån som priset på sjukvård varierar kraftigt mellan länder. BNP per capita tenderar öka den allmänna prisnivån i genomsnitt. Ett relativt rikt land som Sverige har en prisnivå på 1,58 medan ett relativt fattigt land som Turkiet har en prisnivå på 0,57. Vi kan även se att Sverige har en låg prisnivå på sjukvård motsvarande 0,65, dvs i nivå med Portugal som är det tredje fattigaste landet bland OECD-länderna. I genomsnitt är dock relativpriset på sjukvård högre i rikare länder. Detta samband är dock svagare än sambandet mellan BNP per capita och prisnivån. Gerdtham och Jönsson, 1991a,b analyserade sambandet mellan BNP

⁴ År 1990 används pga av att detta är det senaste tillgängliga året som KKP beräknats för sjukvård.

per capita och prisnivån och relativpriset på sjukvård baserat på KKP för 1985. I deras studie fann de liknande samband som ovan mellan prisnivån och BNP men de fann inget signifikant samband mellan BNP per capita och relativpriset på sjukvård.

Real BNP per capita är signifikant i en regressionsanalys oavsett om sjukvårdskostnaderna per capita omräknas med KKP för BNP (kostnadstermer) eller KKP specifika för sjukvård (volymtermer), med höga förklaringsgrader runt 90% (se Gerdtham, Jönsson, 1990,1991a). Denna förklaringsgrad sjunker något när sjukvårdskostnaderna omräknas med KKP för sjukvård. Skattningar av inkomstelasticiteten med avseende på sjukvård är signifikant större än 1 både med sjukvården mätt i utgifts- och volymtermer.

Det finns även ett starkt samband mellan volymen sjukvård och sjukvårdens relativpris. I tidigare regressionanalyser där relativpriset tas med som en förklaringsvariabel (utöver BNP per capita) till volymen sjukvård, är den skattade priselasticiteten ungefär -1 (se Gerdtham, 1991; Gerdtham, Jönsson 1990, 1991a,b). Detta innebär att om relativpriset ökar med 1% minskar volymen sjukvård med ungefär lika mycket. Om vi korrigerar volymen sjukvård för skillnader i BNP per capita och relativpris kan vi se vilka länder som har hög respektive låg volym. En sådan beräkning redovisas i Tabell 5.10.

naderna, dvs 7-8%, och inom konfidensintervallet. Detta indikerar inte nödvändigtvis en reell förändring. Vad som ligger bakom är troligen osäkerheten i KKP för sjukvård. Medan KKP för BNP baseras på ett urval av flera tusen priser och där felkällorna i olika riktningar kan förväntas ta ut varandra, baseras KKP för sjukvård endast på ett relativt litet antal priser och ofta mycket osäkra volymindex. KKP för sjukvård bör därför, även om de är intressanta att studera, tolkas med stor försiktighet. Det framgår även av tabellen ovan att USA, som har högst sjukvårdskostnader per capita och högre sjukvårdskostnadern än vad som kan förväntas, har en volym sjukvård som visserligen är högre än förväntat men ligger inom konfidensintervallet sedan hänsyn tagits till BNP per capita och relativpriset på sjukvård.

Slutsatser

Sjukvårdskostnaderna har mer än fyrdubblats mellan år 1960 och 1991 i fasta priser. Denna kraftiga ökning har avtagit under 1980-talet. I fasta priser har sjukvårdskostnaderna ökat med cirka 12% i Sverige mellan 1985 och 1991. Sjukvårdskostnadernas andel av BNP i rörliga priser har under samma period sjunkit från 8,8% till 8,6%. Förklaringen till detta är att den genomsnittliga prisökningen (lönehöjningar) varit relativt sett långsammare inom sjukvården. I fasta priser har sjukvårdskostnadernas andel av BNP ökat med 0,3%-enheter under samma period. Investeringarna har i fasta priser har minskat med ungefär 40% mellan 1985 och 1991. Konsumtionen ökade dock med 19% och något snabbare än BNP. I de svenska sjukvårdskostnaderna ingår kostnader för långvård för äldre som i andra länder hänförs till den sociala sektorn. Om kostnaderna för de kommunala vårdhemmen subtraheras, reduceras BNP-andelen med cirka 1 procentenhet.

Sjukvårdskostnaderna per capita i åldersgruppen 15-65 år har inte ökat i fasta priser 1976-1985. Däremot har sjukvårdskostnaderna per capita ökat kraftigt i den äldsta åldersgruppen, 75 år och äldre. I den äldsta åldersgruppen har såväl konsumtionen av vårddagar per capita som kostnaderna per vårddag ökat.

Vid internationella jämförelser av sjukvårdskostnaderna per capita är valet av valutaomräkningsindex av stor betydelse för kostnadernas absoluta och relativa storlek. Vid omräkning till gemensamma priser med växelkursen blir sjukvårdskostnaderna per capita överskattade i rika länder och underskattad i fattiga länder. Alla nordiska länder får överskattade sjukvårdskostnader per

capita efter omräkning med växelkursen. Sjukvårdskostnaderna i Sverige är ungefär så höga som kan förväntas med hänsyn till den ekonomiska utvecklingsgraden, och kostnadernas utvecklingen under 80-talet har följt den som gällt för jämförbara OECD-länder. Detta säger dock inget om effektivitet i den meningen att "rätt mängd" resurser avsätts till sjukvården eller ej.

Till skillnad mot tidigare studier tycks relativpriset på sjukvård vara korrelerat med BNP per capita, dvs rikare länder tycks ha ett högre relativpris på sjukvård. Undantag finns dock och Sverige är ett sådant undantag. Relativpriset för sjukvård för Sverige är med 1990-års KKP i nivå med Portugal som är det tredje fattigaste OECD-landet (mätt med BNP per capita). Japan har även mycket låga relativpriser på sjukvård. USA har högst relativpriser på sjukvård. Skattningen av sjukvårdens inkomstelasticitet är dock större än ett, oavsett om sjukvårdsutgifterna konverteras med köpkraftspariteter för BNP eller köpkraftspariteter för sjukvård (volym).

Sverige har ungefär så stor volym sjukvård som förväntat. USA som har högre sjukvårdskostnader än förväntat har inte signifikant högre volym sjukvård än förväntat sedan hänsyn tagits till BNP per capita och relativpriset på sjukvård. En försiktig tolkning av detta kan vara att vad som gör att sjukvårdskostnaderna är högre i USA än i andra länder är inte främst faktorer som påverkar volymen sjukvård utan faktorer som påverkar priset på sjukvård. Man kan dock se att även volymen är relativt mycket högre än den förväntade volymen, men att denna skillnad inte är signifikant.

Referenser

Abel-Smith, B. (1967), *An International Study of Health Expenditure*. WHO, Geneve.

Enggard, K. (1986), *Sundhedssektoren i Danmark er ikke billigere*, Indenrigsministeriet, 2 okt.

Gerdtham, U-G. (1991), *Essays on International Comparisons of Health Care Expenditure*. Linköping Studies in Arts and Science 66. Linköping: Linköping University.

Gerdtham, U-G. & Jönsson, B. (1990b), *Sjukvårdskostnader i framtiden - Vad betyder åldersfaktorn?* Finansdepartementet, Rapport till ESO Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Ds 1990:39.

Gerdtham, U-G. & Jönsson, B. (1990a), Pris och kvantitet i internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdsutgifterna. *Ekonomisk Debatt*, 7, 650-659.

Gerdtham, U-G. & Jönsson, B. (1991a), *Price and quantity in international comparisons of health care expenditures*. *Applied Economics* 23, 1519-1528.

Gerdtham, U-G. & Jönsson, B. (1991b), *Conversion factor stability in international comparisons of health care expenditure*. *Journal of Health Economics* 10, 227-234.

Gerdtham, U-G. & Jönsson, B. (1991c), Health care expenditure in Sweden, an international comparison, *Health Policy* 19, 211-228.

Gerdtham, U-G. & Jönsson, B. (1994), Health care expenditure in the nordic countries, *Health Policy* 26, 207-220.

Gerdtham, U-G. Andersson, F. Sögaard, J. & Jönsson, B. (1988), *Econometric analysis of health care expenditures - A cross-section study of the OECD - countries*. CMT report 1988:9. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Universitetet i Linköping.

Gerdtham, U-G. Sogaard, J. Andersson, F. & Jönsson, B. (1992a), *Econometric analysis of health care expenditures - A cross section study of the OECD countries*. *Journal of Health Economics* 11, 63-84.

Gerdtham, U-G. Sogaard, J. Jönsson, B. & Andersson, F. (1992b), *A pooled cross sectional analysis of health care expenditures of the OECD countries*. I: *Health Economics Worldwide*. Zweifel, P & Frech, H, (red.). Kluwer academic publishers, Dordrecht.

Getzen, T.E. & Poullier, J-P. (1991), An income weighted international average for comparative analysis of health expenditures, *International Journal Of Health Planning and Management* 6, 3-22.

Jönsson, B. (1981), *Sjukvårdskostnadernas utveckling och bestämningsfaktorer*. IHE, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. Lund.

Jönsson, B. (1989), What can Americans learn from Europeans? *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 79-93.

Kleiman, E. (1974), The Determinants of National Outlay on Health. *The Economics of Health and Medical Care*. Perlman, M, (red). John Wiley & Sons. New York.

Kravis, I.B. Heston, A.W. & Summers, R. (1978), Real GDP per capita for more than one hundred countries, *Economic Journal* 88, 215-241.

Leu, R. (1986), Public/private provision and health expenditures: A Cross-Country Comparison. *Public and Private Provision of Health Care*. Culyer, AJ, & Jönsson, B, (red). Basil Blackwell, Oxford.

Newhouse, J.P. (1977), Medical Care Expenditure: A Cross-national survey. *Journal of Human Resources*, 12, 115-125.

Newhouse, J.P. (1987), Cross National Differences in Health Spending What Do They Mean? *Journal of Health Economics*, 6, 159-162.

OECD (1989), Compendium of health care expenditure and other data. *Health Care Financing Review*. Annual Supplement, 111-194. Även publicerad i: *Health Care in Transition*. OECD: Paris, 1990.

OECD (1993), *OECD Health Systems: Facts and trends 1960-1991*, Volume I & II, OECD. Paris.

6. *Vilken betydelse har hälso- och sjukvården för hälsan i Sverige?*

Kwame Gbesemete

Inledning

Två olika skolor brukar framträda i debatten om sjukvårdens betydelse för hälsan. Den ena skolan understryker betydelsen av ny medicinsk teknologi för bot och behandling av vanliga sjukdomar (Hemminki & Paakulainen, 1976). Den andra skolan menar att det är nästan omöjligt att visa att sjukvården haft någon betydelse för folkhälsan. Istället, menar företrädare för denna skola, att förbättringar i befolkningens hälsa bäst kan förklaras av tillgång till bättre hygien och sanitära förhållanden, bättre bostäder, bättre kost, etc (McKeown, 1979; McKinglay, Mckinglay, 1977; Sundin (inga datum); Castensson, Löwgren & Sundin, 1988; Brändström, 1984; Lithell, 1981).

Internationellt har det funnits många kritiska röster om sjukvårdens hälsofrämjande roll. Till exempel Illich (1975) menar att den moderna sjukvården ger upphov till skadliga behandlingar, felaktiga ordinationer och medicinska biverkningar. Sådana "iatrogena" effekter (dvs skador som har uppstått på sjukhus) överträffas enligt Illich endast av den moderna livsstilen. Vidare menar Illich att expansionen av sjukvården har medfört att det dagliga livet har medikaliserats. Vårt beroende av sjukvården har medfört att vi människor har förlorat i kapacitet eller förmåga att själva ta itu med ohälsa. Inom familjen har egenvård ersatts med professionell vård som kan vara passiviserande. Samma tongångar finns hos Navarro (1979) som hävdar att sjukvården ofta medikaliserar samhällsproblem.

Sanningen finns förmodligen någonstans mellan ovan nämnda ytterligheter om hälso- och sjukvårdens roll som hälsofrämjare. I denna uppsats diskuteras hälso- och sjukvårdens betydelse för folkhälsan i Sverige.

Hälso- och sjukvårdens kännetecken

Enligt rapporten från den expertgrupp som engagerades av HSU-2000-utredningen (SOU 1993:38 s 28), är den primära uppgiften för hälso- och sjukvården att förebygga ohälsa och återställa hälsa. Med andra ord, hälso-och sjukvård kännetecknas av de funktioner och den service som förekommer inom primär, sekundär och tertiärvården för att bota, lindra och förhindra ohälsa och därmed för tidig död (Hallqvist, Janlert, 1991). Ett annat kännetecken är att det är svårt att mäta sjukvårdens totala hälsoeffekter på en aggregerad nivå. Enligt SCBs nationalräkenskaper (1992, 1993b), SCB (1994) och Landstingförbundet (1992, 1993a, 1993b), har hälso-och sjukvården även kännetecknats av ökade kostnader under 1970- och 1980-talen.

Utgifter och Kostnadsutvecklingen mellan 1970-1991

Som Ulf- G. Gerdtham visar i föregående kapitel har hälso-och sjukvården byggts ut under större delen av 1970-talet. Utbyggnaden avtog under 1980-talet. Ökningen av hälso-och sjukvården som andel av bruttonationalprodukten (BNP) har avstannat under senare år. År 1970 svarade sjukvårdssektorn för 7,2 procent av bruttonationalprodukten (BNP) medan 1991 var siffran 8,6 procent (SCB 1993b). För tiden 1976-85 sjönk dock sjukvårdens andel av BNP (från 8,7 till 8,4 procent). Fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser är dock ojämnt fördelade över landet.

Tabell 6.1. visar hälso-och sjukvårds kostnader per invånare i samtliga landsting under tiden 1988-1993. År 1993 hade Kronoberg läns landsting den lägsta kostnad per invånare. På andra plats hittar vi Gotland. Den högsta kostnad per invånare hade Norrbottens läns landsting. Som framgår i tabellen inträffade i elva av de tjugosex områdena en ökning i vårdkostnad per invånare. De genomsnittliga absoluta talen har ökat mellan 1988 till 1993.

Tabell 6.1. Hälso- och sjukvårds kostnader per invånare i samtliga landsting 1988 och 1993. Index. Genomsnittvärde=100 och medellivslängden 1989 och 1993.

Huvudman ¹⁾	Hälso- och sjukvårds- kostnad exkl tandvård		Medellivslängd 1989-93	
	1988	1993	Män	Kvinnor
AB	88	105	74,4	80,5
C	82	104	76,0	81,3
D	82	87	74,6	80,5
E	89	99	75,5	80,8
F	94	97	75,8	81,2
G	100	85	76,3	81,3
H	99	96	75,4	80,4
K	107	106	75,3	81,1
L	92	95	76,0	81,1
M	92	92	75,1	81,1
N	86	92	76,5	81,6
O	97	95	74,9	80,5
P	98	92	76,0	81,2
R	98	94	76,0	80,9
S	100	103	74,6	80,1
T	106	112	75,4	80,5
U	92	95	75,0	80,6
W	106	103	74,7	80,1
X	105	104	74,0	79,8
Y	103	104	74,9	80,0
Z	108	96	74,5	80,2
AC	112	110	74,9	79,9
BD	120	117	74,2	80,2
I	93	91	74,7	80,2
MM	116	96	73,4	80,4
OG	118	103	73,6	79,8
Genomsnitt				
Abst tal	9277	9858	75,1	80,6

Källa: Landstingsförbund: Jämförelsetal för landstingen (1993b) s 12. Se också SCB: Hälsa i Sverige 91/92 (Stockholm 1991) s 283

¹⁾AB= Stockholm län landsting, C= Uppsala läns landsting, D= Södermanlands läns landsting, E= Östergötlands läns landsting, F= Jönköpings läns landsting, G= Kronobergs läns landsting, H= Kalmar läns landsting, I= Gotlands läns landsting, K= Blekinge läns landsting, L= Kristianstads läns landsting, M= Malmöhus läns landsting, N= Hallands läns landsting, O= Bohus läns landsting, P= Älvsborgs läns landsting, R= Skaraborgs läns landsting, S= Värmlands läns landsting, T= Örebro läns landsting, U = Västmanlands läns landsting, W= Dalarnas läns landsting, X= Gävleborg läns landsting, Y= Västernorrlands läns landsting, Z= Jämtlands läns landsting, AC= Västerbottens läns landsting, BD= Norrbottens läns landsting, I= Gotlands, MM= Malmö stad, OG= Göteborg stad.

Från Tabell 6.1. ser vi att flera landsting med låga kostnader per invånare samtidigt har en hög medellivslängd. Frågan är dock om det är befolkningens hälsostatus som bestämmer sjukvårdskostnaden per invånare eller tvärtom. Jag har inga ambitioner att fullständigt besvara denna fråga (i denna uppsats) utan jag vill i första hand illustrera svårigheterna att analysera hälso-och sjukvårdens roll att förbättra hälsan.

Medan investeringar inom hälso-och sjukvårdssektorn ökade i 1980-talet med endast 6 procent (i fasta priser) ökade konsumtionen med hela 21 procent (Socialstyrelsen 1992, s 232). Ökningen av konsumtionsutvecklingen inom hälso-och sjukvården under 1980-talet har överstigit det beräknade konsumtionsbehovet. Den årliga reella konsumtionsutvecklingen inom vårdsektorn var lika stor som för den kommunala sektorn under tiden 1980-87.

Tabell 6.2. redovisar konsumtionsutvecklingen för tiden 1970-1987 och den beräknade förändringen till följd av befolkningsutveckling för tiden 1970-1990.

Tabell 6.2. Den offentliga konsumtionsutvecklingen 1970-1987 och beräknade förändringar i denna konsumtion till följd av befolkningsutveckling 1970-1990.

	Reell konsumtions- utveckling, årlig förändring i %		Beräknade förändringar till följd av befolknings- utveckling i % per år	
	1970-80	1980-87	1970-80	1980-90
Hälso- och sjukvård	+ 3,6	+ 2,4	+ 1,4	+ 1,3
Total offentlig konsumtion	+ 3,2	+ 1,6	+ 0,5	+ 0,3
Statlig konsumtion	+ 1,8	- 0,1	0,0	+ 0,2
Kommunal konsumtion	+ 3,9	+ 2,4	+ 0,8	+ 0,4

Källa: Socialstyrelsen ,1992, s 232.

Som komplettering till uppgifterna i tabell 6.2 kan nämnas att mellan 1989-1991 ökade den privata konsumtion av hälso-och sjukvården med 24 procent från 10 618 till 13 183 milj kr. Under samma tid ökade den offentliga konsumtionen av vård från 78 376 till 87 196 milj kr dvs en ökning med 11 procent. Summan av de löpande kostnaderna för hälso-och sjukvårdsändamål var 99 060 milj kr år 1989. Denna summa ökade till 115 109 milj kr år 1991, en ök-

ning med 16 procent (Landstingförbundet 1993a s.16). Konsumtionsutvecklingen skulle kunna tyda på att man konsumerat **dyrare** vård och inte nödvändigtvis mer vård. Statistiken har däremot visat att vårdutnyttjandet har ökat över tiden. Sedan dess har kostnaderna i hälso- och sjukvården minskat.

Vårdutnyttjande

I hälso- och sjukvårdsstatistik uttrycks vårdutnyttjande oftast ur ett verksamhetsperspektiv. Med andra ord man registrerar antal läkarbesök, vårddagar, medelvårdtid, etc. Trots att uppgifterna om vårdutnyttjande inte ger något direkt mått på hälsotillståndet i befolkningen är de på många sätt intressanta ändå. Till exempel kan skillnader i vårdkonsumtion återspegla hälsoskillnader mellan olika åldrar, kön och socioekonomiska grupper. Förändringar över tid kan också ge en fingervisning till förändringar av utbudet eller ändrade hälsoförhållanden i befolkningen.

Man bör dock understryka att i statistiken över vårdutnyttjande saknas data om personer med hälsoproblem men som av olika anledningar inte efterfrågar eller konsumerar vård. Till exempel avstår man vård när man är omedveten om sin sjukdom eller saknar kraft eller intresse att uppsöka sjukvården. Å andra sidan kan det finnas människor med vårdbehov som efterfrågar vård men inte får tillgång till den på grund av långa köer och väntetider. Vidare finns personer som är friska (i medicinsk mening) men som ändå uppsöker vård av olika anledningar. Mot denna bakgrund är det viktigt att vara försiktig vid tolkning av data om vårdutnyttjande.

Som framgår av Tabell 6.3 nedan har antalet öppenvårdsbesök per invånare ökat mellan 1973 till 1993. Ökningen är störst inom primärvården där antal besök per invånare ökade från 0,99 till 1,22. Läkarbesök på sjukhus nådde sin högsta nivå 1980. Vidare har antalet besök hos distriktssköterskor varit vanligare under 1980-talet än under 1970-talet.

Tabell 6.3. Besök i öppen vård. Antal besök per invånare.

Besök per invånare hos	1973	1980	1989	1993
Läkare vid läns/regionsjukvård	1,15	1,33	1,22	1,22
Läkare i primärvård inkl MVC/BVC	0,99	1,11	1,24	1,25
Sjukbesök hos företagsläkare	0,13	0,14	*	*
Privatläkare inkl fritidspraktiker	0,55	0,36	0,51	0,60
Läkarbesök totalt	2,82	2,94	2,97	3,07
Distriktssköterska	0,58	0,79	1,85	1,22

* Rapportering sker ej fr o m 1986

Källa: Socialstyrelsen, 1992, s 238, se också SPRI: Några fakta om den Svenska hälso-och sjukvården 92/93, s 8; 94/95, s 12.

En större andel av landstingens kostnader för bl a olika hälso-och sjukvårdsverksamheter år 1992 visar att läns- och regionsjukvård står för 54,9 procent av utgiftskostnaden, primärvård (inklusive vissa sjukhem) 20,3 procent medan social verksamhet, omsorg om psykiskt utvecklingsstörda, utbildning och kultur, diverse andra verksamhet och central förvaltning står för resten, 24,8 procent (Landstingsförbundet 1993a, s18). Enligt Landstingsförbundet (1991 s.60) ökade öppenvårdens andel av utgifterna från 1/5 till 1/3 del av landstingens kostnader under förra decenniet.

En jämförelse av sjukvårdsutgifter mellan 1976 och 1985 visade att utgiftsökningen per person var störst i den äldre åldersgruppen, dvs de som är 75 år eller äldre. I denna åldersgrupp var ökningen hela 54,3 procent jämfört med 0,3 procentsökning för de mellan 15-44 år (Gerdtham 1993, s 6). Både konsumtion av vård dagar per person och kostnad per vård dag har ökat kraftigt för den förra gruppen.

År 1989 uppgår kostnader för landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet (exkl tandvård och omsorger om utvecklingsstörda) till i genomsnitt ca 10 300 kronor per invånare. År 1991 hade denna kostnad ökat till 13 600 dvs en ökning med 32 procent (Socialstyrelsen 1992 s 229, se också SCB 1994 s 36). Man skulle kunna förvänta sig att en större andel av kostnaden går till den personal- och teknikintensiva delen av vården. Till exempel, år 1980 fanns ca 304 000 anställda inom den offentliga sjukvården. Tio år senare (1990), hade antalet ökat med ca 22 procent till 370 000 personer (SOU 1993:38 s 55). Sedan dess har antalet anställda minskat. Det bör dock understrykas att den årliga kostnads-

tillväxten i fasta priser inom vården minskade från 8,3 procent mellan 1970-75 till i genomsnitt en ökning på 1,6 procent mellan 1985-88 (Socialstyrelsen 1992 s 62). Därmed kan man säga att det har skett en markant nedgång i kostnadsutvecklingen med undantag för läkemedel.

Läkemedelsförsäljningen uppgick till 12,9 miljarder kronor år 1992, dvs en ökning med 1,7 miljarder kronor eller 15 procent sedan föregående år (Nordenstam, Wennberg och Kristoferson 1993, s 19). Det fanns skillnader mellan länen i läkemedelsförsäljning år 1992. Till exempel i de fyra länen Uppsala, Göteborg och Bohus, Västerbotten och i Norrbotten ökade läkemedelsförsäljningen med 17 procent. Detta kan jämföras med en ökning med 12 procent i Malmöhus län under samma tid. En förklaring till skillnader i ökningstakt kan vara olika terapitraditioner som påverkat läkemedels- användningen i både öppen och slutenvård (ibid. s 20). Figur 6.1 redovisar den markanta ökningen i läkemedelsförsäljning i Sverige mellan 1974-1992.

Figur 6.1. Läkemedelsförsäljningen i Sverige mellan 1974-1992 i miljarder kronor.



Källa: Figuren är ritad från data angivna i Nordenstam, Wennberg och Kristoferson (1993 s 54).

Volymökningen (resursökning i fasta priser) i samtliga landsting redovisas i procent 1980-1990 i Figur 6.2. nedan. Eftersom större delen av landstingens verksamhet koncentreras kring hälso-och sjukvården återspeglar volymökningen främst resursökningen inom den nämnda sektorn. Som framgår av figuren, minskade volymökningen mellan 1980-1982. Ökningen var nästan konstant mellan 1982-1983. Den kraftigaste resursökningen inträffade mellan 1983-1985. Året 1985-1986 skedde en nedgång för att sedan öka igen mellan 1986-1989. En negativ trend i resursökningen inleddes från 1989.

Figur 6.2. Volymökning (resursökning i fasta priser) i samtliga landsting i procent 1980-1990 (Medeltal).



Källa: Figuren är ritad från siffror angivna i Landstingsfakta (1991), s 24

En viktig fråga i detta sammanhang är huruvida volymökningen och ett ökat vårdutnyttjande lett till att fler och/eller bättre tjänster har producerats och

dess effekter på hälsan. Frågan är svår och komplicerad att besvara eftersom ett begrepp som hälsa är svårt att definiera och mäta på ett entydigt sätt.

Vilka mått på hälsan kan användas?

På grund av svårigheterna att mäta hälsa, enligt bland annat WHO:s välkända definition på hälsa, väljer jag istället att analysera hälsoutvecklingen i Sverige med några grova mått eller snarare indikationer på hälsa. Bland de vanligaste indikationerna enligt Hallqvist och Janlert (1991 s 33) är:

- 1) Dödlighet
- 2) Förekomst av vissa sjukdomar
- 3) Subjektiva hälsobesvär
- 4) Vårdutnyttjande
- 5) Läkemedelsförsäljning
- 6) Utnyttjande av sjukförsäkringssystem
- 7) Funktionsnedsättningar
- 8) Handikapp
- 9) Vissa riskexponeringar

Flera ovan angivna indikationer har klara samband med prestationer i hälso- och sjukvårdssystemet. Jag har valt att fortsättningsvis begränsa mig till enbart några av dessa mått. En del mått är diskvalificerade eftersom syftet med den här uppsatsen är att diskutera sjukvårdens roll för hälsan. Jag skall därför koncentrera mig på måtten under punkterna 1, 2, 3, och 6 men, först en kort genomgång av fördelar och nackdelar med de olika hälsomåtten ovan.

En viss typ av dödlighet, t ex spädbarnsdödlighet avspeglar väl den allmänna levnadsstandarden i ett land. Dödlighet som mått på hälsa (på aggregerad nivå) möjliggör till exempel att påvisa mönster i sjukligheten. Detta kan i sin tur

underlätta hälsoplanering i form av förebyggande åtgärder. Det senare argumentet gäller också för förekomst av vissa sjukdomar. Å andra sidan kan dödlighet vara missvisande som hälsomått. Till exempel kan dödligheten vara oförändrad samtidigt som hälsa förbättras. Hög dödlighet behöver inte betyda att befolkningen har blivit sjukare. Folk kan dö av andra orsaker än sjukdom. Till exempel kan dödligheten vara hög på grund av trafikolyckor, mord, etc. Det finns också risk att sjukdomar med hög dödlighet tenderar tilldra sig mer uppmärksamhet än motiverat. Detta kan i sin tur leda till att andra sjukdomar som är mindre vanliga men ändå ökar inte uppmärksammas på samma sätt.

Det finns en del metodproblem med användning av subjektiva hälsobesvär som hälsomått. Till exempel ger varje individ svar om sin hälsostatus utifrån en nivå som han/hon uppfattar som rimlig. Detta gör det t ex svårt att tolka skillnaden i hälsostatus mellan två individer vid olika tidpunkter eller mellan två olika grupper.

Vårdutnyttjande och läkemedelsförsäljning kan ibland användas som hälsomått om vi utgår ifrån att de flesta som utnyttjar vård eller konsumerar läkemedel är sjuka. Sjukvården tillhör den samhällsservice som man sällan kommer i kontakt med innan det finns ett starkt behov av den. Samma sak gäller läkemedel, i regel konsumerar man inte läkemedel om man upplever sig ha god hälsa.

Även om utnyttjande av sjukförsäkringssystemet (på senare år har man utvecklat sjuk- och ohälsotalet för att avspegla detta) tyder på ohälsa är det ändå inte säkert att förändringar i sjukskrivningsmönstret speglar hälsoutvecklingen. Däremot kan det avspegla de administrativa regler som fastställer hur sjukförsäkringsbestämmelserna skall tillämpas. I denna uppsats använder jag bland annat ohälsa- och sjuktalet som hälsomått. Båda måtten avspeglar utnyttjande av sjukförsäkringssystemet.

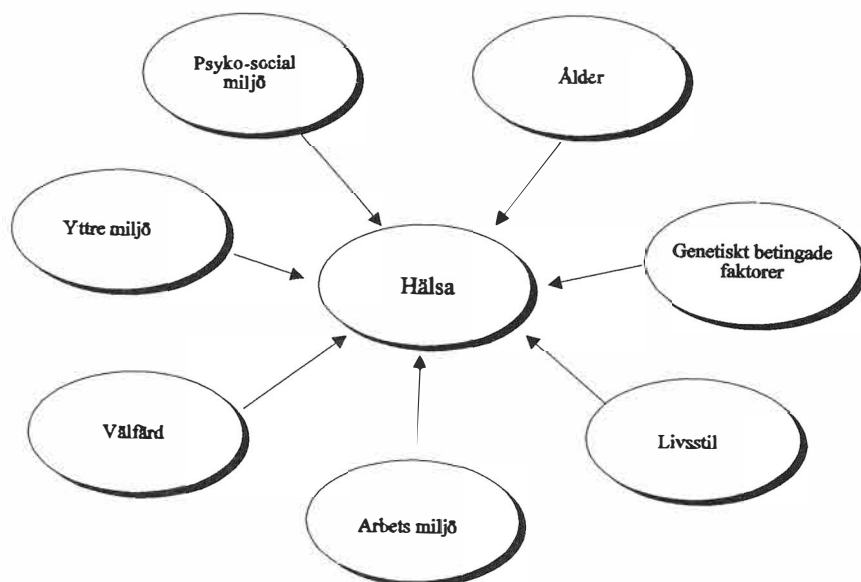
Både funktionsnedsättningen och grad av handikapp kan användas som hälsomått eftersom de möjliggör mätning med hjälp av enkäter. Till exempel man kan mäta individens förmåga att kunna utföra vissa enkla vardagliga arbetsuppgifter. I likhet med de två föregående måtten kan riskexponeringar mätas. Till exempel hur mycket man är exponerad för buller eller kemikalier på en arbetsplats kan avgöras. Jag har diskvalificerat de senare två hälsomåtten i mina analys på grund av brist på data.

Man kan fråga sig vilka är de viktigaste faktorerna vid sidan om hälso- och sjukvården som påverkar hälsa. Svaret på den frågan är viktig för att kunna identifiera vilka faktorer som är viktigast att påverkas i den framtida hälso- och sjukvården.

Faktorer vid sidan om hälso- och sjukvården som anses påverka hälsan

I figur 6.3 redovisas några faktorer vid sidan om hälso- och sjukvården som påverkar hälsan i befolkningen. Självklart finns många andra faktorer som kan inkorporeras men jag har valt dessa eftersom de ofta är omnämnda bland viktiga faktorer som påverkar hälsan (se t ex Socialstyrelsen, 1992 och Folkhälsogruppen, 1991).

Figur 6.3. Faktorer vid sidan om hälso- och sjukvården som påverkar hälsa.



Även för mycket välfärd kan bli en hälsorisk. Välfärdssjukdomar såsom hjärtinfarkt, cancer, stroke, diabetes, osv kan illustrera välfärdens negativa

sidor som en osund livsstil med för mycket mat och dryck, bilåkande och stillasittande innebär. Frågan är om Sverige lider av för mycket välfärd. Svaret på frågan hänger på vad som menas med välfärd. Oftast sammankopplar man välfärd med materiella förhållande. Enligt den Finska sociologen Allardt (citerat i Lagergren 1991, s 10) är välfärd möjligheterna att tillgodose såväl materiella behov liksom relationer till andra människor, naturen och samhället.

Låginkomstutredningen har använt begreppet "levnadsnivå" för att beskriva välfärd. Med levnadsnivå avses möjligheten att kunna förfoga över vissa resurser så att under vissa förutsättningar kontrollera och styra sina levnadsvillkor (ib. 1991 s.10). Levnadsnivå delas i nio komponenter:

1. Hälsa och tillgång till vård
2. Sysselsättning och arbetsförhållande
3. Familj och social förankring
4. Säkerhet till liv och egendom
5. Ekonomiska resurser och konsument skydd
6. Kunskap och utbildningsmöjligheter
7. Bostad och närservice
8. Rekreation och kultur
9. Politisk resurser

Som framgår ovan innehåller listan både immateriella och materiella komponenter. Enligt Lagergren (1991) är de som drabbas oftast av s k välfärdssjukdomar de som åtnjuter minst välfärd (enligt välfärdsdefinitionen ovan). Till exempel, hjärtinfarkt och stroke är högre bland industriarbetare än tjänstemän. Tobakrökning, högt blodkolesterolvärde, högt blodtryck, bristande sociala nätverk, psykisk stress och större levnadsförändringar brukar betecknas som viktigaste riskfaktorer för hjärtinfarkt.

Vissa cancerformer såsom prostata- och grovtarmscancer är vanligare bland tjänstemän. Å andra sidan är tjänstemän något underrepresenterade när de gäller andra cancerformer som lung- och magcancer. Tobaksrökning och kostvanor spelar en viktig roll vid uppkomsten av vissa cancerformer.

Förekomsten av psykisk ohälsa bland de minst privilegierade i samhället kan enligt Lagergren ib. s 15 härledas från dåliga arbetsförhållanden, brist på

möjlighet att påverkar arbetsutformning och organisation liksom brist på stimulans i arbetet.

Åldern är en viktigt faktor som är starkt relaterad till sjukdom. Åldrandet medför oftast en långsam förslitning av olika kroppsdelar. Detta behöver i och för sig inte leda till sjukdom icke desto mindre vet vi att i högre ålder ökar risken för funktionsnedsättning och därmed sjukdom.

En negativ förändring i individens psykosociala miljö kan resultera i ett förändrat levnadssätt som ibland leder till ett alkoholmissbruk. Påfrestningar som är psykiskt betingade, t ex. depression eller långvarig stress, kan ge upphov till sjukdom. Exakt hur mycket den yttre miljön påverkar hälsan vet vi inte. Det råder dock enighet om att föroreningarna i luft, mark och vatten är av stor betydelse för uppkomsten av ohälsa och sjukdomar i befolkningen (Bylin, 1990).

Sjukdomspanoramata och förbättringar i hälsan i Sverige.

Tabell 6.4 visar fördelningen av besöken i öppen vård på olika sjukdomskapitel. Förändringarna är små mellan åren.

Tabell 6.4. *Diagnoser/symtom i öppen vård fördelar efter sjukdomskapitel 1980-1990. Procentuell fördelning.*

Sjukdomskapitel	1980	1985	1990
Andningsorganens sjuk	13,5	13,8	12,0
Muskuloskeletala system och bindvävssjuk	9,8	10,3	12,0
Nervsystem och sinnesorganens sjuk	11,4	11,5	11,4
Cirkulationsorganens sjuk	11,5	10,8	9,6
Psykiska störningar	11,9	11,1	9,2
Urogenitalorganens sjuk	6,5	7,5	6,2
Matsmältningsorganens sjuk	7,2	6,3	5,7
Hudens och underhudens sjuk	6,2	6,6	5,7
Skador genom yttrevåld och förgiftningar	2,6	4,3	4,9
Infektions-och parasitärsjuk	3,2	4,2	3,8
Endokrina systemets sjuk	2,9	2,8	3,6
Övrigt	13,3	14,2	20,8
Totalt	100	100	100

Källa SCB: Hälsan i Sverige: Hälsostatistik årsbok 1991/92. Stockholm (1991), s 276 Tabell B 18.2.

Sjuk = Sjukdomar

Förbättringar i befolkningens hälsa kan ta sig uttryck i färre antal döda i olika sjukdomar. Tabell 6.5 nedan illustrerar nedgången i dödligheten i vissa (slumpmässigt utvalda) sjukdomar för perioden 1972-1991. I tabellen ser vi att dödligheten gått ner för praktiskt taget alla utvalda dödsorsaker. Till exempel har dödligheten för tumör i magsäcken minskat med 50% mellan 1972-1991. Även dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom uppvisar en markant nedgång.

Tabell 6.5 Döda 1972-1991 efter några utvalda underliggande dödsorsaker enligt nordisk dödsorsakslista och kön. Standardiserade dödstal.

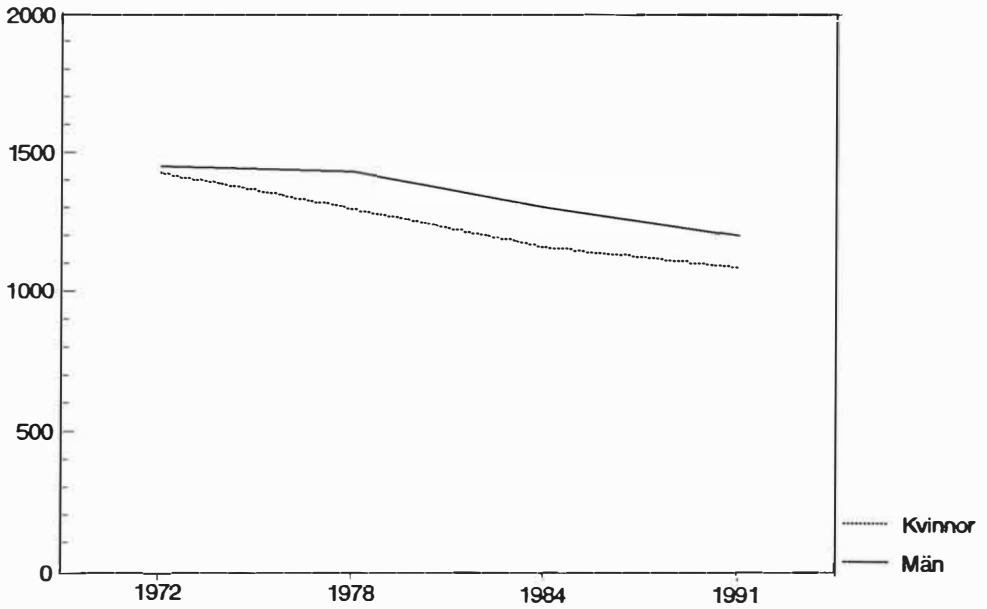
Sjukdomar	Kön	1972	1978	1984	1991
Malign tumör i magsäck	M	38,2	29,2	22,5	18,7
	Kv	29,8	20,7	15,8	10,8
Tumör i andningsorgan och andra organ i brösthålan	M	47,7	54,7	54,2	50,7
	Kv	13,0	16,7	19,1	10,8
Ischemisk hjärtsjukdom	M	552,6	555,1	480,6	361,4
	Kv	531,6	446,3	357,7	259,7
Andra sjukdomar i matsmältningsorgan	M	27,3	21,0	14,6	18,6
	Kv	36,7	24,8	17,1	23,0
Levercirros	M	15,5	18,7	11,5	10,0
	Kv	7,4	8,2	5,8	4,5
Sjukdomar i cirkulationsorganen	M	53,6	53,6	64,3	52,2
	Kv	77,1	68,7	83,6	56,4

Källa: SCB Dödsorsaker 1987. Stockholm (1990) s 18-23, se också SCB Dödsorsaker 1991. Stockholm (1993a) s 18-23.

M = Män
Kv = Kvinnor

Nedgången i dödstalet för män och kvinnor för samtliga dödsorsaker för perioden 1972-1991 redovisas i Figur 6.4. Precis som i Tabell 6.5 ser vi att det har skett en nedgång i dödligheten för båda könen men främst för kvinnorna.

Figur 6.4. Standardiserade dödstal för samtliga dödsorsaker i hela riket 1972-1991.



Källa: Figuren är ritad från data angivna i SCB op.cit. (1990, 1993a) s 18-23

Det är viktigt att understryka att det finns skillnader i nedgången i dödligheten mellan olika delar av landet. Till exempel Hallands, Uppsalas och Älvsborgs län har lägre dödlighet bland både män och kvinnor än genomsnittet för riket och särskilt jämfört med Norrlandslänen. En jämförelse i dödlighet mellan olika landsting för år 1987 och 1993 redovisas i tabellen nedan. Tabellen bör tolkas med försiktighet med tanke på det korta tidsperspektivet.

Tabell 6.6. Samtliga dödsorsaker i Landsting enligt nordisk dödorsakslista (SMR) 1987 och 1993¹.

Huvudman	1987		1993	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
AB	107	99	101	96
C	92	88	89	87
D	103	106	104	104
E	93	98	98	103
F	98	100	98	95
G	95	91	91	94
H	95	102	97	102
I	104	90	97	98
K	103	105	97	102
L	94	90	98	96
M	95	96	98	96
N	90	89	90	93
O	89	92	94	96
P	92	95	95	95
R	90	98	95	96
S	106	106	107	113
T	98	108	101	109
U	104	105	104	103
W	103	110	104	109
X	105	117	111	111
Y	106	108	104	110
Z	98	106	104	106
AC	107	105	100	109
BD	108	104	105	104
Samtliga	100	100	100	100

Källa: SCB; Dödsorsaker (1987), Stockholm 1990, s 194-205, se också SCB (1993a), s 195-207; SCB (1995).

¹ Ibland använder man ett index "Standard Mortality Ratio" (SMR) för att beskriva dödligheten. SMR framräknas genom att dividera antal observerade dödfall med de förväntade. Det senare är antal dödfall som borde ha inträffat under förutsättning att dödligheten var samma som vid periodens början. Kvoten multipliceras senare med 100. Dödligheten är på uppgång om index värden är mer än 100 och tvärtom. Till exempel ett index värde på 117 för ett visst år betyder att dödligheten har ökat med 17 procent mer än vad man kunde förvänta.

För att kunna ta hänsyn till förändringar i befolkningens ålderfördelning vid beräkningen av det förväntade antal individer som avlider olika år används ålderstandardisering vilket betyder att man justerar för (i beräkningen av index) sådana skillnader i dödligheten som enbart kan förklaras med åldersförändringar.

Dödligheten i infektionssjukdomar har nästan försvunnit i Sverige. År 1988 utgör dödlighet i infektioner enbart 0,7 procent av den totala dödlighet i riket (SCB 1990, sid 95). Under 1940- och 1950-talen inträffade den kraftigaste nedgången i mortaliteten i Sverige. Under perioden minskade mortaliteten bland 100 000 män från 1199 till 978 fall per år och bland kvinnor minskade dödalet från 1050 till 829 per 100 000 och år (Carlson, 1979). Tidsmässigt sammanfaller denna nedgång i mortalitet med en minskning i infektionsrelaterad mortalitet och respirationsorganens sjukdomar som också sammanfaller med introduktionen av penicillin och sulfa (två viktiga läkemedel för bekämpning av infektionssjukdomar).

Minskningen i den totala dödligheten (som redovisats hittills) kommer till uttryck i en ökad medellivslängd som år 1993 var 80,6 år för kvinnor och 75,1 år för män. Spädbarnsdödligheten var år 1993 4,8 per 1000 levande födda. Detta kan jämföras med 16,6 döda per 1000 år 1960. Ännu tidigare, t ex åren 1931-40 var spädbarnsdödligheten 46 per 1000 levande födda. Medellivslängdens och spädbarnsdödlighetens utveckling i Sverige redovisas i tabell 6.7.

Tabell 6.7. Medellivslängdens och spädbarnsdödlighetens utveckling i Sverige 1931-1993.

År	Medellivslängd		Genomsnitt livslängd*	Spädbarnsdödlighet (per 1000 levande födda)
	Män	Kvinnor		
1931-40	63,8	66,1	64,9	46,0
1960	71,2	74,9	73,0	16,6
1970	72,2	77,1	74,6	11,0
1980	72,7	78,9	75,8	6,9
1987	74,2	80,2	77,2	6,1
1988	74,4	80,0	77,2	5,8
1989	74,8	80,6	77,7	5,8
1990	74,8	80,4	77,6	5,9
1993	75,1	80,6	77,8	4,8

Källa: SCB (1991) s 18
* Egna beräkningar

Förbättringen i hälsotillståndet gäller inte enbart livslängden. År 1984/85 var det färre antal yngre ålderspensionärer som uppfattade sitt hälsotillstånd som dålig jämfört med 1975 (Allebeck et al, 1989 s 7).

Som tidigare konstaterats kan dödligheten sjunka utan att befolkningens hälsa förbättras. Medicinska framsteg och bättre vårdmöjligheter gör att människor

med allvarliga sjukdomar kan leva längre idag jämfört med tidigare. Det blir också möjligt för allt flera människor med kroniska sjukdomar att leva längre.

För att även väga in befolkningens upplevda hälsa har SCB utvecklat ett mått "ett hälsoindex" som inkluderar både en dödlighets- och en sjuklighetskomponent. Vidare omfattar måttet även befolkningens egen bedömning av sitt hälsotillstånd, inklusive om de har haft någon långvarig sjukdom, om de medicinerar regelbundet, om de har något rörelsehinder, osv.

SCBs "hälsoindex" tar därför hänsyn till både sjukdom och handikapp och förväntad livslängd. Den förväntade livslängden har beräknats med hjälp av dödligheten i femårs-åldersklasser medan det mått på sjukdom/handikapp som använts beskrivs nedan.

Med data från ULF-studien uppskattades andelen personer med "full hälsa", etc i ett visst åldersintervall. Det förväntade antalet levnadsår i en viss ålder (t ex 55-64 år) beräknades fram från dödlighetsstatistiken. Antag att det förväntade antalet levnadsår för de mellan 55-64 år är 8,7 år. Om 40 procent av befolkningen i den ovanstående åldersintervall (enligt ULF) är klassificerad som folk med "full hälsa" bli det förväntade antalet levnadsår med "full hälsa" $0,40 * 8,7 = 3,5$ år.

Antalet levnadsår med lätt, måttligt svår och svår ohälsa beräknas på samma sätt. Man räknar fram det förväntade antalet levnadsår på resp hälsolivå för olika åldersgrupper mellan 16-84 år genom att summera de förväntade antalet levnadsår i åldersintervallet på respektive hälsolivå.

Resultatet visar en skillnad på 4,6 år (62,2 - 57,6) i det förväntade antalet levnadsår mellan män och kvinnor i åldern 16-84 år. Däremot är det förväntade antalet levnadsår med full hälsa nästan identiskt för båda könen dvs 33,1 för kvinnor mot 33,0 för männen. Vid lätt ohälsa skiljer sig de förväntade antal med 1 år till kvinnornas fördel. I Tabell 6.8. ser vi att mellan 1975-1980 och 1981-1986 förbättrades antal levnadsår i åldersintervallet 16-84 år med 0,8 år för båda könen. Antalet år med måttlig ohälsa har minskat med 0,2 år för männen och med 0,6 år för kvinnor. Det bör påpekas att även om hälsoutvecklingen framstår som positiv enligt SCBs hälsoindex kan det ha skett försämringar för subgrupper i befolkningen.

Tabell 6.8. Hälsovägda levnadsår 1981-1986 samt förändring sedan 1975-1980.

	Män		Kvinnor	
	Hälsovägda levnadsår	Förändring 1975-80	Hälsovägda levnadsår	Förändring 1975-80
Totalt antal förväntade levnadsår (16-84 år)	57,6	+0,8	62,2	+0,8
Antal år med full hälsa	33,0	+0,8	33,1	+1,5
Antal år med lätt ohälsa	14,8	+0,2	15,9	+0
Antal år med måttlig ohälsa	6,3	-0,2	8,5	-0,6
Antal år med svår ohälsa	3,6	-0,2	4,6	-0,2

Källa: Socialstyrelsen, 1992, s 32.

Vanligen redovisar försäkringsstatistiken uppgifter separat: sjukpenning, arbetsskador och förtidspensionering. År 1980 tillskapades ett sammansatt mått "ohälsotoalet" som beskriver det genomsnittliga antalet dagar per försäkrade som ersatts med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning eller förtidspension/sjukbidrag.

Baserat på detta mått visade det sig att i samtliga åldersgrupper har kvinnorna ett högre antal ersatta dagar än männen. Ju högre upp man kommer i åldrarna desto större är skillnaderna mellan könen. Ett undantag är grupper i 60-års åldern där skillnaderna i förtidspensionering och sjukbidrag är små. Totalt sett har ohälsotoalet ökat för båda könen under 1993. Ohälsotoalet visar att det skett en liten ökning för kvinnor i åldern 50-59 år. Däremot, var ökningen störst för både män och kvinnor i 60-årsåldern. Detta kan tyda på att det finns skillnader mellan åldersgrupperna när det gäller utnyttjande av sjukpenning, arbetsskador och förtidspensionering. Det genomsnittliga ohälsotoalet var 38,5 dagar. Tabell 6.9. visar ohälsotoalet för 1991 fram till tredje kvartalet 1993.

Tabell 6.9. Ohälsotalet, förändringar 1991 t o m tredje kvartalet 1993.

Kön Ålder	Ohälsotal 1991	Ohälsotal 1992	T.o.m. 93:3 ¹⁾	Förändring 1991-1992	Förändring 1992- 93:3 ¹⁾
Män					
16-29	10,7	10,3	9,6	-0,4	-0,7
30-49	22,6	22,4	22,3	-0,2	-0,1
50-59	62,1	60,1	60,0	-2,0	-0,1
60-64	148,2	152,3	155,5	+4,1	+3,2
Samtliga ²⁾	34,2	34,3	34,7	+0,1	+0,4
Kvinnor					
16-29	13,6	12,6	11,3	-1,1	-1,3
30-49	30,5	29,4	28,9	-1,1	-0,5
50-59	76,0	73,4	73,7	-2,6	+0,3
60-64	152,4	158,4	164,7	+6,0	+6,3
Samtliga ²⁾	42,8	42,3	42,6	-0,5	+0,3
Män och kvinnor					
16-29	12,1	11,4	10,4	-0,7	-1,0
30-49	26,4	25,8	25,5	-0,6	-0,3
50-59	68,9	66,7	66,8	-2,3	+0,1
60-64	150,3	155,4	160,1	+5,1	+4,7
Samtliga ²⁾	38,4	38,2	38,5	-0,2	+0,3

Källa: Riksförsäkringsverket. Statistikinformation Is-I 1994:1 s 6

1) Fjärde kvartalet 1992 t.o.m. tredje kvartalet 1993

2) Inklusivt 65 år och äldre

Skillnaderna i ohälsotalet mellan åren behöver inte innebära faktiska skillnader i ohälsa. En skillnad kan t ex förklaras med att förvärvsfrekvensen för kvinnor ökat under perioden. Antagligen har ökningen i kvinnornas förvärvsarbete inneburit ett ökat behov av ekonomisk ersättning vid sjukdom och därmed ett ökat utnyttjande av sjukpenningförsäkringen. En ökad förvärvsfrekvens bland kvinnor kan i och för sig leda till försämring av deras hälsotillstånd (Socialstyrelsen, 1992 s 60).

Långtidssjukskrivningar har ökat markant sedan 1983. Vid slutet av 1983 var 68 000 personer långtidssjukskrivna (mer än 90 dagar). Denna siffra ökade till 122 000 vid utgången av år 1989. Mellan mars och december 1992 var det totalt 295 900 personer som var långtidssjukskrivna. Jämfört med 1991 hade det skett en relativt nedgång i antalet långtidssjukskrivningar. Däremot var sjukskrivningarna längre (Riksförsäkringsverket *ibid.* s 10). År 1983 var endast 12 procent av de långa sjukfallen längre än 1 år. Motsvarande siffra 1989 var 30

procent. En förklaring till den mer än 100-procentiga ökningen i långtidssjukskrivning kan vara förändringar av praxis när det gäller rätten till sjukpenning vid långa sjukfall.

Antal personer som förtidspensionerats har ökat från 291 000 år 1980 till 383 000 i 1992 dvs en ökning med 32 procent. År 1992 var det drygt 58 000 personer som beviljades förtidspensioner/sjukbidrag. Detta är 18 procent mer än under 1991 (Riksförsäkringsverket *ibid.* s 14, se också SCB 1994, s 13). Den tid som man uppbär pension/bidrag har blivit längre dels därför att förtidspension numera beviljas till även relativt unga människor. Sjukdomar i muskler och skelett är den vanligaste anledningen till förtidspensionering.

Hittills har vi sett att det har skett en markant förbättring i hälsan i Sverige dvs om vi utgår ifrån nedgången i mortalitet och utökad medellivslängd. Däremot, är bilden mer förvirrande om man utgår ifrån ohälsotalet, sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Det senare måttet tyder på att svensken blivit sjukare.

De stora skillnaderna mellan den höga sjukskrivningsfrekvensen och förtidspensionering och befolkningens hälsotillstånd antyder att sjukförsäkringen används för andra ändamål än sjukdom och funktionsbortfall. Det verkar som att tolkningen av sjukdomsbegreppet lutar åt ett synsätt där sjukdom börjar definieras som en störning i harmonin mellan individen och hans sociala funktion (Landstingsförbundet, 1991).

I praktiken innebär ökade sjukskrivningar och förtidspensioneringarna (trots förbättringar i befolkningens hälsotillstånd) att andra saker (till exempel tempot i arbete, arbetsmarknadsmässiga bedömningar liksom arbetsförhållanden i övrigt) spelar en betydande roll för beslutet att sjukskriva eller förtidspensionera sig (Landstingsförbundet 1991, s 79-89).

Om vi accepterar (trots ökningen i sjukskrivningar, ohälsotalet och förtidspensionering) att det har skett en förbättring i befolkningshälsotillståndet då är frågan vilken roll har hälso-och sjukvården spelat i detta allmänt förbättrade hälsotillstånd.

Hälso-och sjukvårdens roll

Av den tidigare redovisningen framgår att det är ytterligt svårt att bedöma hur förändringar av hälsotillståndet hos befolkningen påverkats av hälso- och sjukvården.

Som nämnts i inledningen har det förekommit argument om att förändringar i befolkningshälsan (på aggregerad nivå) är oberoende av sjukvårdens insatser. Även om sjukvårdens bidrag till den totala folkhälsan är svår att ange, finns tillräckliga bevis på att hälso- och sjukvårdsinsatser har lett till hälsoförbättringar för vissa sjukdomsgrupper och enskilda individer .

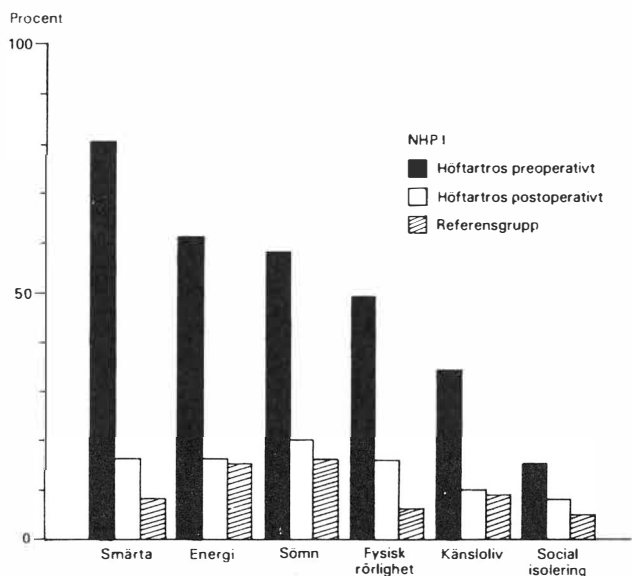
Till exempel spädbarnsdödligheten i Sverige är en av lägsta i världen tack vare den väl utbyggda preventiva mödra- och barnvården, liksom de medicinska insatser som görs i samband med förlossning och i de neonatalvården. Perinatal dödlighet har minskat från 25,9 till 0,5 promille och mödradödligheten från 0,4 till 0,07 promille. Man kan därför säga att livskvaliteten har ökat (för denna grupp) eftersom den akuta dödligheten bland mor och barn har minskat kraftigt (Finansdepartementet 1994 s 103).

På många hjärtinfarktavdelningar runt om landet återupplivas varje dygn flera människor som bokstavig talat har varit hjärtdöda någon eller några minuter. Idag lever 12 000 personer i Sverige med pacemaker som skyddar mot plötslig död vid vissa hjärtrytmer.

Sjukvården har också gjort betydelsefulla insatser för många patienter främst bland de äldre för att förbättra rörlighet, syn, hörsel och minska smärta. År 1987, inopererades 22 000 konstgjorda linser i riket. Trots att vi idag saknar uppgifter om hur många av dessa som ser tack vare sina linser kan denna operation innebära ett markant minskat lidande och ett förbättrat livskvalitet för många av dessa patienter.

Vidare kan nämnas att under 1987 genomfördes mer än 76 000 höftplastiker på ungefär 60 000 patienter. Som framgår i Figur 6.5. nedan har denna operation en effekt på livskvaliteten i form av mindre smärta, bättre rörlighet och ett förbättrat socialt liv. Figuren bör ses som ett illustration av vårdens inverkan på hälsan för en grupp patienter. Huruvida detta är representativt för hela befolkningen kan diskuteras.

Figur 6.5. Livskvalitet bedömt enligt Nottingham Health Profile (NHP) före och efter höftledsoperation



Källa: Romanus och Wiklund, 1988, s 3060.

Tillgänglig statistik visar att dödligheten i befolkningen nu sker i allt smalare intervall i hög ålder. År 1985 står kvinnor för 52 procent av dödsfallen i åldrarna 80-94 år. Detta jämfört med 34 procent i slutet av 1940-talet. Bland män var dödligheten 36 procent jämförd med tidigare 30 procent. Den minskade dödligheten beror på en nedgång i dödlighet i kranskärlssjukdom och alkohol. Om det gäller nedgången i mortalitet relaterade till kranskärlsjukdomar har medicinsk (och kirurgisk) behandling (t ex bypass operation eller ballongvidgning) spelat en viktig roll (Allebeck, 1989 s 7). Nittio procent av alla patienter med kranskärlssjukdom blir bättre efter kranskärls ingrepp (Finansdepartementet 1994 s.53). Som framgår i Allebeck et al (1989, s 10), har förbättrad medicinsk behandling bidragit med ca 30 procent minskning i dödlighet i kranskärlssjukdom inom Stockholms län.

År 1960 upptäcktes 1500 nya fall av prostatacancer och 1000 av dessa patienter dog i sjukdomen. Trettio år senare (1990) diagnostiserades 5000 fall och ca 2000 av dessa patienter dog. Som framgår ovan överlevnaden i sjukdomen har inte varit lika högt som i 1960-talet. Antagligen har en förbättrad diagnostik medfört att fler småtumörer upptäcktes tidigt och därmed förhindrats från att spridas (Finansdepartementet s 87-98). Vidare, i början av 1960-talet överlevde endast 5 procent vid akut leukemi idag överlever 70 procent. Överlevnad i njurtumör ökade från 45 procent år 1960 till 90 procent idag. Tack vara medicinsk framsteg och nya behandlingsformer som cytostatika-dialys, strålbehandling och benmargstransplantation kan många fall med leukemi behandlas framgångsrikt (ibid. s 63-65). Tillgång till endoskopiteknologin - dvs undersökning av hålförmiga kroppsdelar med böjliga instrument - har möjliggjort bättre diagnostik och behandling av mag-tarm sjukdomar.

Förhöjt blodtryck (som är en bakomliggande riskfaktor för utvecklingen av hjärt-och-kärlsjukdom) har mer eller mindre blivit folksjukdom. Idag behandlas ca 500,000 Svenskar med urindrivande medel och beta-receptorblockerande mot denna sjukdom. Risken att få hjärtinfarkt eller stroke minskas markant genom läkemedelsbehandlingen. Tillgång till moderna läkemedel har medfört att antal operationer för magsår har minskat från ca 5600 till 500 per år (Finansdepartementet 1994, s 87). Utvecklingen på läkemedelsområdet har möjliggjort bot mot många andra tidigare hundraprocentigt dödliga sjukdomar.

Som räddning till diabetessjuka patienter kom insulinet på 1920-talet. De dödliga blodbristsjukdomen pernicios anemi lärde man sig bota på 1930-talet med leverextrakt och senare med vitamin B12. Sedan kom hela raden av antibiotika som sulfa, penicillin, osv som förbättrade behandlingen av infektionssjukdomar.

Utvecklingen inom gentekniken har led till tillverkningen av ett nytt hormon "erythropoietin" som är ett medel till att bota den kroniska blodbristen vid njursvikt. Detta utveckling har förbättrat livskvaliteten för fler talet av njursjuka patienter. De medicinska framsteg som citerad ovan har möjliggjort bot av sjukdomar som annars kan leda till döden (Boström et al, 1989 s 38-63).

I en studie utförd vid Uppsala universitet (Westerling 1993) har försök gjorts att analysera hälso- och sjukvårdens resultat genom att mäta s.k. "åtgärdbar dödlighet". Därvid jämfördes dödlighetsutvecklingen i några sjukdomar som

anses kunna påverkas av hälso- och sjukvården med övrig dödlighet. Dödligheten i dessa sjukdomar - som representerar 5,5 procent av dödsfallen bland män och 9,5 procent bland kvinnor - minskade snabbare än genomsnittet, vilket man anser visar att den svenska hälso- och sjukvården har en internationellt sett god kvalitet och har haft en positiv utveckling under den period som studerats (1974-1985). Till exempel har man noterat en årlig förändring i följande sjukdomar bland män; Hypertoni och cerebrovaskulär sjukdomar (-1,54), tuberkulos (-0,14), andningsorganens sjukdomar (-0,08), ischemiska hjärtsjukdomar (-0,04), kroniska reumatiska hjärt sjukdomar (-0,04). Bland kvinnor var den årliga nedgången följande; Hypertoni och cerebrovaskulära sjukdomar (-1,30), tuberkulos (-0,06), malign neoplasma av cervix uteri (-0,22) (Westerling, s 507).

Inom ramen för hälso- och sjukvården har man även försökt att minska incidensen i hjärtinfarkt via hälsoupplýsning kring kostvanor, rökning osv. På sätt och vis har hälso- och sjukvården medverkat i samhällsplaneringen med syftet att förbättra folkhälsan. Till exempel har hälso- och sjukvården försett samhällsplanerarna med information om de hälsorisker som finns i vissa samhällssektorer och därmed bidragit med underlag om de hälsomässigt betingade krav och önskemål som kan finnas på verksamheten. Som exempel kan nämnas hälso- och sjukvårdens inverkan på boendemiljön.

I hög grad har sjukvårdens aktörer tvingat fram förbättringar vad gäller bostadshygieniska problem som trångboddhet, kyla, fukt och låg sanitär standard. Detta har förhindrat förekomst och spridning av olika sjukdomar men främst infektionssjukdomar som tuberkulos. Inom industri- och jordbrukssektorn har det skett betydande insatser för att förbättra arbetsmiljön och förhindra leverans av dåliga jordbruksprodukter till konsumenterna.

Summering

Vi har sett att det råder delade meningar om hälso- och sjukvårdens betydelse för hälsa. Begreppet hälsa anses svårt att definiera eftersom innebörden av hälsa ändras i takt med den samhälliga och medicinska utvecklingen. Åtta faktorer (stigande ålder, genetiska faktorer, sociala faktorer och livsstil, arbetsmiljö, psykosocial miljö, individens välfärd status och yttre miljö) påverkar hälsan i Sverige.

Man bör dock understryka att bakom de positiva förändringarna av befolkningens hälsa ligger också en stark ekonomisk tillväxt, som tillsammans med en aktiv fördelningspolitik inneburit en kraftig förbättring av livsvillkoren bland de sämst ställda. På sikt har detta bidragit till att dödligheten minskade snabbare bland arbetare än inom övriga grupper. Jämförd med andra i-länder tycks således klasskillnaderna i ohälsa minskat vilket har bidragit till den generellt sett mycket låga risken för tidiga dödsfall.

Cirkulationsorganens sjukdomar och tumörer utgör de dominerande dödsorsakerna. Som framgår i Tabell 6.5 har dödligheten i några utvalda sjukdomar minskat avsevärt. Hälso- och sjukvårdsinsatser genom t ex åtgärder som sänker blodtrycket, screening för vissa cancerformer, kranskärloperationer, behandling mot diabetes, hälsoövervakning av mödrar och barnhälsovård etc. har bidragit till den ökade medellivslängden.

Det finns dock en rad paradoxer i sjukvården. Ju fler patienter som överlever kroniska sjukdomar som hjärtsvikt, njursvikt, leukemi, diabetes, desto fler patienter har någon typ av funktionsnedsättning och kan drabbas av nya komplikationer som sjukvården måste ta hand om. Ohälsan ökar i samhället. Som det ser ut idag är vården organiserad för att ta hand om akuta och i tiden kortvariga problem. Denna form av sjukvård är inte alltid den lämpligaste för att ta hand om kroniska sjukdomar med multipla orsaker där behandlingen och sjukdomsförloppet ofta är långa.

Med tanke på att orsakerna till de flesta sjukdomarna har social eller beteendemässig bakgrund bör större uppmärksamhet än tidigare riktas mot hälsoinformation och förebyggande insatser. Precis som nu kan hälso- och sjukvården fortsätta påverka andra sektorer t ex industri, bostad, jordbruk, trafik, etc i hälsofrämjande syfte. Vidare är det viktigt att ägna speciell uppmärksamhet åt barn och uppväxtvillkor inom ramen för olika hälsopolitiska strategier.

Referenser

Allebeck, P., Dederichsen, F., Färm, I., Rosen, M., Skalin, D. och Tibblin, G. (1989), "*Den förbättrade folkhälsan- effekt av vård eller samhällsförändringar?*" I: Ekonomi och politik i hälso-och sjukvård. Svenska Läkarsällskapet och SPRI Rapport, 13:5-13

Boström, H., Calltorp, J., Dahlgren, S., Riss, P. och Södersten, B. (1989), "Har vi råd att vårda de äldre" ? I: Ekonomi och politik i hälso-och sjukvård. Svenska läkarsällskapet och SPRI Rapport, 13:5-13.

Brändström, A. (1984), "De kärlekslösa mödrarna. Spädbarnsdödligheten i Sverige under 1800-talet med särskilt hänsyn till Nedertorneå". Stockholm: Almqvist och Wiksell International.

Bylin, G. (1990), "Luftföroreningars betydelse för allergi och astma". Naturvårdsverket Rapport No.3810. Stockholm.

Carlsson, G. (1979), "Liv och hälsa. En kartläggning av hälsoutvecklingen i Sverige". Liber förlag.

Castensson, R., Löwgren, M. och Sundin J. (1988), "Urban water supply and improvement of health conditions". I: Society, health and population during the demographic transition. Bränström, A. and Tedebrand, L.-G. (eds.), Stockholm: Wiksell International,

Finansdepartementet (1994), *Kvalitets- och produktivitetsutvecklingen i sjukvården 1960-1992*. ESO DS:1994:22, Stockholm:Nordstets Tryckeri AB

Folkhälsogruppen. (1991), "Folkhälsans villkor". No.9. Tryck Stockholm:Gotab.

Gerdtham, U.G. (1993), "The impact of aging on health care expenditure in Sweden". Health Policy, 24:1-8.

Hallqvist, J. och Janlert, U. (1991), "Vad är folkhälsa". I, Folkhälsans Villkor. Stockholm: Tryck Gotab, 21-43.

Hemminki, E. och Paakulainen, A. (1976), "The effects of antibiotics on mortality from infectious disease in sweden and finland". *American Journal of public Health*, 66:1180-1184.

Illich, I. (1975), *Medical Nemesis. The expropriation of health*. London: Colder and Boyars.

Lagergren, M. (1991), "Hälsa och välfärd". I, Folkhälsans Villkor. Stockholm: Tryck Gotab, 9-19.

Landstings fakta (1991), Linköping.

Landstingsförbundet. (1991), *Vägval. Hälso-och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden*. Stockholm.

Landstingsförbundet (1992), *Jämförelsetal 1991*. Stockholm.

Landstingsförbundet (1993a), *Statistik årsbok för landsting 1994*.

Landstingsförbundet (1993b), *Jämförelsetal 1992*. Stockholm.

Landstingsförbundet (1994), *Jämförelsetal 1993*, Stockholm.

Lithell, U.B. (1981), *Breast-feeding and reproduction. studies in marital fertility and infant mortality in 19th century Finland and Sweden*. Stockholm: Almqvist and Wiksel International.

McKeown, T. (1979), *The role of medicine: dreams, mirage, or nemesis ?*. Oxford: Blackwell, Oxford.

McKingly, J.B. och McKingly, S. (1977), "The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century". *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55:405-428.

Navarro, V. (1979), *Class struggle - the state and medicine*. London: Martin Robertsson.

Nordenstam, I., Wennberg, M. och Kristoferson, K. (1993), *Svensk läkemedelstatistik*. Stockholm: Apoteksbolaget.

Riksförsäkringsverket. (1994), *Statistikinformation Is-I 1994:1*. Stockholm.

Romanus, B. och Wiklund, I. (1988), "Nottingham Health Profile. Livskvalitets bedömning hjälp vid operationsprioritering". *Läkartidningen*, 85:3060-3061.

SCB (1989), *Hälsa i Sverige: Hälsostatistisk årsbok 1989*. Halmstad: Bull Tryckeri AB.

SCB (1990), *Dödsorsaker 1987*.

SCB (1991), *Hälsa i Sverige: Hälsostatistisk årsbok 1991/92*. Halmstad: Bulls Tryckeri AB.

SCB (1992a), *Statistisk årsbok*. Norstedts Tryckeri AB, Stockholm.

SCB (1993a), *Dödsorsaker 1991*.

SCB (1992b), *Nationalräkenskaper*

SCB (1993b), *Nationalräkenskaper*

SCB (1994), *Hälsan i siffror*. Stockholm.

SCB (1995), *Dödsorsaker 1993*.

Socialstyrelsen (1992), *Folkhälsorapport 1991*.

SOU: 1993:38, *Hälso-och sjukvården i framtiden; Rapport från expertgruppen till HSU 2000*. Stockholm.

SPRI. *Några fakta om den svenska hälso-och sjukvården 1992/93*.

SPRI. *Några fakta om den svenska hälso- och sjukvården 1994/95.*

Sundin, J. (inga datum), *Culture, class and infant mortality during the Swedish mortality transition, 1750-1850.* TEMA: Hälso och Sjukvården i Samhället. Linköpings Universitet.

Westerling, R. (1993), *The "avoidable" mortality method.* Empirical study using data from Sweden. Doktorsavhandling. Uppsala Universitet. 1993.

III. METODOLOGISKA PROBLEM VID EKONOMISKA UTVÄRDERINGAR

7. Metoder för ekonomisk utvärdering

Magnus Johannesson

Ökat intresse för utvärderingar

Intresset för ekonomiska utvärderingar inom hälso- och sjukvården började för cirka 30 år sedan. Under 1960 och 1970-talen dominerade human-kapital metoden (Weisbrod, 1961; Cooper & Rice, 1976). Nyttan av olika medicinska teknologier beräknades som minskade sjukvårdskostnader och minskat produktionsbortfall. Human-kapital metoden har flera begränsningar. Den saknar teoretisk bas i ekonomisk välfärdsteori, värdet av livet i sig självt och livskvaliteten ignoreras och metoden är diskriminerande mot personer som inte tillhör arbetskraften (Schelling, 1968; Mishan, 1971; Jönsson, 1976). Human-kapital metodens svagheter ledde till utvecklingen av kostnads-effekt analys (Klarman et al, 1968). I en kostnads-effekt analys mäts hälsoeffekterna av en behandling i "icke-monetära" enheter. Det vanligaste effektmåttet är vunna levnadsår. Metoden utvecklades ytterligare genom att hänsyn togs till livskvalitet, och hälsoeffekterna mättes iform av kvalitetsjusterade vunna levnadsår (Weinstein & Stason, 1976; Boyle et al, 1983; Williams, 1985). Denna typ av kostnads-effekt analys brukar benämnas kostnads-nyttö analys.

Även om kostnads-effekt analysen var ett viktigt framsteg så är den inte problemfri. Viktiga problemområden är: vilka kostnader som skall inkluderas i analysen, diskonteringen av hälsoeffekter, och valet av effektmått. Det är heller inte möjligt att avgöra om en behandling är samhällsekonomiskt lönsam eller inte i en kostnads-effekt analys, utan det är endast möjligt att jämföra kostnads-effekt kvoter.

Dessa problem har lett till ett ökat intresse för cost-benefit analys. I cost-benefit analys mäts både kostnader och hälsoeffekter i monetära enheter, vilket gör det möjligt att direkt avgöra om intäkterna överstiger kostnaderna. Survey metoder kan användas för att mäta hälsoeffekterna i monetära enheter (Johannesson & Jönsson, 1991b). Denna metod, enkätmetoden, att mäta betalningsviljan har utvecklats inom miljöekonomin och är nu den mest använda metoden för att värdera miljövaror (Cummings et al, 1986; Mitchell, Carson, 1989). Empiriska tillämpningar med enkätmetoden blir också allt

vanligare inom hälsoområdet (Donaldson, 1990; Johannesson et al, 1991a,b,1993a,b; Johannesson, 1992; Johannesson, Fagerberg, 1992).

Kostnadsanalys

Kostnadsbegreppet är centralt i hälsoekonomiska utvärderingar. Det används för att beskriva och värdera användandet av resurser såsom läkemedel, patienters tid, läkarbesök etc. Kostnaden definieras såsom alternativkostnaden. Värderingen skall avspegla den bästa alternativa användningen av resurserna. Under vissa förutsättningar kommer priserna på en marknad med perfekt konkurrens att avspegla alternativkostnaden av resurserna. Kostnader kan också användas för att beteckna hälsoeffekter, biverkningar av en behandling kan tex betecknas som en kostnad för behandlingen. Hälsan betecknas då som en resurs och biverkningar innebär att viss hälsa förbrukas. Det finns dock inga marknader som registrerar priset på hälsa vilket försvårar värderingen av dessa kostnader. En fördjupad diskussion om kostnadsbegreppet görs av Göran Karlsson i kapitel 8.

Det är vanligt att skilja mellan direkta och indirekta kostnader. Direkta kostnader definieras som de resurser som direkt används vid en behandling eller sjukdom (t ex sjukvårdskostnader) och indirekta kostnader definieras som de resurser som förloras pga en behandling eller sjukdom (t ex produktionsbortfall). Distinktionen mellan direkta och indirekta kostnader är mer eller mindre godtycklig eftersom indirekta kostnader också kan vara resurser som används i en aktivitet. Indirekta kostnader kan ses som att patientens tid direkt förbrukas av behandlingen eller sjukdomen och att det alternativa värdet av tiden skattas som värdet av den produktion som skulle ha uppstått om behandlingen inte getts eller sjukdomen inte inträffat. Distinktionen mellan direkta och indirekta kostnader är dock viktig att känna till eftersom den är så etablerad. Eftersom direkta kostnader oftast är sjukvårdskostnader och indirekta kostnader är kostnader utanför sjukvården, så gör distinktionen det också möjligt att undersöka vad en utvärdering ger för resultat om endast sjukvårdskostnader tas med.

Kostnader används också på flera olika sätt i ekonomiska utvärderingar. För det första används kostnader för att beteckna en ökad resursanvändning vid en behandling, t ex för ett läkemedel. Men kostnader används också för att beteckna en minskad användning av resurser eller att resurser frigörs för andra

ändamål; t ex inbesparade kostnader när en behandling minskar förekomsten av koronar hjärtsjukdom. Detta resonemang bygger på att en sjukdom är förknippad med vissa kostnader iform av t ex läkarvård, förlorad tid för annat, och sämre livskvalitet och när förekomsten av dessa kostnader minskar så betecknas det som en kostnadsbesparing. Denna kostnadsbesparing kan lika väl definieras som en intäkt av behandlingen, och i en cost-benefit analys kan den dras från kostnaderna eller läggas till intäkterna. Detta leder till att en ekonomisk utvärdering teoretiskt kan göras iform av enbart en kostnadsanalys där de ökade kostnaderna för en behandling jämförs med förändringen i kostnader för morbiditet (sjuklighet) och mortalitet (dödlighet) och om de totala kostnaderna minskar så leder behandlingen till en samhällsekonomisk vinst. En sådan analys är helt enkelt en cost-benefit analys, som beskrivs närmare nedan.

Det är också detta resonemang som ligger bakom att den så kallade human-kapital metoden började användas på 60-talet (Weisbrod 1961; Cooper & Rice, 1976). Enligt human-kapital ansatsen består värdet av prevention, behandling och rehabilitering av två komponenter: minskade framtida sjukvårdskostnader (direkta kostnader) och minskat framtida produktionsbortfall (indirekta kostnader) pga sjuklighet och dödlighet (dvs inbesparade kostnader, se resonemanget ovan). Genom att jämföra en behandlings kostnader med dessa kostnadsbesparingar kunde en form av cost-benefit analys utföras där beslutskriteriet var att behandlingen var samhällsekonomiskt lönsam om kostnaderna minskade totalt sett (dvs de inbesparade kostnaderna översteg behandlingskostnaden).

Inom denna ansats har det också varit vanligt att beräkna kostnaderna för olika sjukdomar utan att relatera dessa kostnader till någon speciell behandling eller intervention. Sådana analyser brukar benämnas cost-of-illness studier (Berk et al, 1978; Lindgren, 1981). Beräkningar av sådana hypotetiska kostnadsbesparingar har ett mycket begränsat värde inom ekonomisk utvärdering, eftersom analysen inte är relaterad till någon specifik beslutssituation.

Human-kapital metoden har ingen teoretisk förankring inom ekonomisk välfärdsteori och har utsatts för mycket kritik som det är viktigt att vara medveten om (Schelling, 1968; Mishan, 1971; Jönsson, 1976). Värdet av liv och livskvalitet i sig självt ignoreras och metoden diskriminerar mot personer utanför arbetskraften.

Human-kapital metodens problem beror på de metoder som används att beräkna värdet av minskad morbiditet och mortalitet. Värdet av minskad morbiditet mäts som den ökade produktionen och de minskade sjukvårdskostnaderna. Den produktion som sker utanför arbetsmarknaden av t ex hemmafruar och pensionärer ignoreras dock oftast. Dessutom tas ingen hänsyn till livskvaliteten vid morbiditet, dvs kostnaderna i form av minskad livskvalitet vid morbiditet ignoreras. Beräkningarna för kostnadsinbesparingarna pga minskad morbiditet kan dock ses som en undre gräns för den faktiska vinsten av minskad morbiditet. Detta är dock inte fallet vid mortalitet och det stora problemet med human-kapital metoden är värderingen av minskad mortalitet. Sambandet mellan den ökade produktionen vid minskad mortalitet och det verkliga värdet (dvs betalningsviljan för minskad mortalitet) är oklart och en sådan beräkning är därför svårtolkad.

Human-kapital ansatsen bör därför inte användas vid behandlingar som påverkar mortalitet eftersom resultatet i ett sådant fall inte har någon meningsfull tolkning och inte visar om en behandling är samhällsekonomiskt lönsam eller inte. Human-kapital metoden har dock varit till nytta för att ta fram metoder för att beräkna direkta och indirekta kostnader för morbiditet, som kan användas vid kostnads-effekt analys och cost-benefit analys. Metoden relaterar kostnader till sjukdomar och patientgrupper och inte institutioner eller administrativa avgränsningar, vilket är relevant för ekonomiska analyser av olika behandlingar. Om värdet av den minskade mortaliteten i en human-kapital analys mäts som skillnaden mellan produktion och konsumtion, kan metoden också ha en meningsfull tolkning. Resultatet av en sådan analys kan tolkas som en skattning av de externa kostnader som behandlingen ger upphov till. Dvs förändringen av konsumtionen för alla andra personer utan den behandlade individen. En sådan beräkning kan vara en del av en cost-benefit analys eller en kostnads-effekt analys (se nedan).

Vissa typer av kostnadsanalyser brukar benämnas kostnadsminimeringsanalys. I vissa fall kan det räcka med att utföra en analys av behandlingskosten vid en ekonomisk utvärdering. Om t ex två behandlingar har samma hälsoeffekter räcker det med att undersöka vilken behandling som har lägst behandlingskosten för att avgöra vilken behandling som bör väljas. En annan form av kostnadsminimeringsanalys är när en behandling har bättre hälsoeffekter och högre behandlingskosten och det visar sig att behandlingen också leder till kostnadsbesparingar pga minskad morbiditet som överstiger de ökade behandlingskosten. I ett sådant fall behöver inte värdet av de

ökade hälsoeffekterna skattas. När en utvärdering påbörjas är dock kunskaperna om både effekter och kostnader osäkra och ofullständiga vilket gör att få utvärderingar kan designas som denna typ av kostnadsminimering från början. När resultatet föreligger kan det dock visa sig att hälsoeffekterna är likvärdiga för två behandlingar och endast kostnaderna skiljer sig åt, vilket gör att analysen kan tolkas som en kostnadsminimeringsanalys. Samma sak gäller då kostnaderna är lika och endast hälsoeffekterna skiljer sig åt, då analysen kan tolkas som en effektmaximeringsanalys.

De intressantaste och svåraste fallen av ekonomisk utvärdering är när både kostnaderna och hälsoeffekterna är högre för en behandling jämfört med en annan behandling eller ingen behandling alls. I dessa fall är en kostnadsanalys otillräcklig och de ökade hälsoeffekterna måste då på något sätt vägas mot de ökade kostnaderna. Det finns i nuläget i huvudsak två olika metoder att göra dessa avvägningar, nämligen kostnads-effekt analys och cost-benefit analys. Skillnaden mellan dessa metoder är att hälsoeffekterna värderas i icke-monetära enheter i kostnads-effekt analys och i monetära enheter i cost-benefit analys.

Kostnads-effekt analys

Problemen med human-kapital metoden ledde till utvecklingen av kostnads-effekt analys, vilket var ett viktigt steg framåt. Kostnads-effekt analys bygger på att effekterna skall maximeras för en given mängd resurser eller en given budget.

Valet av effektmått är mycket viktigt vid kostnads-effekt analys. Det finns flera olika typer av tänkbara effektmått. Det är möjligt att använda intermediära effektmått såsom mm Hg blodtryckssänkning. Problemet med den typen av effektmått är att det endast är möjligt att jämföra olika blodtrycksbehandlingar. För att använda intermediära effektmått krävs också att de är klart förknippade med någon hälsoförbättring, såsom minskad risk för hjärtinfarkt. Varje enhet av det intermediära måttet bör också vara förknippad med samma hälsoförbättring, t ex en viss minskad risk för hjärtinfarkt. Nästa typ av effektenhet är olika sjukdomsfall, såsom antalet undvikna hjärtinfarkter. Med ett sådant effektmått är det möjligt att jämföra olika sätt att minska risken för hjärtinfarkter. Effekterna kan också mätas i vunna levnadsår, dvs ökningen av förväntad återstående livslängd till följd av en behandling. Användandet av

vunna levnadsår ökar möjligheterna att jämföra med andra behandlingar inom sjukvården och är det vanligast förekommande effektmåttet i kostnads-effekt analys. Ett problem med vunna levnadsår som effektmått är dock att ingen hänsyn tas till effekter på livskvalitet. För att ta hänsyn till både livslängd och livskvalitet i en kostnads-effekt analys krävs ett enda effektmått som väger samman dessa effekter. Den typen av effektmått benämns ibland för nyttomått, varav det vanligast förekommande är antalet kvalitetsjusterade vunna levnadsår (QALYs). När kvalitetsjusterade vunna levnadsår eller något annat nyttomått används kallas analysen ibland för kostnads-nyttto analys istället för kostnads-effekt analys. Kostnads-nyttto analys beskrivs i ett eget avsnitt nedan.

Kostnads-effekt analys har blivit en mycket populär metod inom hälsoekonomin. Detta beror troligtvis på att den undviker att värdera hälsoeffekter i monetära termer. Den kan också direkt kopplas till de effektmått som redan används i kliniska effektstudier. Det är dock viktigt att vara medveten om att metoden inte undviker värderingsproblemet eftersom beslutsfattaren måste bestämma betalningsviljan för t ex ett vunnet levnadsår för att kunna fatta beslut. Det finns också ett antal problem med metoden som gör att resultaten kan vara svårtolkade.

Metoden har oklar teoretisk grund. Det finns två olika tolkningar av metoden. Den första tolkningen utgår från en så kallad beslutsfattare-ansats till ekonomisk utvärdering. Denna ansats innebär att det är ekonomens roll att ta hänsyn endast till de kostnader och hälsoeffekter som beslutsfattaren anser är relevanta. Om beslutsfattaren t ex anser att antalet vunna levnadsår skall maximeras med en given mängd sjukvårdsresurser, så är det ekonomens roll att utföra en analys med det syftet. Problemet med den ansatsen är att beslutsfattaren sällan identifieras explicit. Ansatsen saknar också på sätt och vis teori eftersom teorin ersätts med beslutsfattarens mål, och det blir också mycket svårt att jämföra olika analyser eftersom olika beslutsfattare kan ha olika mål.

Den andra tolkningen av kostnads-effekt analys är att den är en form av samhällsekonomisk analys av cost-benefit typ där effekterna inte åsätts något monetärt värde. Om kostnaden är t ex 10 000 per vunnet levnadsår vid en behandling så kan det tolkas som att analysen visar priset per vunnet levnadsår för behandlingen och om betalningsviljan överstiger priset är behandlingen lönsam. Problemet med denna ansats är att betalningsviljan för ett vunnet levnadsår troligtvis varierar mellan olika patientgrupper och olika

typer av behandlingar, och jämförelser av kostnaden per vunnet levnadsår inom olika områden blir då av begränsat värde. De faktiska utvärderingar som görs ligger oftast någonstans mellan dessa två ansatser. De metodproblem som finns vid kostnads-effekt analys hänger samman med dessa olika utgångspunkter.

Kostnads-effekt analys bygger på att effekterna skall maximeras för en given budget eller en given mängd resurser. Det är då viktigt att utvärdera vilken budget som avses. Ett svar är att det skall vara med sjukvårdsbudgeten (Weinstein, 1990). En sådan ansats är dock oförenlig med en samhällsekonomisk ansats eftersom kostnader utanför sjukvårdsbudgeten inte tas med. Definitionen på sjukvårdsbudgeten är också oklar eftersom sjukvårdskostnaderna oftast är uppdelade på flera budgetar. Problemet med vilken budget som skall användas hänger samman med vilka kostnader som skall ingå i en kostnads-effekt analys. Om utgångspunkten för analysen är sjukvårdsbudgeten skall endast de kostnader som faller inom denna budget tas med.

I kostnads-effekt analys varierar kostnadsbegreppet från studie till studie (Johannesson & Jönsson, 1991a). Kostnaderna kan delas in i direkta och indirekta behandlingskostnader, morbiditetskostnader, och mortalitetskostnader. Eftersom ingen livskvalitetsjustering görs bör alla behandlingskostnader och morbiditetskostnader ingå, dvs både direkta och indirekta. Vanligtvis ingår dock endast direkta kostnader eftersom analysen begränsas till sjukvårdskostnader. När det gäller mortalitet så värderas värdet av minskad mortalitet i vunna levnadsår. Därför är det inkorrekt att ta med ökad produktion pga minskad mortalitet som en intäkt i analysen; det leder till en dubbelräkning. Vissa författare (Weinstein, 1990) argumenterar för inkluderandet av ökade sjukvårdskostnader pga ökad livslängd. En sådan ansats är endast relevant om utgångspunkten för analysen är en specificerad sjukvårdsbudget. Det är dock möjligt att från ett samhällsekonomiskt perspektiv argumentera för att inkludera skillnaden mellan produktion och konsumtion vid ökad överlevnad som ett mått på de externa kostnaderna av ökad livslängd. Detta har dock aldrig förekommit i praktiken.

Ett annat kontroversiellt område inom kostnads-effekt analys är diskonteringen av effekter, dvs om hänsyn skall tas till vid vilken tidpunkt effekterna uppstår. När det gäller kostnader är det okontroversiellt att de skall diskonteras. Detta baseras på att kostnader kan investeras och öka i värde med tiden och att individer i allmänhet föredrar konsumtion nu jämfört med i

framtiden (dvs de har en positiv tidspreferens). Diskontering innebär att nuvärdet av kostnader i framtiden beräknas. Rent tekniskt görs detta genom att multiplicera kostnader i framtiden med en vikt mellan 0 och 1 beroende på hur långt fram i tiden kostnaden uppstår och diskonteringsräntans storlek. Om diskonteringsräntan tex är 5% multipliceras kostnader om 10 år med 0.61 för att få nuvärdet. Det vanligaste är att även effekterna diskonteras med samma diskonteringsränta som för kostnader. Det är dock svårt att applicera ovanstående argument om investering på hälsoeffekter och det är oklart hur individers tidspreferenser ser ut när det gäller hälsoeffekter. Det vanligaste argumentet för att diskontera effekter är att analysen annars blir inkonsistent; det har argumenterats att det alltid är lönsamt att skjuta upp ett projekt om effekterna inte diskonteras (Keeler & Cretin, 1983).

Det är inte möjligt att med hjälp av kostnads-effekt analys avgöra om en behandling är samhällsekonomiskt lönsam eller inte. Det är endast möjligt att jämföra kostnads-effekt kvoter mellan olika behandlingar. Tolkningen av kostnads-effekt kvoter och jämförelser mellan olika behandlingar är heller inte helt problemfri. Det är viktigt att göra en distinktion mellan genomsnittliga och marginella kostnads-effekt kvoter. En genomsnittlig kostnads-effekt kvot är kostnads-effektiviteten av en behandling jämfört med ingen behandling alls, medan en marginell kostnads-effekt kvot är kostnads-effektiviteten av en behandling jämfört med den bästa alternativa behandlingen för samma sjukom. För att beräkna marginella kostnads-effekt kvoter rangordnas de olika behandlingarna, t ex olika läkemedel för hypertoni, efter effekt och sedan divideras de ökade kostnaderna med de ökade effekterna jämfört med det alternativ med näst bäst effekter. Om den marginella kostnads-effekt kvoten sjunker mellan två alternativ så elimineras det alternativ med sämst effekt och beräkningen görs om för de alternativ som återstår. Denna process fortgår tills endast de alternativ med stigande marginell kostnads-effekt kvot återstår.

Det är omöjligt att med hjälp av enbart kostnads-effekt analys avgöra vilken behandling som är kostnadseffektiv för en viss sjukdom om det finns ett antal behandlingar med stigande kostnads-effekt kvot. För att avgöra det krävs information angående betalningsviljan per vunnet levnadsår eller budgeten för den sjukdomen. Var och en av de marginella kostnads-effekt kvoterna kan dock jämföras med marginella kostnads-effekt kvoter för behandlingar av andra sjukdomar och behandlingen bör då prioriteras framför jämförelsealternativet om kostnads-effekt kvoten är lägre. Om det går att prioritera med hjälp av enbart kostnads-effekt kvoter beror alltså på om

alternativen som jämförs är för samma patientgrupp eller för olika patientgrupper, dvs oberoende varandra. Det är således möjligt att jämföra kostnads-effekt kvoter och prioritera från lägre till högre kvot för olika patientgrupper men inte mellan samma patientgrupper. De kostnads-effekt kvoter som är relevanta är då alltid de marginella kostnads-effekt kvoterna.

För att göra kostnads-effekt kvoter lättolkade krävs att betalningsviljan per vunnet levnadsår bestäms. Detta kan ske genom att granska vad som faktiskt betalas per vunnet levnadsår inom olika områden. En sådan ansats är dock något inkonsekvent eftersom den implicit antar att användningen av resurser är effektiv i den meningen att endast kostnadseffektiva behandlingar används, och det finns då egentligen ingen anledning att utföra ekonomiska utvärderingar. Ett annat alternativ är att låta beslutsfattaren bestämma betalningsviljan per vunnet levnadsår. Ett tredje alternativ är att försöka mäta betalningsviljan per vunnet levnadsår i befolkningen. Det bör noteras att det är möjligt att låta betalningsviljan per vunnet levnadsår variera beroende på t ex ålder och typ av sjukvård. Betalningsviljan per vunnet levnadsår kan t ex vara olika för prevention och akutvård. Det bör också noteras att genom att använda betalningsviljan per vunnet levnadsår som beslutskriterium fås en analys som när det gäller beslutskriterium kan tolkas som en cost-benefit analys, där beslutskriteriet är om betalningsviljan överstiger kostnaden.

En viktig del av en kostnads-effekt analys, liksom för andra ekonomiska utvärderingar, är känslighetsanalysen. Vid en känslighetsanalys undersöks hur känsligt resultatet och slutsatserna är för olika antaganden om osäkra variabler. Känslighetsanalys innebär oftast att värdet på en variabel varierar, tex diskonteringsräntan, men det är i princip möjligt att variera fler än en variabel samtidigt i en känslighetsanalys.

Kostnads-nytto analys

Kostnads-nytto analys är en speciell form av kostnads-effekt analys där effekterna på både livskvalitet och livslängd ingår i effektmåttet. Hittills har i princip alla kostnads-nytto analyser använt kvalitetsjusterade vunna levnadsår (QALYs) som effektmått. Nyligen har dock också ett alternativt effektmått, healthy years equivalents (HYE), utarbetats (Mehrez & Gafni, 1989, 1991).

Vid beräkningen av QALYs justeras levnadsår för livskvalitet beroende på morbiditet och biverkningar. Denna justering sker vanligtvis genom att levnadsår i olika hälsotillstånd åsätts en vikt mellan 0 (död) och 1 (fullt frisk) beroende på livskvaliteten. Ett kvalitetsjusterat levnadsår skall motsvara ett levnadsår med full hälsa. Kostnads-nyttanalyser är att föredra när interventionen påverkar både mortalitet och morbiditet eller när ökad livskvalitet är den viktigaste effekten. Metoden gör det möjligt att jämföra kostnaden per vunnen QALY mellan en mängd olika interventioner för att förbättra hälsan. Beslutsregeln vid kostnads-nyttanalyser är att maximera antalet vunna QALYs för en given budget. Enligt exempelvis Williams (1988) bör målet för sjukvården vara att maximera antalet vunna QALYs. De metodproblem som beskrevs i avsnittet om kostnads-effektanalyser gäller också för kostnads-nyttanalyser. Till dessa problem tillkommer problemen med mätning av livskvalitet och konstruktionen av nyttoindex (livskvalitetsindex).

Som har noterats av Loomes och McKenzie (1989) så finns det två olika forskningsinriktningar när det gäller kostnads-nyttanalyser. Enligt den första inriktningen är syftet att basera QALYs på individuella preferenser och att mäta nytta. Detta innebär att i valet mellan två olika behandlingar skall individen välja den som leder till flest QALYs. Denna inriktning representeras av bla Torrance (1986,1987). Metoder för att mäta nytta är "standard gamble" baserad på förväntad nyttoteori (Neumann & Morgenstern, 1947), och "time-trade-off" (Torrance et al, 1972) (se nedan).

Den andra forskningsinriktningen representeras av bla Williams (1985,1988). Enligt denna skall QALYs inte nödvändigtvis baseras på individuella preferenser, utan avvägningen mellan livslängd och livskvalitet ses som en sociopolitisk fråga. Ett resultat av denna forskning är den så kallade Rosser matrisen för konstruktionen av kvalitetsjusterade vunna levnadsår där patienter klassificeras enligt två dimensioner, funktions-nedsättning och smärta (Kind et al, 1982).

Användningen av vunna QALYs som effektmått implicerar en social välfärdsfunktion baserad på att en vunnen QALY är lika mycket värd för alla. Det skulle dock vara möjligt att göra andra explicita antaganden angående variationen i värderingen av vunna QALYs beroende på ålder, kön etc. Basen för sådana antaganden är dock för närvarande svag.

Det finns tre olika huvudsakliga metoder att utföra direkta nyttomätningar att använda vid konstruktion av QALYs. Dessa benämns rating scale (RS), time-trade-off (TTO), och standard gamble (SG). I rating scale ombeds individerna markera ett hälsotillstånd på en linje där två olika hälsotillstånd används som referenstillstånd. Det vanligaste är att död och full hälsa används som referenstillstånd på en t ex 10 cm lång linje. Ett hälsotillstånd som markeras vid 6 cm ges då vikten 0,6 och ett hälsotillstånd som markeras vid 8 cm ges vikten 0,8. Fördelen med RS är att den är lätt att använda. Den har dock flera allvarliga nackdelar. För det första görs inget val vilket gör att resultatet är svårtolkat. Det är också osäkert om skalan är linjär, dvs om en förbättring från 1 till 2 cm är lika mycket värd som en förändring från 8 till 9 cm. Det är dock möjligt att använda även icke-linjära funktioner för att beräkna kvalitetsvikterna.

Vid TTO görs val mellan olika livslängd. Livslängden i ett visst hälsotillstånd jämförs med livslängden med full hälsa. Det gäller att hitta det antal år med full hälsa som värderas lika med ett givet antal år i ett visst hälsotillstånd. Respondenten kan t ex få välja mellan 10 år med reumatism och 5 år fullt frisk. Antalet år som fullt frisk varierar sedan tills respondenten är indifferent mellan alternativen, dvs anser att alternativen är likvärdiga. Antag exempelvis att respondenten är indifferent mellan 10 år med reumatism och 7 år fullt frisk. För att få fram kvalitetsvikten delas då antalet år fullt frisk (7) med antalet år i hälsotillståndet (10) vilket ger 0,7 i detta exempel. Fördelen med denna ansats är att den bygger på ett val mellan livslängd och livskvalitet. Antalet år med full hälsa kan också användas som ett eget effektmått istället för att använda det till att beräkna livskvalitetsvikter. Detta mått brukar benämnas för healthy years equivalents (HYE) (Mehrez, Gafni, 1989,1991). I ovanstående exempel är tex antalet HYE för 10 år med reumatism 7 år. Detta effektmått är ett alternativ till att använda kvalitetsjusterade vunna levnadsår.

I SG används risk för att beräkna livskvalitetsvikter. Ett visst antal år med ett givet hälsotillstånd jämförs med ett "lotteri" med en viss sannolikhet för omedelbar död och en viss sannolikhet för att vara fullt frisk samma antal år (sannolikheterna skall summera till 1). Om vi tänker oss att reumatism återigen är det hälsotillstånd som skall värderas så får individen välja mellan 10 år med reumatism och ett spel med 50% chans för en omedelbar död och 50% chans att vara fullt frisk i 10 år. Sannolikheten för att vara fullt frisk varierar sedan tills individen är indifferent mellan spelet och det säkra alternativet. Om individen t ex är indifferent vid en sannolikhet att vara fullt

frisk vid 0,7 (och en sannolikhet för omedelbar död på 0,3) så blir kvalitetsvikten för reumatism 0,7. Fördelen med SG är att den har en teoretisk grund i teorin om förväntad nyttomaximering (Neumann, Morgenstern, 1947). Problemet med metoden är att det kan vara svårt att förstå sannolikheter. Teorin om förväntad nyttomaximering har också utsatts för mycket kritik (Schoemaker, 1982).

QALY ansatsen bygger på att kvalitetsvikten är oberoende av tiden i hälsotillståndet (Pliskin et al, 1980). SG och TTO ska alltså i exemplet ovan ge även 0,7 om tiden med reumatism antas vara 15 år. Antagandet är till för att göra ansatsen så generell som möjligt så att det räcker att göra en mätning av tex livskvaliteten vid reumatism som kan användas vid olika QALY beräkningar. Det är en empirisk fråga om kvalitetsvikten faktiskt varierar med tiden i hälsotillståndet. Fördelen med HYE som effektmått jämfört med kvalitetsjusterade levnadsår är att det inte antas att kvalitetsvikten är oberoende av antalet år i hälsotillståndet. Nackdelen med HYE är att det inte är lika generaliserbart, utan en mätning för varje antal år i ett visst hälsotillstånd måste göras (Johannesson et al 1993c).

Kostnadsbegreppet i kostnads-nytto analys kan skilja sig åt från kostnadsbegreppet i kostnads-effekt analys beroende på vad som ingår i justeringen för livskvalitet. En utgångspunkt för analysen kan vara att kvalitetsjusteringen tar hänsyn till alla effekter av behandlingen på individen, vilket leder till samma kostnadsbegrepp som i cost-benefit analys vid en samhälls-ekonomisk ansats (detta kostnadsbegrepp analyseras nedan). Det vanligaste är dock liksom vid kostnads-effekt analys att inkludera endast sjukvårdskostnader.

Cost-benefit analys

I en cost-benefit analys mäts både kostnader och intäkter i monetära termer. Eftersom både kostnader och intäkter mäts i samma enhet är det möjligt att avgöra om projektet är önskvärt (intäkter är större än kostnader) utifrån en samhälls-ekonomisk synvinkel. Kostnaderna mäts idealt som alternativkostnaden, dvs intäkten i den bästa alternativa användningen och intäkter mäts som den maximala betalningsviljan för projektet. Beslutsregeln i cost-benefit analys är att projektet bör genomföras om intäkterna överstiger kostnaderna, dvs om intäkterna i den aktuella användningen överstiger intäkterna i den bästa alternativa användningen av resurserna. För en ingående beskrivning av cost-benefit

analys och dess problem, se Pearce, Dasgupta (1971), Williams, Sugden (1978) och Boadway, Bruce (1984).

Utgångspunkten för cost-benefit analys är att alla kostnader och intäkter skall tas med i analysen oavsett var de uppstår. Med detta menas att alla positiva och negativa effekter av en behandling skall ingå i analysen. Det finns en dualitet mellan kostnader och intäkter, eftersom definitionen på en kostnad är den alternativa intäkten. Det kan också vara mer eller mindre godtyckligt om en effekt av en behandling diskuteras i kostnads- eller intäktstermer. Inbesparade sjukvårdskostnader kan t ex dras från kostnaderna eller läggas till intäkterna i en cost-benefit analys.

Vid en cost-benefit analys värderas effekterna av en behandling av patienterna eller de potentiella patienterna. Det antas då att individen tar hänsyn till alla kostnader och effekter som tillfaller denne, dvs subjektiva biverkningar, tidskostnader, och ökade eller inbesparade framtida kostnader och intäkter för individen. De kostnader och intäkter som sedan behöver beräknas är de som tillfaller andra individer än patienten. Dessa kostnader kan delas in i den del av behandlingens kostnad som inte betalas av patienten (dvs oftast hela behandlingens kostnad förutom patientens kostnader för resor och fritid i samband med t ex läkarbesök) och de externaliteter som behandlingen ger upphov till.

Med externaliteter menas här att andra individer påverkas av effekterna av behandlingen. Externaliteterna är av två typer. Den första typen av externalitet är att andra individers konsumtion påverkas av behandlingen. Den andra typen av externalitet beror på altruism, dvs den egna välfärden eller nyttan ökar om andra människors hälsa förbättras. De externa kostnaderna är lika med skillnaden mellan behandlingens effekt på individens konsumtion och behandlingens effekt på individens produktion. En ökad produktion utan att konsumtionen förändras leder till mer konsumtion för övriga individer och tvärtom. Externaliteterna uppstår till stor del pga socialförsäkringssystemet och är därför beroende på hur detta ser ut. De externa kostnaderna kan delas in i effekter på morbiditet och effekter på mortalitet. Vid minskad morbiditet kan externaliteten beräknas som minskad konsumtion av sjukvårdsresurser och ökad produktion. Vid mortalitet är externaliteten lika med skillnaden mellan individens konsumtion och produktion pga ökad livslängd. Det är ovanligt att denna externalitet tas med i cost-benefit analys.

Hur den altruistiska externaliteten skall behandlas i en cost-benefit analys beror på vilken typ av altruism det är och hur kostnaderna mäts (Jones-Lee, 1991,1992; Johansson, 1993). Grundregeln är att både det altruistiska värdet för kostnaderna (dvs den konsumtion som avstås ifrån) och det altruistiska värdet av intäkterna skall ingå. Om därför all konsumtion har samma altruistiska värde behöver ingen hänsyn tas till altruism i analysen, medan om altruismen berör enbart andras hälsotillstånd så bör värdet av den altruistiska externaliteten ingå i analysen.

Den teoretiska basen för mätning av intäkterna i en cost-benefit analys är ekonomisk välfärdsteori (Hicks, 1941; Johansson, 1991). Betalningsviljan (WTP) och viljan att acceptera kompensation (WTA) är två mått som används för att mäta en individs förändring i nytta (välfärd) i välfärdsteorin och cost-benefit analys. WTP är den maximala summa pengar som en individ är beredd att avstå ifrån för att vara säker på att ett föreslaget projekt, t ex en behandling, verkligen genomförs. WTA å andra sidan är den minsta monetära summa som individen behöver i kompensation för att frivilligt acceptera att det föreslagna projektet inte genomförs. För en mer formell härledning av olika välfärdsått se Johansson (1987).

Med enkätmetoden kan antingen WTP eller WTA mätas och metoden är således konsistent med ekonomisk välfärdsteori. Enligt teorin borde skillnaden mellan WTP och WTA vara liten vid små förändringar i individers nytta eller välfärd. I de studier där hypotetisk WTP och WTA har jämförts har dock stora skillnader noterats som har varit svåra att förklara med hjälp av teorin (Hammack, Brown, 1974; Bishop, Heberlein, 1979; Knetsch, Sinden, 1984). Detta har lett till en rekommendation från flertalet forskare att använda WTP vid enkätmetoden (Cummings et al, 1986). För en utförlig diskussion av denna fråga se Mitchell, Carson (1989).

Cost-benefit analyser har sällan utförts inom sjukvårdsområdet pga svårigheterna att värdera hälsoförändringar i monetära termer. Analysformen har också delvis misskrediterats pga användandet av human-kapital metoden för att värdera hälsoförbättringar. Utvecklingen av enkätmetoden har dock gjort det möjligt att mäta betalningsviljor och att utföra traditionell cost-benefit analys inom sjukvårdsområdet. Enkätmetoden innebär att surveymetoder används för att mäta individers betalningsvilja. Metoden har huvudsakligen utvecklats inom miljöområdet för att värdera miljöförändringar; för en

grundlig genomgång av metoden inom miljöområdet se Cummings et al (1986) och Mitchell, Carson (1989).

Med enkätmetoden är det möjligt att använda sig av antingen öppna eller slutna frågor. Vid öppna frågor ombeds respondenterna att uppge sin maximala betalningsvilja för varan och vid slutna frågor är det ett begränsat antal svarsalternativ att välja bland för respondenten. Intervjuer eller postenkäter kan användas vid öppna frågor för att mäta betalningsviljan. Den frågeteknik som är vanligast vid intervjuer är iterativ budgivning, som introducerades av Randall et al (1974). Iterativ budgivning efterliknar en auktion. Respondenten ges ett första bud och accepterar eller förkastar det. Sedan höjs eller sänks budet beroende på svaret och processen fortgår tills respondentens maximala betalningsvilja är nådd. Så kallade betalningskort kan också användas där respondenten får välja en summa bland en stor mängd summor på ett kort. Ett problem med budgivning är att det är relativt dyrt eftersom intervjuer krävs. Det finns också risk för utgångspunktsbias vid budgivning, vilket innebär att respondentens värdering beror på det första budet som ges.

De flesta slutna frågor är av ja/nej typ, vilket innebär att respondenten accepterar eller förkastar ett bud. Genom att variera budet i olika delurval är det möjligt att beräkna andelen respondenter som är beredda att betala som en funktion av priset (budet). Olika metoder för regressionsanalys av binära data, som logistisk regression, kan användas för denna beräkning (Hanemann, 1984; Cameron, 1988). Slutna värderingsfrågor användes första gången i den numera klassiska studien av Bishop & Heberlein (1979). Denna metod är nu en av de mest använda (Boyle, Bishop, 1988; Bowker & Stoll, 1988; Kriström, 1990). En fördel med ansatsen är att den efterliknar en marknadssituation för respondenten. Den stora nackdelen med ansatsen är att slutna frågor ger upphov till mindre information från varje respondent jämfört med öppna frågor. Data från slutna frågor kan användas för att skatta den aggregerade efterfrågekurvan för behandlingen, eftersom frågan visar hur stor andel av respondenterna som är villiga att betala olika belopp. Medelvärdet av betalningsviljan kan beräknas genom att normalisera efterfrågekurvan mellan 0 och 1 och beräkna arean under kurvan.

Utformningen av frågorna är av mycket stor betydelse vid en undersökning med enkätmetoden. Det finns ett antal potentiella bias som kan påverka resultatet som beskrivs i detalj av Mitchell & Carson (1989). Det är exempelvis

möjligt att respondenterna upplever att det är i deras intresse att uppge en högre eller lägre värdering än deras verkliga betalningsvilja. Respondenterna kan också påverkas av någon information i undersökningen som implicerar ett visst värde för varan. Att betalningsviljans storlek beror på det första budet i en budgivning är ett exempel på detta. Carson (1991) har poängterat betydelsen av ett trovärdigt och meningsfullt frågescenario för att öka undersökningens validitet.

Utveckling pågår

Intresset för ekonomiska utvärderingar som ett styrmedel och beslutshjälpmedel inom sjukvården har ökat i och med den minskade ekonomiska tillväxten och den snabba utvecklingen av medicinsk teknologi. Den kontinuerliga introduktionen av ny medicinsk teknologi har lett till ett ständigt ökande antal behandlingsalternativ och ett behov av att välja mellan dessa olika alternativ. Detta är tydligt inte minst på läkemedelsmarknaden där nya och ofta dyrare läkemedel hela tiden introduceras. När en ny och dyrare behandling finns tillgänglig är den relevanta frågeställningen om den leder till ökade hälsoeffekter eller kostnadsbesparingar av sådan storleksordning att de kompenserar för de ökade behandlingskostnaderna. Syftet med ekonomiska utvärderingar är att ge ett underlag för att besvara denna fråga.

Teoretiskt är nyttan av ekonomiska utvärderingar uppenbar. De syftar till att begränsade resurser används så att största möjliga hälsa eller välfärd uppnås. Behovet av ekonomiska utvärderingar beror då på, dels om det är möjligt att genomföra ekonomiska utvärderingar på ett tillförlitligt sätt och dels om det är möjligt att använda resultaten av dessa utvärderingar för att påverka beslutsfattandet inom området. Den första av dessa frågeställningar är förknippad med metoderna för ekonomiska utvärderingar.

Metoderna för ekonomisk utvärdering befinner sig i utveckling. Det som började med analyser av sjukdomars samhällskostnader baserade på human-kapital teorin har nu utvecklats till att omfatta kostnads-effekt analys, kostnads-nyttos analys och cost-benefit analys. I den enklaste formen av analys där hälsoeffekterna är identiska för två olika behandlingar, räcker det med att utföra en kostnadsanalys för att se vilken av behandlingarna som leder till lägst kostnad. När en ny behandling medför både ökade hälsoeffekter och ökade kostnader, måste de ökade hälsoeffekterna på något sätt vägas mot de

ökade kostnaderna. Detta eftersom de ökade resurserna har en alternativ användning som eventuellt kan leda till ännu högre hälsoeffekter. För att göra denna avvägning finns det ett antal metoder. Den ena huvudlinjen är att mäta hälsoeffekterna i "icke-monetära" enheter såsom vunna levnadsår eller QALYs, för att möjliggöra jämförelser inom sjukvården. Den andra huvudlinjen är att mäta hälsoeffekterna i pengar genom att undersöka individers betalningsvilja för olika behandlingar. Betalningsviljan avspeglar hur stor konsumtion av övriga varor individer som mest är beredda att avstå från för att erhålla en viss behandling. Denna metod innebär möjlighet att jämföra olika sätt att använda resurserna inom sjukvården, men också att jämföra med att använda resurserna utanför sjukvården.

Det råder för närvarande ingen konsensus angående vilken metod som skall användas och det råder heller ingen konsensus om hur en viss metod skall användas. Detta är dock naturligt i ett ungt ämne som befinner sig under utveckling, och det är viktigt att denna utveckling av metoderna får fortgå utan att restriktioner läggs på vilka metoder som skall användas. Det finns flera viktiga områden där väsentligt mer utvecklingsarbete av grundforskningskaraktär krävs, som exempelvis mätningen av nyttovikter och betalningsviljor. Själva ansatsen att ta hänsyn till både kostnader och hälsoeffekter har dock uppnått en stor acceptans och de metoder som finns kan redan nu ge viktig information rörande kostnadseffektiviteten av olika behandlingar.

Referenser

Berk, A., Paringer, L. and Mushkin, S. (1978), "The Economic Cost of Illness, Fiscal 1975". *Medical Care* 16:785-790.

Bishop, R.C. and Heberlein, J.A. (1979), "Measuring Values of Extra Market Goods: Are Indirect Measures Biased?" *American Journal of Agricultural Economics* 61:926-30.

Boadway, R.W. and Bruce, N. (1984), *Welfare Economics*. Oxford: Basil Blackwell.

Bowker, J.M. and Stoll, J.R. (1988), "Use of Dichotomous Choice Nonmarket Methods to Value the Whooping Crane Resource". *American Journal of Agricultural Economics* 70:372-81.

Boyle, K.J. and Bishop, R.C. (1988), "Welfare Measurements Using Contingent Valuation: a Comparison of Techniques". *American Journal of Agricultural Economics* 70:21-8.

Boyle, M.H., Torrance, G.W., Sinclair, J.C. and Horwood, S.P. (1983), "Economic Evaluation of Neonatal Intensive Care of Very-Low-Birth-Weight Infants". *New England Journal of Medicine* 308:1330-7.

Cameron, T.A. (1988), "A New Paradigm for Valuing Non-Market Goods Using Referendum Data: Maximum Likelihood Estimation by Censored Logistic Regression". *Journal of Environmental Economics and Management* 13:255-68.

Carson, R.T. (1991), "*Constructed Markets*". In Braden, J.B. and Kolstad, C.D. (eds) *Measuring the Demand for Environmental Quality*. Amsterdam: Elsevier/North Holland.

Cooper, B.S. and Rice, D.P. (1976), "The Economic Cost of Illness Revisited". *Social Security Bulletin* 39:21-36.

Cummings, R.G., Brookshire, D.S. and Schulze, W.D. (1986), *Valuing Environmental Goods*. New Jersey: Rowman and Allanheld.

Hammack, B. and Brown Jr, G.M. (1974), *Waterfowl and Wetlands: Toward Bioeconomic Analysis*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press for Resources for the Future.

Hanemann, M.W. (1984), "Welfare Evaluations in Contingent Valuation Experiments with Discrete Responses". *American Journal of Agricultural Economics* 66:332-41.

Hicks, J.R. (1941), "The Four Consumer's Surpluses". *Review of Economic Studies* 11: 31-41.

Johannesson, M. (1992), "Economic Evaluation of Lipid Lowering: a Feasibility Test of the Contingent Valuation Approach". *Health Policy* 20:309-320.

Johannesson, M. and Fagerberg, B. (1992), "A Health Economic Comparison of Diet and Drug Treatment in Obese Men with Mild Hypertension." *Journal of Hypertension* 10:1063-1070.

Johannesson, M., Johansson, P-O., Kriström, B., Borgquist, L. and Jönsson, B. (1993a), "Willingness to Pay for Lipid Lowering: a Health Production Function Approach". *Applied Economics* 25:1023-1031.

Johannesson, M., Johansson, P-O., Kriström, B. and Gerdtham, U-G. (1993b), "Willingness to Pay for Antihypertensive Therapy: Further Results". *Journal of Health Economics* 12:95-108.

Johannesson, M., and Jönsson, B. (1991a), "Cost-Effectiveness Analysis of Hypertension Treatment: a Review of Methodological Issues." *Health Policy* 19:55-78.

Johannesson, M. and Jönsson, B. (1991b), "Economic Evaluation in Health Care: Is There a Role for Cost-Benefit Analysis?" *Health Policy* 17:1-23.

- Johannesson, M., Jönsson, B. and Borgquist, L. (1991a), "Willingness to Pay for Antihypertensive Therapy: Results of a Swedish Pilot Study". *Journal of Health Economics* 10:461-474.
- Johannesson, M., Pliskin, J.S. and Weinstein, M.C. (1993c), "Are healthy-years equivalents an improvement over quality-adjusted life years?" *Medical Decision Making* 13:281-286.
- Johannesson, M., Åberg, H., Agréus, L., Borgquist, L. and Jönsson, B. (1991b), "Cost-Benefit Analysis of Non-Pharmacological Treatment of Hypertension". *Journal of Internal Medicine* 230:307-312.
- Johansson, P-O. (1987), *The Economic Theory and Measurement of Environmental Benefits*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Johansson, P-O. (1991), *An introduction to modern welfare economics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Johansson, P-O. (1992), "Altruism in Cost-Benefit Analysis". *Environmental and Resource Economics* 2:605-613.
- Jones-Lee, M.W. (1991), "Altruism and the Value of Other People's Safety". *Journal of Risk and Uncertainty* 4:213-219.
- Jones-Lee, M.W. (1992), "Paternalistic Altruism and the Value of a Statistical Life". *Economic Journal* 102:80-90.
- Jönsson, B. (1976) *Cost-Benefit Analysis in Public Health and Medical Care*. Lund: Liber.
- Keeler, E.B. and Cretin, S. (1983), "Discounting of Life-Saving and Other Nonmonetary Effects". *Management Science* 29:300-6.
- Kind, P., Rosser, R. and Williams, A. (1982), "*Valuation of Quality of Life: Some Psychometric Evidence*". In Jones-Lee, M.W. (ed) *The Value of Life and Safety*. Amsterdam: Elsevier/North Holland.
- Klarman, H.E., Francis, J.O.S. and Rosenthal, G. (1968), "Cost-effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease". *Medical Care* 6:48-54.
- Knetsch, J.L., and Sinden, J.A. (1984), "Willingness to pay and compensation demanded: experimental evidence of an unexpected disparity in measures of value". *Quarterly Journal of Economics* 98:507-21.
- Kriström, B. (1990), *Valuing Environmental Benefits Using the Contingent Valuation Method: an Econometric Analysis*. Ph.D. Dissertation. University of Umeå: Umeå Economic Studies No 219.
- Lindgren, B. (1981), *Costs of Illness in Sweden 1964-1975*. Lund: Liber.

- Loomes, G., and McKenzie, L. (1989), "The Use of QALYs in Health Care Decision Making". *Social Science and Medicine* 28:299-308.
- Mehrez, A., and Gafni, A. (1989), "Quality-Adjusted Life Years, Utility Theory, and Healthy-Years Equivalents". *Medical Decision Making* 9:142-149.
- Mehrez, A., and Gafni, A. (1991) "The Healthy-Years Equivalents: How to Measure Them Using the Standard Gamble Approach". *Medical Decision Making* 11:140-146.
- Mishan, E.J. (1971), "Evaluation of Life and Limb: a Theoretical Approach". *Journal of Political Economy* 79:687-705.
- Mitchell, R.C. and Carson, R.T. (1989), *Using Surveys to Value Public Goods*. Washington D.C.: Resources for the Future.
- von Neumann, J. and Morgenstern, O. (1947), *Theory of Games and Economic Behavior*. Princeton: Princeton University Press.
- Pearce, D.W. and Dasgupta, A. (1971), *Cost-Benefit Analysis: Theory and Practice*. London: Macmillan, 1971.
- Pliskin, J.S., Shepard, D.S. and Weinstein, M.C. (1980), "Utility Functions for Life Years and Health Status". *Operations Research* 28:206-24.
- Randall, A., Ives, B.C. and Eastman, C. (1974), "Bidding Games for Valuation of Aesthetic Environmental Improvements". *Journal of Environmental Economics and Management* 1:132-49.
- Schelling, T.C. (1968), "*The Life You Save May be Your Own*". In Chase, S.B. (ed) *Problems in Public Expenditure Analysis*. Washington DC.
- Schoemaker, P.J.H. (1982), "The expected utility model: its variants, purposes, evidence, and limitations". *Journal of Economic Literature* 20:529-563.
- Sugden, R. and Williams, A. (1978), *The Principles of Practical Cost-Benefit Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Torrance, G.W. (1986), "Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal, a review". *Journal of Health Economics* 5:1-30.
- Torrance, G.W. (1987), "Utility Approach to Measuring Health Related Quality of Life". *Journal of Chronic Diseases* 40:593-600.
- Torrance, G.W., Thomas, W.H. and Sackett, D.L. (1972), "A Utility Maximization Model for Evaluation of Health Care Programmes". *Health Services Research* 7:118-33.

Weinstein, M.C. (1990), "Principles of Cost-Effective Resource Allocation in Health Care Organisations". *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 6:93-103.

Weinstein, M.C. and Stason, W.B. (1976), *Hypertension: a Policy Perspective*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.

Weinstein, M.C. and Stason, W.B. (1977), "Foundations of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices". *New England Journal of Medicine* 296:732-39.

Weisbrod, B. (1961), *Economics of Public Health*, University of Pennsylvania Press, Pennsylvania.

Williams, A. (1985), "Economics of Coronary Artery Bypass Grafting". *British Medical Journal* 291:326-9.

Williams, A. (1985), "The value of QALYs". *Health and Social Service Journal*. July:3-5.

Williams, A. (1988), "Priority Setting in Public and Private Health Care: a Guide Through the Ideological Jungle". *Journal of Health Economics* 7:173-183.

8. *Kostnader vid hälsoekonomiska utvärderingar*

Göran Karlsson

Värdering av sjukvård

För varor och tjänster som inte fullt ut värderas och betalas av konsumenten finns det skäl att jämföra produktionskostnaden med den totala samhällsnyttan. Hälso- och sjukvård är ett exempel på en sådan tjänst. Patientavgifter finansierar drygt en tiondel av utgifterna för hälso- och sjukvård, resten finansieras via skatter och socialavgifter av den offentliga sektorn (SCB, 1991). I och med att konsumenten inte bedömer - och kanske inte ens kan bedöma - om värdet av en viss åtgärd står i rimlig proportion till resursåtgången tvingas andra beslutsfattare, explicit eller implicit, att göra sådana avvägningar. Samhällsekonomiska utvärderingar kan därvidlag bilda viktiga underlag för sådana beslut.¹ Vid sådana utvärderingar ställs kostnaderna för ett program i relation till värdet av behandlingseffekterna.² För att ekonomiska utvärderingar verkligen skall vägleda och inte missleda beslutsfattaren krävs att såväl kostnader som nyttan av medicinska interventioner behandlas på ett korrekt sätt.

Stor uppmärksamhet har ägnats hur "benefits" av medicinska interventioner skall hanteras vid hälsoekonomiska utvärderingar. Mått som kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs), healthy years equivalents (HYEs) och en mängd olika instrument för att identifiera och mäta livskvalitet har kontinuerligt utvecklats och diskuterats. Hur kostnader i samband med hälsoekonomiska kalkyler skall hanteras har ägnats mindre uppmärksamhet.³ Det betyder dock inte att alla problem rörande kostnader vid hälsoekonomiska utvärderingar är lösta.

Förekomst av sjukdomar och ohälsa förorsakar kostnader. Resurser används för att förhindra, upptäcka och behandla sjukdom; kostnader för dessa resurser

¹ Se Per Carlssons uppsats i denna skrift om hälsoekonomiska utvärderingars roll vid beslutsfattande inom hälso- och sjukvården.

² För en genomgång av metoderna för hälsoekonomiska utvärderingar hänvisas till Magnus Johannesson's uppsats i denna skrift.

³ Se dock Johannesson (1994) för en analys av kostnadsbegreppet vid hälsoekonomiska utvärderingar.

brukar betecknas direkta kostnader (Drummond et al, 1987; Luce & Elixhauser, 1990). Sjukdom och ohälsa leder också till att individens förmåga att arbeta minskar. Detta innebär att produktiviteten i arbetsliv och fritid minskar. Den produktionsförlust detta orsakar vid förvärvsarbete brukar kallas indirekta kostnader. Ibland indelas de indirekta kostnaderna i kostnader för morbiditet och mortalitet (Luce & Elixhauser, 1990; Lindgren, 1981). Av sjukdomarnas totala samhällsekonomiska kostnader i Sverige för år 1983 utgjorde enligt Lindgren och medarbetare (1989) direkta kostnader 39 procent, indirekta kostnader beroende på sjuklighet 45 procent och indirekta kostnader beroende på för tidig död 15 procent. De indirekta kostnaderna utgör således en stor andel av de totala kostnaderna för sjukdom och ohälsa.

Denna klassifikation av kostnader utgår från vilken typ av kostnad som avses. Klassificeringen kan också utgå från finansieringen. Många aktörer finansierar utgifter för hälso- och sjukvård och indirekta kostnader.

Kostnaderna för hälso- och sjukvårdssektorn - som i Sverige uppgick till 123,6 miljarder kronor för år 1991, eller 8,6 procent av BNP (OECD, 1993) - finansieras främst av den offentliga sektorn. För år 1988 finansierade landstingen 59 procent, primärkommunerna 7 procent, socialförsäkringar och stat 23 procent och patienter 11 procent (SCB, 1991).

Denna kostnad utgör endast en del av de direkta kostnaderna, nämligen kostnader i hälso- och sjukvårdssektorn och kostnader som mer direkt är kopplade till sjukdomar eller defekter. Kostnader för exempelvis motionsutrustning, speciell kost och kostnader för andra aktiviteter som utförs med syfte att bibehålla eller förbättra hälsan är inte inkluderade. Indirekta kostnader orsakade av frånvaro från förvärvsarbete finansieras till största del av stat och socialförsäkringssektorn, men även patienten står för en del.

Enigheten om hur de direkta kostnaderna principiellt skall hanteras vid hälsoekonomiska utvärderingar är tämligen stor. Mer kontroversiellt är de indirekta kostnaderna. Jag kommer i denna uppsats att argumentera för att förhållandet att olika aktörer står för kostnaderna - även de direkta - innebär problem, framför allt vid sk kostnads-effekt analys och kostnads-nyttos analys. Syftet med denna uppsats är att genomföra en probleminventering av hur kostnader skall hanteras vid hälsoekonomiska utvärderingar. Det gäller dels hur olika slag av kostnader bör skattas men också mer principiellt på vad sätt olika slag av kostnader skall inkluderas i hälsoekonomiska kalkyler.

Hälsoekonomiska utvärderingars välfärdsteoretiska grund

En samhällsekonomisk kalkyl, sk cost-benefit analys, innebär att två (eller flera) samhälleliga tillstånd jämförs och värderas utifrån vissa specificerade kriterier. Traditionella cost-benefit analyser baseras på kompensationskriteriet, också kallat Kaldor-Hicks kriteriet (se exempelvis Pearce & Nash, 1981). Kriteriet tar sin utgångspunkt i att ett projekt oftast har både vinnare och förlorare. Enligt kompensationskriteriet är ett projekt samhällsekonomiskt lönsamt om vinnarna kan kompensera förlorarna och ändå vinna på projektet; kompensation behöver dock inte utgå. Vem som är vinnare eller förlorare avgör individerna själva; det är således individernas egna bedömningar som ligger till grund för om ett projekt är samhällsekonomiskt lönsamt eller ej.

Ett teoretiskt korrekt utvärderingsmått vid cost-benefit analyser är summan av de individuella betalningsviljorna. Om den är större än noll är, enligt kompensationskriteriet, projektet samhällsekonomiskt lönsamt, dvs vinnarna kan kompensera förlorarna och ändå "tjäna" på projektet (se t ex Pearce & Nash, 1981).

Den samhälleliga bedömningen av ett projekt baseras således på två värdeomdömen i cost-benefit analyser: i) endast de individuella preferenserna räknas; ii) de individuella preferenserna summeras med en "intensitetsfaktor", vanligtvis betalningsviljan för att erhålla fördelarna respektive slippa nackdelarna med projektet i fråga.

Notera att bedömningen av ett program vid en cost-benefit ansats bygger på medborgarnas individuella värderingar av programmet i fråga; det är således inte frågan om något "beslutsfattarperspektiv" där beslutsfattarens värderingar är styrande. En individs betalningsvilja för att erhålla en fördel av ett program visar hur mycket resurser - uttryckt monetärt - han eller hon är villig att avstå från för att erhålla just dessa fördelar. Betalningsviljan begränsas inte bara till de fördelar som tillfaller individen själv, utan skall också inkludera betalningsviljan - i den mån den finns - för att andra skall få fördelar, exempelvis i form av förbättrad hälsa; en korrekt utförd cost-benefit analys tar således hänsyn till förekomst av altruism. Det är dock viktigt att poängtera att betalningsviljan avser vad individen är villig att avstå för egen del och inte viljan att betala med andras, t ex skattebetalarnas, pengar. Givet denna utgångspunkt ligger problemet i att utföra en cost-benefit analys på ett korrekt sätt härleda de "sanna" betalningsviljorna hos individerna.

I en kostnads-effekt analys värderas inte konsekvenserna av ett program i monetära termer, utan de mäts i "naturliga" fysiska enheter. Hälsoeffekten får stå för sig själv och sätts i relation till den monetärt uttryckta kostnaden.⁴ Ett vanligt mått för hälsoeffekten vid kostnads-effekt analys är vunna levnadsår. Kostnads-nyttto analysen kan ses som ett specialfall av kostnads-effekt analys där effekt-måttet är kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs).

I den mer handboksmässiga litteraturen rörande hälsoekonomiska utvärderingar framställs ofta den stora skillnaden mellan å ena sidan cost-benefit analys och å andra sidan kostnads-effekt och kostnads-nyttto analys i sättet att *mäta* hälsoeffekten. Exempelvis skriver Luce och Elixhauser (1990) att vissa konsekvenser (hälsoeffekter) är besvärliga att mäta i monetära termer, vilket gör cost-benefit analys svårare användbar (s 2). De ser kostnads-effekt analysen som en metod för att komma tillrätta med dessa mätproblem. Kostnads-nyttto analys uppfattar de som en vidareutveckling av kostnads-effekt analys där även värderingen av hälsotillstånd ingår i det fysiska resultatmåttet (s 3).

Det är riktigt att effekterna mäts i monetära termer vid cost-benefit analys och i "naturliga enheter" vid kostnads-effekt och kostnads-nyttto analys, men om konstruktion och härledning av QALYs verkligen innebär mindre mätproblem än härledningen av betalningsviljor kan diskuteras. Den diskussion som förekommer rörande härledning av resultatmått vid kostnads-nyttto analys visar att mätproblemen ingalunda är negligierbara vid konstruktion av kvalitetsjusterade levnadsår.

Den fundamentala skillnaden mellan å ena sidan cost-benefit analys och å den andra sidan kostnads-effekt och kostnads-nyttto analys ligger snarast i att de speglar olika ekonomiska problem. Detta har också påpekats i den hälsoekonomiska litteraturen.⁵ Det grundläggande ekonomiska problemet som ligger bakom kostnads-effekt analys kan formuleras på två sätt⁶: i) minimera kostnaden för att nå ett givet mål, eller ii) maximera "benefits" - oftast uttryckt i naturliga enheter - med hjälp av givna resurser. Dessa båda formuleringar ligger mycket nära varandra och de (marginal)villkor som krävs för deras lösning är identiska (Karlsson, 1991). Under vissa förutsättningar är de traditionella marginella kostnads-effekt kvoterna som används som utvärderingsmått vid kostnads-effekt och kostnads-nyttto analys också lösningen på det grundläggande

4 Se vidare Magnus Johannessons uppsats i denna skrift.

5 Se t ex Culyer (1989) och Wagstaff (1991).

6 Se Mishan (1988), kapitel 16.

ekonomiska problemet som formulerades ovan (Karlsson, 1991; Karlsson, 1993a).

Målet för hälso- och sjukvårdssektorn är rimligtvis att åstadkomma god hälsa hos befolkningen. Kostnads-effekt analys och kostnads-nyttö analys inom hälso- och sjukvården skulle därmed vara en lämplig metod för att lösa följande ekonomiska problem: Vilka program eller behandlingar inom hälso- och sjukvården skall användas så att ett givet hälsomål nås till lägsta kostnad (minimeringsproblemet)? Alternativt kan problemet formuleras: Vilka program eller behandlingar inom hälso- och sjukvården skall användas så att givna resurser åstadkommer så god hälsa hos befolkningen som möjligt (maximeringsproblemet)?

För att kunna bedöma hur kostnader principiellt skall hanteras och skattas krävs en förankring i en grundläggande normativ teori. Låt oss till att börja med utgå från de kriterier som cost-benefit analysen bygger på och analysera hur kostnader bör hanteras i hälsoekonomiska utvärderingar.

Skattning av kostnader

Kostnadsbegreppet

En behandling eller ett hälsoprogram kräver resurser. Dessa resurser har en alternativ användning. Om resurserna i stället används i alternativet hade detta kommit konsumenter - samma eller andra - tillgodo. Värdet av vad dessa resurser hade åstadkommit i alternativet är den relevanta kostnaden. Denna kostnad kallas alternativkostnad. Det går att visa (se t ex Pearce & Nash, 1981) att om ekonomin karaktäriseras av fullständig konkurrens, där priset på en vara eller tjänst är lika med dess marginalkostnad, så skall en resurs som används i ett program värderas till sitt pris. Ofta håller inte detta antagande och då tvingas man använda "skuggpriser", som skall spegla resursens värde. Marknaderna för hälso- och sjukvård karaktäriseras inte av fullständig konkurrens och därför blir frågan om att använda skuggpriser aktuell. I det följande tas upp några fall där skuggprissättning är nödvändig vid hälsoekonomiska kalkyler.

Val av numerär - moms faktorn

Kostnader vid hälsoekonomiska utvärderingar redovisas i monetära termer. Avgörande är vilket pris som skall utgöra den monetära räkneenheten - numerären - i kalkylen. Kostnader och intäkter kan skattas till faktorkostnad eller marknadspris⁷. En annan möjlighet är "landstingskronor", dvs budgetmedel inom landstingen. Vid många ekonomiska kalkyler inom hälso- och sjukvården utgör "landstingskronor" numerär. Eftersom landstingen är den dominerande vårdgivaren kan detta te sig naturligt. Om den alternativa användningen av resurserna är andra aktiviteter inom landstingen, finansierade av landstingsskatt, kan detta vara en rimlig monetär enhet. Men om en behandling också kräver resurser vars alternativa användning ligger utanför hälso- och sjukvårdssektorn, t ex indirekta kostnader och kostnader för patienten, är förmodligen de priser som gäller på marknaden för privat konsumtion en bättre räkneenhet.

Ta patientens reskostnader till och från behandlingskliniken som exempel. Säg att dessa uppgår till 1000 kronor för patienten. Den alternativa användningen av dessa pengar är privat konsumtion för patienten. Dessa varor eller tjänster är som regel momsbelagda marknadsvaror. De priser som patienten jämför med är således marknadspriser, inklusive moms, och utgör för honom numerär.

Likartat resonemang kan föras när det gäller s k indirekta kostnader (produktionsbortfall). Om en patient är frånvarande från förvävsarbete beroende på sjukdomen eller behandlingen innebär det att produktion av varor eller tjänster minskar. Under vissa förutsättningar är värdet av denna produktion arbetsgivarens lönekostnad. Men när sedan varan säljs på marknaden läggs den med moms på 25 procent. Konsumenten av den vara som patienten hade producerat betalar således ett pris, inklusive moms. Patientens förvävsarbete bör således värderas med ett momspåslag, eftersom den slutlige konsumenten värderar varan inklusive moms.

Marknadspriser kan vara en lämpligare numerär än "landstingskronor", eftersom en del av de resurser som används i samband med behandlingen alternativt hade använts till att producera momsbelagda varor och tjänster. Valet av numerär är inte självklar, men det är viktigt att detta ställningstagande görs ex-

⁷ I nationalräkenskaperna förekommer exempelvis skattningar av BNP till både faktorkostnad och till marknadspris.

plicit. Det är också viktigt att samma numerär genomgående används i kalkylen så att inte "landstingskronor" och marknadspriser för privat konsumtion blandas. Skall hälsoekonomiska kalkyler för olika behandlingar vara jämförbara, exempelvis som underlag för prioriteringar, måste samtliga kalkyler använda samma monetära numerär.

Det finns fördelar med att använda marknadspriset som numerär. För de flesta människor utgör marknadspriserna den implicita jämförelsen; om en kalkyl exempelvis visar att kostnaden för en behandling är 500 000 kronor är ofta frågan vad man i stället hade kunnat få för detta som privat konsumtion. Vid de kalkyler som görs inom transportområdet är numerären marknadspriser. Det finns skäl att också hälsoekonomiska kalkyler använder marknadspriser som numerär, åtminstone när vissa resurser, som produktionsbortfall och patientens egna kostnader, ingår som en del av kalkylen.

Slutsatsen blir att för den monetära skattningen av de icke-momsbelagda resurser som används eller skapas i samband med en behandling skall adderas en momsfaktor på ca 25 procent. Till största delen gäller det resurser som används inom landstinget, dvs "landstingskronor". Om nämligen dessa resurser alternativt används till produktion av varor eller tjänster som är momsbelagda kommer de av konsumenterna att värderas inklusive moms. I vissa fall - exempelvis vid skattning av patientens betalningsvilja med CV-metoden⁸ - görs dock redan värderingen till marknadspriser och då skall momsfaktorn inte adderas.

"Dödvikt"

Med "dödvikt" menas de snedvridande effekter på resursallokeringen som skatter förorsakar; förekomsten av skatter innebär att privatekonomiska och samhällsekonomiska kostnader och intäkter skiljer sig åt. Denna effekt är inte kopplat till vilken typ av resurs det är frågan om, utan till finansieringen. Det är finansieringen via skatter som leder till "dödvikt", oavsett om produktionen sker privat eller inom den offentliga sektorn.

Vid samhällsekonomiska kalkyler för investeringar i transportinfrastruktur används en "skattefaktor II", som avser att spegla "dödvikten". Denna skattefaktor har motiverats på två sätt (Jansson, 1992). Antingen antar man att anslag

⁸ Se Magnus Johannessons uppsats i denna skrift för en förklaring av CV-metoden.

från den offentliga sektorn bidrar till att öka skattekillen mellan nettolön och lönekostnad för arbetskraft, eller också att den avkastning som krävs för privata investeringar är högre än den tidspreferensbaserade diskonteringsräntan som används i kalkylerna. Förekomst av "dödvikt" har under senare år uppmärksamats också vid samhällsekonomiska analyser av hälso- och sjukvården.⁹

Exakt hur stor "dödvikten" är vet vi inte, men det finns skattningar som tyder på att finansiering via skatter innebär en samhällssekonomisk kostnad som är 2-3 gånger högre än finansiering genom patientavgifter.¹⁰ Vägverket använder i sina objektanalyser en faktor på 25 procent vid skattning av "dödvikt" (skattefaktor II) i sina kalkyler. Slutsatsen är att skattefinansierade resurser bör räknas upp med en "dödviktsfaktor" på åtminstone 25 procent.

Knapphetsfaktor vid olika budgetar

Förekomst av en bindande budgetrestriktion innebär att de resurser som finansieras av budgeten i fråga har ett extra knapphetsvärde (Karlsson, 1993a). Den relevanta kostnaden är nämligen alternativkostnaden. Om användningen av en viss typ av resurs vid en behandling finansieras av en budget som kan användas också till andra behandlingar är kostnaden den hälsoeffekt man går miste om då en del av denna budget undandras den alternativa användningen. Begränsas tillgången av en resurs av en separat budget kan alternativkostnaden av resursen mycket väl överstiga det monetära värdet.

Denna effekt är speciellt viktig att ta hänsyn till då en behandling finansieras från flera källor. Så är bland annat fallet inom tandvården. Tandvårdsförsäkringen, som är en offentlig finansieringskälla, är ett öppet system i den meningen att det sker en automatisk tilldelning av resurser om behandlingen omfattas av försäkringen. Det innebär att de resurser som finansieras av tandvårdsförsäkringen inte omfattas av någon budgetrestriktion, vilket i sin tur betyder att det för dessa resurser inte förekommer någon extra knapphetsfaktor¹¹. Andra resurser, bland annat inom specialisttandvården, tilldelas efter budget; det har t ex förekommit separata budgetar för titankomponenter vid behandling med dentala implantat. För resurser som finansieras via sådana budgetar

⁹ Se exempelvis Jönsson, Andersson (1990), Söderström (1991) och Karlsson (1991).

¹⁰ Se Karlsson (1991), s 120-121.

¹¹ Dessa resurser är naturligtvis ändå knappa och skall enligt tidigare analys justeras med moms- och dödviktsfaktor.

kan det finnas en extra knapphetsfaktor, som måste inkluderas i kostnadskalkylen för att kostnadsskattningen skall spegla alternativkostnaden.

Hur betydelsefull denna faktor är beror på de institutionella förhållanden som bestämmer finansieringen av behandlingen i fråga. Inga försök att skatta denna knapphetsfaktor har gjorts vid empiriska hälsoekonomiska kalkyler.

Värdering av individens produktivetsförändringar vid förändringar av hälso-tillstånd

Statisk modell

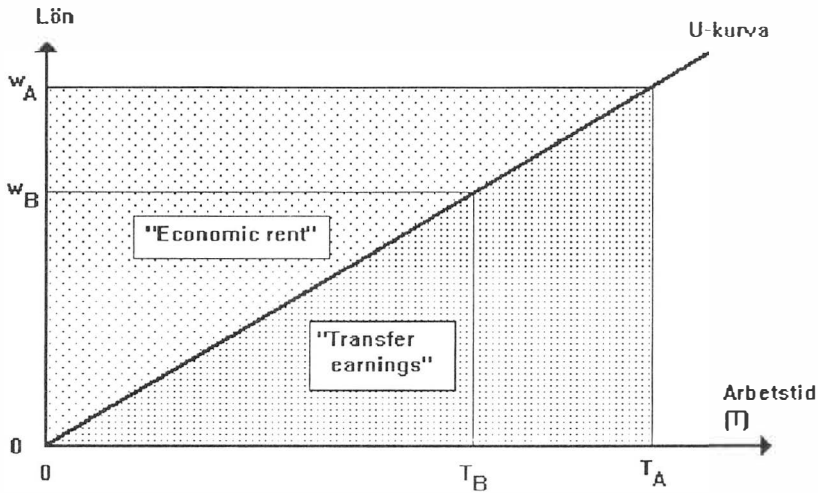
Indirekta kostnader brukar definieras som värdet av den minskade produktivitet som orsakas av sjukdomen eller ohälsan. Traditionellt har produktiviteten avsett endast förvärvsarbete; ohälsa innebär försämrad arbetsförmåga vid förvärvsarbete, vilket också avspeglas i individens lön. Det kan dock finnas skäl att vidga begreppet också till icke-förvärvsarbete. I teorin om hushållet som producent betonas att hushållet eller individen själv producerar sina fritidsaktiviteter (Becker, 1965). Om utgångspunkten är att det är de individuella preferenserna som skall ligga till grund för den samhälleliga bedömningen av kostnader bör också de produktivetsförändringar som påverkar individens aktiviteter utanför arbetslivet inkluderas.

Vad händer om en person får en försämrad hälsa och vad är den samhällsekonomiska kostnaden för detta? Två effekter uppstår: i) individens produktivitet vid produktion av fritidsaktiviteter faller, och ii) individens totala tillgång till resurser minskar på grund av att förmågan att förvärvsarbete minskar. Låt oss renodla analysen genom att undersöka kostnaden av den försämrade förmågan att förvärvsarbete och helt bortse från att förmågan till egenproduktion minskar. Vi återkommer senare med en analys av värdet av att den förändrade produktiviteten av fritidsaktiviteter.

Låt oss analysera hur stor den samhällsekonomiska kostnaden är om förmågan att förvärvsarbete helt försvinner för en individ. I figur 8.1 visas sambandet mellan nettolön och den arbetstid som individen skulle välja. Får individen ingen lön, dvs lönen är 0, väljer individen att inte förvärvsarbete alls. Är lönen w_B väljer individen att arbetstiden T_B och om lönen är w_A väljs arbetstiden T_A . Sambandet mellan vald arbetstid och lön ges av U-kurvan i figur 8.1; U-

kurvan kan tolkas som den lön individen kräver för att arbeta ytterligare en timme.

Figur 8.1. Illustration av sambandet mellan lön och arbetstid.



Säg att ett heltidsarbete innebär att individen arbetar T_A timmar. Vad är den samhällsekonomiska kostnaden för detta? Svaret på denna fråga är den minsta ersättning som individen kräver för att han skall vara villig att arbeta just T_A timmar. Detta belopp brukar kallas "transfer earnings". I figuren motsvarar detta ytan under U-kurvan. Om U-kurvan är en rät linje, arbetstiden (T_A) 100 och lönen (w_A) 10 innebär det att "transfer earnings" uppgår till 500.¹² Den lön som individen erhåller kommer dock att vara högre, nämligen 1 000. Vad som individen får i lön utöver "transfer earnings" brukar kallas "economic rent". I exemplet uppgår den till 500. Den samhällsekonomiska kostnaden för att individen skall arbeta T_A timmar är "transfer earnings", dvs 500 i exemplet.

Vid cost-benefit analyser kan två olika ansatser användas för värdering av de "benefits" och kostnader som en förändring innebär. Antingen genomförs en värdering av de reala *förändringar* som inträffar eller också summeras betalningsviljor för att ha möjlighet att köpa eller sälja en vara eller tjänst till ett visst pris för samtliga individer (Pearce & Nash, 1981). Båda ansatserna skall, om de är korrekt utförda, leda till samma resultat.

¹² Dvs $100 \cdot 10 / 2$.

Tillämpar vi den första ansatsen, dvs värderingar av reala förändringar, så gäller det att dels att skatta kostnaden för individens arbetstid, dels skatta värdet av vad han producerar. Kostnaden för att arbeta tiden T_A är, enligt definition, "transfer earnings" (se figur 8.1). Detta är det minsta belopp som individen kräver för att arbeta just T_A . Vilken "benefit" ger denna arbetstid? Att individen förvärvsarbetar betyder att han producerar varor eller tjänster. Värdet av denna produktion är, under vissa förutsättningar, vad konsumenterna av dessa varor eller tjänster betalar för dem, dvs marknadspriset. Det går att visa att om fullständig konkurrens råder så är individens bidrag till produktionen lika med arbetsgivarens lönekostnad.¹³ Om vi bortser från skatter betyder det att värdet av att individen arbetar T_A är lönekostnaden för detta, dvs $w_A \cdot T_A$, vilket i figur 1 är summan av "transfer earnings" och "economic rent". I exemplet uppgår den till 1000. Det samhällsekonomiska värdet, netto, av att individen förvärvsarbetar kan således skattas till produktionsvärdet (lönekostnaden) minus "transfer earnings". I vårt exempel blir det $1\ 000 - 500 = 500$.

Samma resultat erhålls med den andra metoden, dvs genom att summera samtliga individers betalningsvilja för att ett arbete med lönen w_A finns tillgängligt. Individens betalningsvilja är "economic rent". Om vi bortser från skatter och om lönekostnaden och produktionsvärdet är lika, vilket är fallet om fullständig konkurrens råder, är övriga individers betalningsvilja 0. Ansatsen att summera samtliga individers betalningsvilja innebär att det samhällsekonomiska värdet av individens förvärvsarbete uppgår till "transfer earnings", vilket i exemplet är 500. Notera att metoden att värdera reala förändringar och metoden att summera betalningsviljor beloppsmässigt ger samma resultat.

Slutsatsen så långt är följande. Den samhällsekonomiska kostnaden av att individens produktivitet vid förvärvsarbete förändras kan skattas som summan av olika aktörers (individers) betalningsviljor; betalningsviljan för den individ vars hälsotillstånd förändras är förändringen i "economic rent". Metoden är förenlig med de kriterier som cost-benefit analysen bygger på.

I hälsoekonomiska utvärderingar är det vanligt att värdera de indirekta kostnaderna till förändringar i produktionsvärdet, skattad som förändringen i lönekostnaden (se exempelvis en "handbok" i utvärdering, såsom Luce, Elixhauser, 1990). Endast under vissa förutsättningar ger detta en korrekt

¹³ Se t.ex. Pearce & Nash (1981).

skattning av de indirekta kostnaderna, nämligen om "transfer earnings" är noll. Om "transfer earnings" är positiv, vilket kanske är troligast, kommer en skattning av de indirekta kostnaderna till lönekostnaden att innebära en överskattning. "Transfer earnings" kan emellertid vara negativ, nämligen om individen är villig att betala för att få förvärvsarbete. Inte heller detta är orealistiskt, om än mindre troligt.

Ovanstående analys har implicit utgått från att samtliga marknader karaktäriseras av fullständig konkurrens och därmed marginalkostnadsprissättning. Om så inte är fallet krävs korrigeringar för detta, vilket delvis också sker vid hälsoekonomiska utvärderingar. För svenska förhållanden innebär beskattning att korrigeringar krävs. De skatter som har betydelse är inkomstskatt, löneskatt och moms.

Används betalningsviljeansatsen måste vi inkludera betalningsviljan för samtliga aktörer, även den offentliga sektorn, vilket ytterst är skattebetalarna. Låt oss också anta att försäkringsutfallet utgör en viss andel, f , av bruttolönen och att den är beskattningsbar. Vidare betecknar vi bruttolönen med w , inkomstskattesatsen med t_i , löneskattesatsen med t_w och momsatsen med t_m . För att antyda storleksordningar redovisas också vissa beräkningar. Säg att den årliga bruttolönen för en individ, $w \cdot T$, är 180 000 samt att $f=0,8$, $t_i=0,5$, $t_w=0,4$ och $t_m=0,25$. Under dessa förutsättningar framgår den totala betalningsviljan för att individen skall kunna återgå till förvärvsarbete, och därmed den indirekta kostnaden, av tabell 8.1.

Tabell 8.1. Betalningsvilja för olika aktörer.

Källan till betalningsvilja	Beräkningsformel	Offentlig sektor (kr)	Individen (kr)
Försäkringsutfall	$w \cdot T \cdot f$	144 000	
Inkomstskatt	$w \cdot T \cdot (1-f) \cdot t_i$	18 000	
Löneskatt	$w \cdot T \cdot t_w$	72 000	
Moms	$w \cdot T \cdot (1+t_w) \cdot t_m$	63 000	
WTP för individen (Förlust av "economic rent")			"Economic rent"
Summa WTP		297 000 +	"Economic rent"

Om "transfer earnings" är noll är individens betalningsvilja lika med hans förändring i nettoinkomst. I sifferexemplet innebär det 18 000 [= $w \cdot T \cdot (1-f) \cdot (1-t_i)$]. Om, och endast om, så är fallet är den totala indirekta kostnaden och produktionsvärdet till marknadspris, dvs $w \cdot T \cdot (1+t_w) \cdot (1+t_m)$, lika; i sifferexemplet uppgår produktionsvärdet till 315 000. Skulle exempelvis "transfer earnings" uppgå till halva nettolönen innebär det i exemplet att den indirekta kostnaden, skattad till produktionsvärdet, överskattas med 9 000 eller ca 3 procent av produktionsvärdet.

Friktionskostnadsmodellen

Analysen ovan är en statisk analys där arbetstid värderas till värdet av gränsprodukten. Detta kan innebära en förenkling. Koopmanschap och Ineveld (1992) har påpekat att förändringen i den totala produktionen inte behöver överensstämja med vad den sjuka personen producerar; andra personer kan ersätta denna produktion. Personer som alternativt är arbetslösa, förekomst av arbetskraftsreserver i företagen, mindre akut arbete skjuts på framtiden eller uteblir och omallokerar inom företaget kan ersätta den produktionsförlust som uppstår då en person är frånvarande från förvärvsarbete på grund av sjukdom. Koopmanschap och Ineveld (1992) delar in frånvaroperioden i två delar; friktionsperioden, under vilken produktionsstörningar sker, och tiden

därefter då anpassning hunnit ske, som innebär att den frånvarande personen har ersatts på annat sätt. Koopmanschap och Ineveld (1992) menar att produktionsförlust endast uppstår under friktionsperioden och att det endast är denna som utgör den indirekta kostnaden - friktionskostnaden. Friktionsperioden uppskattar de till 2,5 månader i Nederländerna.

Koopmanschap och Ineveld (1992) beräknar att friktionskostnaden i Nederländerna uppgår endast till 8-11 procent av den potentiella produktionsförlusten (humankapitalansatsen), beräknad på basis av hela den period då individen är borta från förvärvsarbete. Om ansatsen är korrekt reduceras således de indirekta kostnaderna till ca en tiondel av de traditionella skattningarna, som utgår från produktionsvärdet.

Metoden är dock tvivelaktig. Även om den sjuke ersätts av en arbetslös behöver det inte innebära att arbetslösheten minskar på sikt; den arbetslöse kan mycket väl finna ett annat arbete på lång sikt. Enligt makroekonomisk teori finns det alltid, även under högkonjunktur, en viss friktions- och strukturarbetslöshet. En ökad sjukfrånvaro leder inte till att sådan arbetslöshet minskar utan den långsiktiga arbetslösheten bestäms av arbetsmarknadens funktions sätt. Även vid konjunkturarbetslöshet bör man vara försiktig med att skatta arbetskraftens alternativkostnad till noll. Som påpekas av Pearce & Nash (1981), måste arbetslösheten ses i perspektiv av övriga stabiliseringspolitiska mål. Om arbetslösheten minskar beroende på ökad sjukfrånvaro kan detta leda till att stabiliseringspolitiken justeras. Oavsett om vi anser det vara god eller dålig stabiliseringspolitik leder det till att arbetslösheten flyttas; när arbetslösheten minskar för vissa grupper korrigeras stabiliseringspolitiken så att arbetslösheten ökar för andra grupper. För att skatta arbetskraftens alternativ användning till noll bör det finns mycket goda skäl för detta; det kan exempelvis gälla för grupper eller regioner som permanent har hög arbetslöshet, t ex för personer med svåra funktionsnedsättningar. Att det förekommer arbetslöshet räcker inte som argument för att anta att arbetskraft inte har en alternativ användning.

En dynamisk modell behöver nödvändigtvis inte leda till att produktionsbortfallet är mindre än lönekostnaden, såsom fallet är vid friktionskostnadsmodellen. Om en nyckelperson är borta från förvärvsarbete kan det i stället uppstå flaskhalsproblem, som innebär att produktionsbortfallet är avsevärt högre än hans lönekostnad. En mer allmänt formulerad dynamisk modell kan lika gärna visa att den indirekta kostnaden underskattas jämfört med den statiska modellen.

Om vi accepterar friktionskostnadsmodellen - vilket vi enligt min mening inte skall göra - finns det ingen anledning att enbart använda den vid skattningar av de indirekta kostnaderna. Samma argument som används för den förvärvsarbetande patienten kan användas för övriga resurser. Om det är lätt att ersätta den sjuke patienten måste också detta rimligtvis gälla för arbetskraft i andra sektorer av ekonomin; går det snabbt att ersätta den sjuke dataoperatören, den sjuke svarvaren och den sjuke juristen är det svårt att förstå varför inte detta gäller också läkaren, sjuksköterskan och tillverkaren av sjukvårdsmaterial. Utan starka argument kan man inte anta att endast sjuka patienter kan ersättas utan kostnad eller till mycket låg kostnad, medan det är omöjligt för annan arbetskraft. Skulle vi överföra friktionskostnadsmodellen till samtliga sektorer i ekonomin reduceras samtliga kostnader, även de direkta, till ca en tiondel av det traditionella sättet att skatta dessa.

Att på lösa grunder hävda att vissa resurser inte har en alternativ användning leder lätt till godtycke vid kostnadsberäkningar. För nästan all arbetskraft och även för många andra resurser går det hävda att på mycket kort sikt är alternativanvändningen noll. Därigenom är kostnaderna för nästan alla projekt i det närmaste noll. Ett sådant synsätt misskrediterar snarast ekonomiska utvärderingar genom att utvärderaren, mer eller mindre godtyckligt, kan skatta vissa kostnader till nära noll och andra till marknadspris. Grundprincipen måste vara att skatta kostnaden för arbetskraft till lönekostnaden, i regel också korrigerad med en momsfaktor. Om kostnaden skall värderas lägre måste det finnas mycket starka argument för att just denna patientkategori har speciella svårigheter på arbetsmarknaden.

Förändrad produktivitet av fritidsaktiviteter

Analysen ovan har utgått från att individens hälsotillstånd endast påverkar dennes produktivitet på arbetsmarknaden. Detta innebär en förenkling. Om förändringen av hälsotillståndet är sådan att förmågan till förvärvsarbete påverkas finns det goda skäl att anta att även förmågan att utföra fritidsaktiviteter påverkas. I så fall bestäms individens betalningsvilja inte bara av förändringen i "economic rent", dvs individens ersättning utöver vad som krävs för att han eller hon skall arbeta, utan dessutom av hur förmågan att utföra fritidsaktiviteter förändras.

Vid en traditionell cost-benefit analys, baserad på kompensationskriteriet (Kaldor-Hicks kriteriet), skall samtliga individers betalningsviljor för fördelar (benefits) och nackdelar (kostnader) summeras. Detta gäller naturligtvis också betalningsviljan för att produktiviteten av fritidsaktiviteter förändras. I teorin om hushållen som producent är tiden en knapp resurs som direkt kan användas till fritidsaktiviteter eller till förvärvsarbete för att därigenom skaffa inkomster, som i sin tur används till inköp av konsumtionsvaror. Det kanske går att analytiskt separera betalningsviljan för produktivetsförändringen av förvärvsarbete respektive fritidsaktiviteter, men det finns ett nära samband mellan dessa, beroende på de substitutionsmöjligheter som finns.

Dessutom finns det ett intimt samband mellan individens betalningsvilja för produktivetsförändringar och individens kostnader för behandlingen. Individens kostnader i samband med behandlingen kan bestå av betalning för resurser som används - t ex transporter, logi och mathållning - men också kostnader i form av tidsåtgång. Individens betalningsvilja för en behandling är hans monetära värdering av den förbättrade produktiviteten i arbetslivet (lön) och fritidsaktiviteter minus kostnaderna - tidskostnader och monetära kostnader - för behandlingen; tiden har ju en alternativ användning och dess värde måste därför inkluderas. Säg att de institutionella förhållandena är sådana att patienten betalar 50 000 kronor för en behandling för direkta resurser som används vid behandlingen. Antag vidare att hans betalningsvilja för att få behandlingen då är 150 000 kronor. Om nu de institutionella förhållandena förändras på så sätt att den offentliga sektorn betalar de 50 000 kronorna i stället för individen, så ökar hans totala betalningsvilja för behandlingen till 200 000 kronor.

Bortsett från "dödviktsfaktorn" innebär detta att den ökade betalningsviljan (benefit) med 50 000 för individen motsvaras av en lika stor ökning av kostnaden för den offentliga sektorn. För resultatet i en cost-benefit analys spelar det således ingen roll hur stor del av behandlingskostnaden eller de indirekta kostnaderna som patienten själv betalar¹⁴.

Principiellt, metodologiskt, innebär förhållandet att det finns många faktorer som påverkar individens betalningsvilja inga problem i en cost-benefit analys. Genom att summera samtliga individers, inklusive skattebetalarnas, betalningsvilja och - om så är nödvändigt - korrigera för moms, andra indirekta

14 Fortfarande med undantag av "dödvikten". Denna innebär alltid att en extra real kostnad då betalningen transfereras från patient till den offentliga sektorn.

skatter och "dödvikt" så erhålls ett mått som är konsistent med kompensationskriteriet.

Därmed inte sagt att det är enkelt att härleda betalningsviljor. Framför allt för effekter för vilka det inte finns en fungerande marknad föreligger det svårigheter att korrekt skatta betalningsviljor; det finns exempelvis ingen marknad som speglar betalningsviljan för förändringar i produktiviteten av individens fritidsaktiviteter. Genom metoden att ställa individen inför hypotetiska marknader - den så kallade "contingent valuation method" eller CV-metoden - finns det dock möjligheter att utföra sådana skattningar. Denna metod har visat sig framgångsrik för att skatta betalningsviljan för vissa miljöeffekter (Cropper, Oates, 1992). Bland annat har metoden använts för värdering av förbättringar av vattenkvaliteten i sjöar, vilket möjliggjort bad och fiske. Även vid hälsoekonomiska utvärderingar av behandling mot högt blodtryck har CV-metoden använts med lovande resultat (Johannesson 1991). Det finns således metoder att skatta betalningsviljan även vid frånvaro av existerande marknader.

Vilka kostnader skall ingå i en hälsoekonomisk kalkyl?

Cost-benefit analys har använts tämligen sparsamt vid hälsoekonomiska kalkyler. I stället har kostnads-effekt analys och kostnads-nyttos analys dominerat under 80-talet. Som påpekats i tidigare avsnitt framhålls ofta att orsaken till detta står att finna i svårigheter att *mäta* betalningsviljan för hälsoförbättringar (se t ex Luce och Elixhauser, 1990).

Delvis stämmer nog detta men orsaken kan lika gärna vara att de värderingar som cost-benefit analysen bygger på kommer i konflikt med andra värderingar som omgärdar hälso- och sjukvården. Jag har tidigare i denna uppsats argumenterat för att kostnads-effekt analys och kostnads-nyttos analys snarast skall betraktas som hjälpmedel för att lösa ett produktionsproblem, nämligen att maximera den totala hälsan i befolkningen - oavsett hälsans fördelning mellan individer - med hjälp av givna resurser eller att nå ett givet mål rörande befolkningens hälsa till lägsta kostnad.

Cost-benefit analysen bygger bland annat på värderingen att ett programs önskvärdhet baseras på samtliga individers *egna* preferenser, såsom de manifesteras i betalningsvilja. Det finns åtminstone några vanliga värderingar rörande hälsa och hälso- och sjukvård som kan komma i konflikt med detta

synsätt. Det är möjligt att det produktionsproblem som ligger bakom kostnads-effekt analys bättre överensstämmer med sådana värderingar. Detta har stor betydelse för hur vissa kostnader, framför allt indirekta kostnader och kostnader som bärs av patienten, skall hanteras.

Vi kan notera att vissa formuleringar i den svenska hälso- och sjukvårdslagen knappast är förenliga med de normativa principer som cost-benefit analysen vilar på. I lagen står bland annat att sjukvård skall ges "på lika villkor". Exakt vad som menas med detta är oklart, men en tolkning kan vara att prioriteringar inom hälso- och sjukvårdsområdet inte skall baseras på patienternas socioekonomiska status. En likartad tanke återfinns i den parlamentariska utredning, som behandlar frågan om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (SOU, 1993:93). Utredningen utgår från tre principer för prioritering inom vården: människovärdesprincipen, behovs- eller solidaritetsprincipen, samt effektivitetsprincipen. Människovärdet är, enligt utredningen, "inte knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället, såsom begåvning, social ställning, inkomst, hälsotillstånd etc. utan till själva existensen" (s95). Det måste betyda att exempelvis patientens yrkestillhörighet inte skall få bestämma val av behandling. Så kommer emellertid att bli fallet i en cost-benefit analys; betalningsviljan är en funktion av bland annat löneinkomsten, vilket innebär att betalningsviljan för att erhålla ett förbättrat hälsotillstånd är större för höginkomsttagaren än för låginkomsttagaren.

Kvalitetsjusterade levnadsår - QALYs - kan under vissa förutsättningar tolkas som ett mått som speglar individens preferenser rörande livslängd och hälsotillstånd (Karlsson, 1993b). Kostnads-nytt analysen innebär enligt denna tolkning att hälsoeffekten - sammanvägt i QALYs - får stå för sig själv och någon värdering i monetära termer (betalningsvilja) därigenom inte behövs. Liknande synsätt beträffande kostnads-nytt analys förekommer inom den hälsoekonomiska litteraturen (se t ex Evans, 1984, s 257).

Synsättet är inte oproblematiskt. Vad menas, exempelvis, med att QALYs står för sig själv utan att värderas monetärt? Är det att oavsett vad individen gör av sina kvalitetsjusterade levnadsår så behandlas de likvärdigt i en kostnads-nytt analys? Att vara hemmafru, studera, vara VD för ett storföretag, leva en jet-set tillvaro eller vara familjefar och lagerarbetare skall i så fall kalkylmässigt ge samma resultat. Det måste rimligtvis betyda att vad individen bidrar med för samhället i övrigt - genom förvärvsarbete eller på annat sätt - eller vilka resurser som individen förbrukar under de kvalitetsjusterade levnadsåren inte

har någon betydelse för kalkylen; det är endast antalet QALYs som räknas och till vad individen använder dem är irrelevant. Såvitt jag förstår är synsättet förenligt med ovanstående tolkning av "vård på lika villkor". Men det innebär att indirekta kostnader - eller värdet av ett eventuellt produktionstillskott - inte skall inkluderas i en kostnads-nyttos analys. Visserligen föreligger knappast konsensus huruvida de indirekta kostnaderna skall inkluderas i kostnads-nyttos analyser eller ej, men en vanlig rekommendation bland hälsoekonomer tycks vara att de skall inkluderas; Weinstein (1990) menar exempelvis i samband med sin diskussion om olika perspektiv att ett samhällsligt perspektiv vid kostnads-nyttos analys innebär att samtliga kostnader skall inkluderas; Luce och Elixhauser (1990) påstår vid sin genomgång av vanliga problem vid skattning av kostnader att det ideala är att indirekta kostnader inkluderas (s 66).

Om QALYs härleds på så sätt att de speglar individens preferenser kommer antalet QALYs att påverkas av i vilken utsträckning individens arbetsförmåga påverkas. I stället för att som vid cost-benefit analys härleda individens betalningsvilja för förbättrad arbetsförmåga vägs detta in i resultatmättet, QALYs. Exakt hur detta samband ser ut är, såvitt jag vet, inte utrett. Att också inkludera den del av produktivitetsförändringarna vid förvärvsarbete som individen kan tillgodogöra sig i kostnaderna innebär emellertid en dubbelräkning, eftersom denna effekt påverkar QALYs.

Sambanden mellan individens kostnader och antalet QALYs har därmed betydelse när det gäller kostnadernas fördelning mellan olika aktörer. Säg att den offentliga sektorn tar på sig ett större kostnadsansvar på så sätt att patienten betalar en mindre andel av exempelvis de indirekta kostnaderna. Som tidigare påpekats betyder detta inget - bortsett från att vi måste ta hänsyn till dödviktsfaktorn - för resultatet i en cost-benefit analys, men resultatet av en kostnads-nyttos analys kommer att påverkas. Eftersom kostnaderna i monetära termer minskar för patienten så kommer antalet QALYs att öka. Om samtliga kostnader - patientens såväl som den offentliga sektorns - ingår i kostnadsskattningen innebär det att den marginella kostnads-QALY kvoten faller, eftersom antalet QALYs stiger medan kostnaden är opåverkad. Resultatet beror således på institutionella faktorer. Om patientens kostnad exkluderas från kostnadsberäkningen i en kostnads-nyttos analys innebär det att såväl nämnare (QALYs) som täljare (kostnad) stiger då patienten betalar en mindre andel av den totala kostnaden. I vilken riktning kvoten påverkas är dock oklart.

Skillnaden mellan cost-benefit analys och kostnads-nyttö analys kan belysas med ett hypotetiskt exempel, där också de olika sätten att hantera kostnaderna framgår. I tabell 8.2 redovisas effekt- och kostnadsdata för tre hypotetiska patientgrupper. I samtliga fall är QALYs och kostnader mätta som differenser avseende ett relevant behandlingsalternativ.

Utgångspunkten är att QALYs är härledda så att de speglar patientens preferenser. Med $QALY_{brutto}$ avses det antal QALYs som patienten erhåller under förutsättning att den offentliga sektorn betalar samtliga kostnader, inklusive produktionsbortfall. $QALY_{netto}$ betecknar antalet QALYs då patienten tar hänsyn till att han får betala en del av behandlingskostnaden och en del av produktionsbortfallet i form av minskade framtida inkomster; man kan nämligen teoretiskt visa att antalet QALYs kommer att påverkas av förändringar i inkomsten (Karlsson, 1991, kapitel 3). WTP_{brutto} är patientens betalningsvilja brutto, dvs vad han totalt är villig att betala för behandlingen, och WTP_{netto} är betalningsviljan netto, dvs vad patienten är villig att betala utöver de kostnader han faktiskt drabbas av; skillnaden mellan WTP_{brutto} och WTP_{netto} är således patientens kostnader. Kvoten mellan betalningsviljan brutto och QALYs brutto ($WTP_{brutto}/QALY_{brutto}$) visar betalningsviljan för en QALY i det aktuella intervallet.

Tabell 8.2. Behandlingseffekter och kostnader för tre patientkategorier. Differenser mellan en behandling och ett relevant alternativ.

Utvärderingsmått	Patientgrupp		
	A	B	C
Effekter			
QALY _{brutto}	10	10	10
WTP _{brutto} /QALY _{brutto}	40	40	60
WTP _{brutto}	400	400	800
QALY _{netto}	8,5	9,75	9,25
WTP _{netto}	340	390	740
Kostnader			
Direkta	550	750	550
Sjukvård	500	700	500
varav betald av offentlig sektor	490	690	490
betald av patient	10	10	10
Patientens kostnad för resor, mm	50	50	50
Produktionsbortfall	0	-500	0
varav betald av offentlig sektor	0	-450	0
betald av patient	0	-50	0
SUMMA KOSTNAD	550	250	550
varav offentlig sektorn	490	240	490
betald av patient	60	10	60

Låt oss nu studera de olika utvärderingsmått och se dels vilket ekonomiskt problem de avser att belysa, dels hur kostnaderna behandlas i dessa fall. I tabell 8.3 redovisas olika utvärderingsmått, som baseras på de effekter och kostnader som presenteras i tabell 8.2. Vi ser att i en cost-benefit analys är behandlingen lönsam för patientgrupperna B och C men olönsam för A; det största överskottet har C (250). För de samhällsekonomiskt lönsamma behandlingarna kan vinnarna kompensera förlorna och fortfarande vara vinnare; för patientgrupp B är exempelvis patienterna vinnarna (+390 per patient) och den

offentliga sektorn, dvs skattebetalarna, förlorarna (-240 per patient).¹⁵ Orsaken till att B framstår som mer lönsam än A är att det för denna grupp leder till ett produktionstillskott på 500 (negativa kostnader). Notera att samtliga kostnader för A och C är identiska. Att C framstår som mest lönsam beror på att dessa patienters betalningsvilja är högre än för de övriga grupperna.

Tabell 8.3. Utvärderingsmått för tre patientkategorier.

	Patientgrupp		
	A	B	C
Cost-benefit analys (nuvärde)	-150	+150	+250
Kostnads-nyttö analys (kostnad per QALY):			
* Samtliga kostnader ingår			
Effektmaßt: QALY _{netto}	64,7	25,6	59,5
QALY _{brutto}	55,0	25,0	55,0
* Endast direkta kostnader			
Effektmaßt: QALY _{netto}	64,7	76,9	59,5
QALY _{brutto}	55,0	75,0	55,0
* Endast offentlig sektor			
Effektmaßt: QALY _{netto}	57,7	24,6	53,0
QALY _{brutto}	49,0	24,0	49,0
* Endast sjukvård, off sektor			
Effektmaßt: QALY _{netto}	57,5	71,8	53,0
QALY _{brutto}	49,0	70,0	49,0

Anmärkning: Utvärderingsmått baseras på de effekter och kostnader som presenteras i tabell 8.2.

Låt oss övergå att studera resultaten i en kostnads-nyttö analys. Till att börja med ändrar vi något i förutsättningarna i tabell 8.2 genom att anta att den offentliga sektorn står för samtliga kostnader för alla patientgrupper. Detta antagande innebär att QALY_{brutto} och QALY_{netto}, enligt definition, kommer att

¹⁵ I exemplet antas att ingen altruism förkommer. Det är dock fullt möjligt att ta hänsyn även till detta i en cost-benefit analys.

vara lika och beloppsmässigt uppgå till 10. Den offentliga sektorns totala kostnader blir då 550 för patientgrupp A, 250 för B och 550 för C. Kostnaden för patienterna är 0. Låter vi samtliga kostnader ingå i kalkylen erhåller vi en kostnad per vunnen QALY för patientgrupperna A och C på 55,0 och för B 25,0 (se tabell 8.3). I detta exempel framstår således A och C som likvärdiga och B som "bäst". Om målet är att minimera den totala kostnaden under förutsättning att ett givet antal QALYs skall produceras, oavsett fördelningen mellan patienter, skall i första hand B väljas och först därefter A och C; utifrån dessa uppgifter kan vi dock inte uttala oss om om någon av dessa patientgrupper över huvud taget skall behandlas eller om samtliga bör få denna behandling.¹⁶ Vi kan notera att slutsatsen ej överensstämmer med den i en cost-benefit analys.

Att B framstår som "kostnadseffektiv" beror på det produktionstillskott som uppkommer; det är med andra ord i egenskap av förvärvsarbete som patientgrupp C har lägre kostnad än de båda andra grupperna. Frågan är om inte detta kommer i konflikt med uppfattningen att vården skall ges "på lika villkor" och att individens socioekonomiska egenskaper inte skall få ligga till grund för prioriteringar ("människovärdsprincipen"); icke-förvärvsarbete kommer aldrig att kunna ha ett produktionstillskott. Skall inte detta påverka prioriteringen måste de indirekta kostnaderna exkluderas från kalkylen. Som framgår av tabell 8.3 stiger därigenom kostnaden per QALY för patientgrupp B till 75,0 (vi antar fortfarande att den offentliga sektorn står för kostnaden). Genom att endast inkludera de direkta kostnaderna och exkludera de indirekta blir B, från att tidigare ha framstått som mest "kostnadseffektiv", plötsligt minst kostnadseffektiv av de tre patientgrupperna.

Ytterligare ett synsätt kan vara att hälso- och sjukvårdens uppgift är att maximera den aggregerade hälsan, i detta fall det totala antalet QALYs, utifrån givna budgetar. I så fall skall endast hälso- och sjukvårdens kostnader ingå i kalkylen. Som framgår av tabell 8.2 påverkar även detta den marginella kostnads/QALY kvoten, men i detta exempel kastas inte prioriteringsordningen om.

Ser vi kostnads-effekt analys som ett verktyg för att lösa ett produktionsproblem enbart för hälso- och sjukvårdssektorn skall inte kostnader för andra aktörer inkluderas. Kostnader som påverkar andra aktörer kan tolkas som en

¹⁶ Se Karlsson 1993a för en analys av detta.

form av "externa effekter". Eftersom perspektivet endast är en sektor i samhället - hälso- och sjukvården - bortses helt från hur övriga sektorer påverkas.

Ett sådant synsätt är naturligtvis möjligt, men strider samtidigt mot de grundläggande ekonomiska principerna att man skall ta hänsyn till att resurser är knappa och har en alternativ användning. För att synsättet skall vara helt tillfredsställande krävs att hälso- och sjukvårdssektorn avgränsas på så sätt att de "externa effekterna" är försumbara; i exemplet ovan är detta inte fallet. Det är också tveksamt om det är möjligt att åstadkomma en sådan avgränsning. För vissa sjukdomar är exempelvis de indirekta kostnaderna betydande och då går det inte att undvika att det uppstår "externa effekter".

En annan, men näraliggande, fråga är hur bokstavligt man skall uppfatta att det är frågan om budgetar. Vems budgetar avses och hur skall kostnader som drabbar andra hanteras? Håller vi fast vid synsättet att kostnads-effekt och kostnads-nyttos analys är ett analysverktyg för att lösa produktionsproblemet att maximera befolkningens aggregerade hälsa utifrån givna budgetar, bör det vara budgeterna för "hälso- och sjukvårdssektorn" som avses. Nu finns det knappast fixa budgetar inom denna sektor utan man får tänka sig hypotetiska budgetar. Om en sådan förenkling är acceptabel, eller om det faktiskt måste finnas fixa budgetar, är oklart.

Observera att synsättet om fixa budgetar är knutet till finansieringen och inte till typen av resurs. Endast den del av kostnaderna som *finansieras* av hälso- och sjukvårdssektorn skall med ett sådant synsätt inkluderas i kostnaderna.

Hittills har vi utgått från att patienten är försäkrad så att den offentliga sektorn betalar samtliga kostnader. Om vi i stället utgår från att patienten betalar en del av kostnaderna såsom det framställs i tabell 8.2 förändras analysen. Som tidigare påpekats finns det skäl att tro att antalet QALYs påverkas av de kostnader som patienten får betala. I exemplet har vi antagit att patientgrupperna A och B är villiga att betala 40 per QALY för ökningen av QALYs mellan behandlingsalternativen och för patientgrupp C 60 (se tabell 8.2). Utbytbarheten innebär således att en ökad kostnad på 60, som är fallet för patientgrupp A, innebär att antalet QALYs minskar med $60/40=1,5$; differensen mellan $QALY_{brutto}$ och $QALY_{netto}$ för patientgrupp A är således 1,5. $QALY_{netto}$ blir således 8,5 i exemplet. På likartat sätt erhålls $QALY_{netto}$ för patientgrupp B 9,75 och för C 9,25. Att inkludera patientens kostnader i kostnads-QALY kvoten samtidigt som patientens kostnader påverkar antalet QALYs innebär en

dubbelräkning. Patientens kostnader måste exkluderas, vilket innebär att endast den offentliga sektorns kostnader skall ingå, och att $QALY_{netto}$ skall användas. Som framgår av tabell 8.3 ger det en kostnads-QALY kvot på 57,7 för patientgrupp A, 24,6 för B och 53,0 för C. Hur kostnaden fördelas mellan patient och övriga aktörer kommer således att påverka resultatet i en kostnads-nyttö analys, i vilken riktning är oklart. Notera att denna kvot var 55,0 både för patientgrupp A och C om den offentliga sektorn betalade samtliga kostnader. För patientgrupp A har den således stigit till 57,7 medan den fallit till 53,0 för patientgrupp C då patienten övertar en del av kostnaden från den offentliga sektorn.

Att tolka kostnads-nyttö analys som ett verktyg för ett produktionsproblem är en möjlighet, men inte den enda tänkbara. En annan tolkning är att, på normativa grunder, stipulera en viss betalningsvilja för QALYs. Därigenom kan den fysiska enheten - QALYs - transponeras till ett monetärt mått. Om en sådan analys fortfarande bör benämnas kostnads-nyttö analys är dock tveksamt. Snarare påminner den om en cost-benefit analys, men grundad på andra kriterier än den traditionella cost-benefit analysen. Det är dock oklart exakt på vilka (implicita) kriterier ett sådant förfarande bygger. Betyder det att samtliga medborgare antas ha samma "betalningsvilja" - eller snarare "betalningstväng" - för en QALY oavsett vem den tillfaller? Vilka implikationer ansatsen har för sättet att hantera kostnader är oklart.

Om det är korrekt att den fundamentala skillnaden mellan cost-benefit analys och kostnads-nyttö analys är att de vilar på olika normativa principer är det inte så konstigt att man kommer fram till olika slutsatser om hur kostnader skall hanteras vid olika typer av utvärderingar. Att det finns konflikter rörande grundläggande värderingar är inte ovanligt. De grundläggande värderingar som cost-benefit analysen bygger på kan vara rimliga, men icke desto mindre kan de komma i konflikt med andra grundläggande värderingar som också förefaller rimliga. Att exempelvis ta hänsyn till minskade kostnader när någon kan återgå till förvärvsarbete förefaller rimligt, eftersom det faktiskt innebär en "benefit" både för individen själv och för andra ("cost-benefit principen"), men samtidigt förefaller det också rimligt att en offentligt finansierad hälso- och sjukvård inte skall prioritera patienter efter yrkestillhörighet ("människovärdesprincipen" eller "rättvisprincipen"). Att samtidigt uppfylla båda principerna förefaller inte vara möjligt.

Slutsatser

Det är viktigt att använda samma numerär vid kostnadsberäkningar, dels beroende på kravet på kalkylens interna konsistens dels för att det skall finnas jämförbarhet med andra kalkyler. Det finns goda skäl för att använda marknadspriser som numerär vid hälsoekonomiska kalkyler. Det betyder att vissa kostnader måste korrigeras beroende på existensen av skatter. Dels krävs, i vissa fall, korrigeringsfaktor med en momsfaktor dels en korrigeringsfaktor för "dödvikt".

En extra kostnad, beroende på utformningen av resurstilldelningssystemet, kan uppkomma. Vid bindande budgetrestriktion kan det för vissa resurser förligga en extra knapphetsfaktor, som inte speglas på andra sätt i kalkylen.

Skattning av den indirekta kostnaden till produktionsvärdet är korrekt endast under den speciella förutsättningen att om personen i fråga till fullo inkomstkompenstras så är han indifferent mellan förvärvsarbete och fritid, dvs att "transfer earnings" är noll. Att så skulle vara fallet är inte troligt. Storleken på felskattningen av den indirekta kostnaden - skattad till förändrat produktionsvärde - beror på storleken på "transfer earnings", vilken kan vara positiv eller negativ.

Vid traditionella cost-benefit analyser skall samtliga kostnader och benefits inkluderas i kalkylen. Mer komplicerat är det vid kostnads-effekt och kostnads-nyttos analys. Vid kostnads-nyttos analys finns - åtminstone delvis - de kostnader och benefits som tillfaller patienten inkluderade i resultatmåttet, QALYs, vilket kan leda till dubbelräkningar. Exakt hur sambanden mellan QALYs och patientens kostnader och benefits ser ut är dock oklart.

Kostnads-nyttos analysen är dessutom förenad med problem i den meningen att det är oklart vilka kostnader som över huvud taget skall inkluderas i kalkylen. Beträffande de indirekta kostnader finns det argument för att helt exkludera dessa. Sättet att hantera kostnader som ligger utanför hälso- och sjukvårdssektorn är heller inte självklart.

Oklarheterna med hur kostnader skall hanteras vid kostnads-effekt och kostnads-nyttos analyser hänger samman med att dessa kalkyler är dåligt förankrade i normativ teori. Tolkningar finns visserligen, men vilka implikationer de har för sättet att hantera kostnader är inte tillräckligt utrett för att det skall vara möjligt att dra några säkra slutsatser.

Referenser

- Becker, G.S. (1965), A Theory of the Allocation of Time. *Economic Journal*, 75:493-517.
- Cropper, M.L., Oates, W.E. (1992), Environmental Economics: A Survey. *Journal of Economic Literature*, 30: 675-740.
- Culyer, A.J. (1989), The normative economics of health care finance and provision. *Oxford Review of Economic Policy*. 5: 34-58.
- Drummond, M.F., Stoddart, G.L, Torrance, G.W. (1987), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press, Oxford.
- Evans, R.G. (1984), *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*. Butterworths, Toronto.
- Henrekson, M., Hultkrantz, L., Ståhl, I., Söderström, H.T., Söderström, L. (1994), *Välfärdsland i ofärdstid*. Konjunkturrådets rapport 1994. SNS förlag. Stockholm.
- Jansson, J.O. (1992), *Principer för samhällsekonomiska kalkyler för investeringar i transportinfrastruktur*. VTI (stencil).
- Johannesson, M. (1991), *Economic evaluation of hypertension treatment*. Linköping Studies in Arts and Science, Universitetet i Linköping.
- Johannesson, M. (1994), The cost concept of health care - a theoretical inquiry. *Int J of Technology Assessment in Health Care*. (Under utgivning)
- Jönsson, B., Andersson, F. (1990), *Läkemedelsförmånen*. Ds 1990:81.
- Karlsson, G. (1991), *Hälsoekonomisk utvärdering av dentala implantat*. Linköping Studies in Arts and Science, Linköping.
- Karlsson, G. (1993a), *Cost-effectiveness analysis as a production problem*. Paper presented at the Ninth Annual Meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care, Sorrento, May 23rd-26th, 1993.
- Karlsson, G. (1993b), *Att mäta behandlingsresultat inom sjukvården. En teoretisk jämförelse mellan QALYs och HYE*s. CMT Rapport 1993:4. Linköpings Universitetet.
- Koopmanschap, M.A., van Ineveld, B.M. (1992), Towards a new approach for estimating indirect costs of disease. *Soc. Sci. Med.*, 34: 1005-1010.
- Lindgren, B. (1981), *Costs of illness in Sweden 1964-1975*. Liber Förlag, Lund.

- Lindgren, B., Jendteg, S., Palmgren, H.-Å. (1989), *Vad kostar sjukdomarna de svenska medborgarna?* IHE.
- Luce, B.R., Elixhauser, A. (1990), *Standards for Socioeconomic Evaluation of Health Care Products and Services*. Springer-Verlag, Berlin.
- Mishan, E.J., (1988), *Cost-Benefit Analysis*. 4 ed Unwin Hyman, London.
- OECD (1993), *Health Data File*. Credes, Paris.
- Pearce, D.W., Nash, C.A. (1981), *The Social Appraisal of Projects. A text in Cost-Benefit Analysis*. MacMillans Press, London.
- SCB (1991), *Hälsan i Sverige, Hälsostatistisk årsbok 1991/92*.
- SOU (1993), *Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. (SOU 1993:93). Allmänna Förlaget. Stockholm.
- Söderström, L. (1991), *Hur skall sjukvården betalas? Om alternativa betalningsmodeller*. SNS Förlag, Kristianstad.
- Wagstaff, A. (1991), QALYs and the equity-efficiency trade-off. *Journal of Health Economics*, 10: 21-41.

IV. UTVÄRDERING AV MEDICINSK TEKNOLOGI

9. *Hälsoekonomiska utvärderingar vid prioriteringar, politiskt korrekt eller inte?*

Lars-Åke Levin

Detta kapitel tar upp problemet hur hälsoekonomisk teori och hälsoekonomiska empiriska studier kan användas i en politisk verklighet. Syftet är att analysera hälsoekonomins ställning och inflytande på prioriteringsdebatten och att förutspå dess praktiska tillämpning i framtiden. Är resultat, implikationer och slutsatser som tas fram med hjälp av hälsoekonomiska studier och metoder tillräckligt salongsfähiga för att de ska kunna föras till torgs av de folkvalda, eller tror man sig riskera att förlora allt för många röster? Som utgångspunkt för analysen har valts den prioriteringsutredning som regeringen tillsatte i januari 1992 och dess första betänkande som redovisades i oktober 1993.

Varför en prioriteringsutredning?

I tider då rapporteringen om budgetunderskott och räntechocker avlöst varandra har även sjukvårdens kris kommit i blickpunkten med sjukhuskorridorer fyllda med sängar i nyhetsprogrammen. Den en gång så stolta Svenska Landstingsvårdens rykte riskerar att komma på skam i takt med de ökade neddragningarna. Det visar sig nämligen att resurserna inte räcker till att ge alla patienter all den vård som de eller deras läkare önskar.

Skälen till denna kris är naturligtvis flera. En viktig orsak är en kombination av att hälso- och sjukvård betraktas som en i princip fri rättighet samtidigt som utvecklingen av nya medicinska teknologier sker i en allt snabbare takt.

Att hälso- och sjukvården ses som en rättighet i vårt land har medfört att det inte finns en direkt koppling mellan vårdtagarnas betalningsförmåga, eller än hellre *betalningsvillighet* och resurs för den vårdåtgärd som efterfrågas. I hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf stadgas, "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen". Med lika villkor

menas bland annat att samma vård skall erbjudas hela befolkningen oberoende av deras betalningsförmåga. Denna rättvise - jämlikhets restriktion innebär att inkomst och förmögenhet inte får påverka fördelningen av sjukvårdsresurser. Vägen som valts för att uppfylla lagen går via den allmänna sjukvårdsförsäringen. Via landstingsskatten betalas huvuddelen av sjukvården som sedan står alla till buds oavsett betalningsförmåga.

Den enskilda vårdinsatsen har därigenom blivit starkt subventionerad med bara ett litet inslag av egenavgifter. Genom subventionen sätts prismekanismen ur spel vilket ökar efterfrågan på sjukvård. Vad värre är, i ett sådant system vet patienten inte vad kostnaderna är för vården, och kan därför inte heller rationellt välja att använda resurserna annorlunda om möjligheten gavs. Resultatet är välkänt, en hälso- och sjukvård med ständigt ökande krav på mer resurser.

Samtidigt utvecklas och sprids medicinska teknologier snabbare än någonsin. Innan metoderna för sk bypass operationer av hjärtats kranskärl hade utvecklats och spridits, var vårdköer till kostsamma kranskärlsoperationer inget problem. Innan metoder och läkemedel fanns tillgängliga för att behandla hjärtinfarkter med trombolys var läkemedelsbudgeten på en kardiologavdelning mycket liten.

I en del fall har och kommer införandet av nya teknologier att innebära att de totala behandlingkostnaderna för en sjukdom sjunker då andra resurskrävande vårdåtgärder kan minskas. Normalfallet är dock att nya teknologier ökar de direkta sjukvårdskostnaderna. Naturligtvis medför användandet av de flesta medicinska teknologier positiva effekter i form av förbättrad hälsa, längre livslängd o s v, men när det gäller de direkta sjukvårdskostnaderna blir resultatet oftast en nettoökning.

Andra faktorer som brukar anges som orsaker till vårdkrisen är:

- den timglasformade demografiska ålderfördelning med en ökande andel vårdkrävande mycket gamla.
- förskjutningen av både omvårdnadsansvaret och den reella omvårdnaden från familj till kommun.
- låg ekonomisk tillväxt i kombination med ett i praktiken kommunalt skattestopp.

- bättre informerade och utbildade människor som därigenom ställer högre krav på vården.
- brister i sjukvårdens ekonomiska styrsystem.
- låg produktivitet utveckling inom sjukvården.
- politiska krav på omfördelning av resurser från den offentliga till den konkurrensutsatta sektorn.

Dessa faktorer har tillsammans ökat kraven på hälso- och sjukvårdens förmåga att använda de ändliga tilldelade resurserna på ett så effektivt sätt som möjligt. I detta ligger bland annat att bara effektiva medicinska metoder ska användas. Men även om enbart de allra effektivaste metoderna skulle användas kvarstår problemet att sjukvården, liksom all annan verksamhet har begränsade resurser till förfogande.

För att lösa problemet med knappa resurser krävs prioriteringar, att välja mellan olika alternativa strategier, att välja något före något annat eller att helt välja bort något alternativ till förmån för något annat. Det bör påpekas att prioriteringar inom sjukvården skulle vara onödiga och troligen oetiska om inte sjukvårdens resurser vore ändliga. Att val mellan metoder och åtgärder även skulle förekomma vid oändliga resurser härrör mer till att man fortfarande skulle välja mellan mer eller mindre medicinskt effektiva alternativa åtgärder och i avsaknad av någon budgetrestriktion förhoppningsvis alltid välja det effektivaste alternativet.

Med dagens medvetenhet om de knappa resurserna inom svensk sjukvård förs en intensiv samhällsdebatt om prioriteringar. Inte för att prioriteringsproblematiken i sig är något nytt utan snarare för att problemet har tydliggjorts och accentuerats genom de tidigare nämnda faktorerna. En ytterligare förklaring till intresset och debatten kring prioriteringar är möjligen (förhoppningsvis) etableringen av ämnet hälsoekonomi som vetenskap och dess bidrag för att sprida kunskap om prioriteringars nödvändighet.

Uppdraget

För att tydliggöra hälso- och sjukvårdens roll i dagens samhälle och med uppdrag att lämna förslag på hur framtida principer för prioriteringar ska se ut, tillsatte regeringen den så kallade prioriteringsutredningen i januari 1992.

I utredningsdirektiven sägs bland annat:

att utredningen bör lämna förslag till vad den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården ska stå för och vad som bör betalas av den enskilde patienten.

att utredningen bör diskutera hur man kan formulera en miniminivå av hälso- och sjukvård som tillförsäkrar en medborgarna en grundtrygghet.

att en av huvuduppgifterna är att överväga och lägga förslag till vilka principer som skall ligga till grund för prioriteringar inom vården.

att klargöra begrepp såsom prioritering, behov, nytta, sjukdom, hälsa och livskvalitet.

Den svenska utredningen är inte unik i sitt slag. Som nämns i utredningens kommitédirektiv har liknande utredningar gjorts i bland annat Norge och Oregon, USA. Dessa utredningar bör enligt direktiven studeras med avseende på, metod, val av prioriteringsmodell och styrkor och svagheter med de valda modellerna.

Utredningen fick i uppdrag att lämna en delrapport i april 1993 som efter remissbehandling planerades ligga till grund för det slutbetänkande som presenterades under våren 1995.

"Vårdens svåra val, rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården". Ger den oss någon hjälp vid prioriteringar?

Rapporten som utgjorde ett delbetänkande är uppdelad i två delar:

Bakgrund i rapportens första del görs en genomgång av problemområdet, hälsoekonomi, beskrivning av det svenska sjukvårdssystemet och dess förändringar, prioriteringsmodeller och de legala förutsättningar.

Övervägande och förslag i rapportens andra del presenteras några definitioner av grundbegrepp, genomgång av olika etiska principer och dessas tillämpningar, förslag till riktlinjer för prioriteringar med tillämpningar och en diskussion om avgränsningen av hälso- och sjukvårdens ansvar.

I den fortsatta presentationen kommer bara de avsnitt som tar upp hälsoekonomiska frågeställningar, eller där ett hälsoekonomiskt perspektiv borde ha återfunnits då det troligen skulle tillfört texten väsentlig information. Tyngdpunkten ligger på de avsnitt som senare ska analyseras.

Två slags prioriteringar

I problembeskrivningsavsnittet skriver utredningen sid 29,

" Inom sjukvården kan vi skilja på två typer av prioriteringar, nämligen

prioritering på grund av brist på resurser

prioritering som består av ett val mellan medicinska åtgärder där hänsyn till patientens behov eller välbefinnande - inte primärt kostnaden - är vägledande.

.....Prioritering till följd av resursbrist innebär att mindre angelägna vårdbehov inte blir tillgodosedda eller fördröjs. Detta är en uppoffring för individ och samhälle. Eftersom hälsa värderas högt och en god hälso- och sjukvård ses som en väsentlig rättighet i ett välfärdssamhälle är det förståeligt om det finns en motvilja mot prioriteringar i vården och en benägenhet att förneka att sådant görs eller behöver göras. De invändningar som görs mot prioriteringar av ekonomiska skäl bör dock riktas mot att resurserna är otillräckliga eller att tillräckliga insatser inte vidtagits för att göra sjukvården mer effektiv.

Den allmänna inställningen tycks vara att rationalisering och effektivisering är acceptabla åtgärder medan prioritering av resursskäl väcker motstånd. I praktiken visar dock erfarenheten att också åtgärder som syftar till att rationalisera och effektivisera med avsikt att utnyttja resurserna är inte alltid lätta att genomföra eller skilja från åtgärder som kan leda till försämrad kvalitet av vården.

Det finns en risk är att prioriteringar måste göras därför att resurserna inte används tillräckligt effektivt. En öppen redovisning av och debatt om prioriteringarna är därför viktiga även för att öka förståelsen för rationalisering och effektivisering och därigenom minska behovet av prioriteringar”.

Det skrivs ingenting mer om den andra prioriteringstypen där hänsyn till patientens välbefinnande ska vara vägledande.

Hälsoekonomi och prioriteringar enligt utredningen

Ett eget kapitel, det fjärde, ägnas åt hälsoekonomi och prioriteringar. Utredningen börjar kapitlet med att konstatera att hälso- och sjukvårdens mål inte har någon ekonomisk dimension (sid 43):

"Målet för all sjukvård grundar sig på humanitet; vården syftar till att hjälpa människor som drabbats av sjukdom eller skada. Sjukvård består till stor del av omvårdnad för att dämpa oro, ångest och smärt och för att skapa lugn, trygghet och tillförsikt. Dessa insatser kräver betydande resurser men är helt oundgängliga. Nyttan eller effekten av sådana insatser är i många fall omöjliga att mäta och beräkna annat än i termer av solidaritet, empati, humanitet och livskvalitet. Det är mot denna bakgrund som medel anvisas till sjukvården - vården skall få kosta och resurser förbrukas. Sjukvårdens mål har alltså ingen ekonomisk dimension i t.ex. den meningen att sjukvården skall göra ekonomisk vinst eller att eljest producera ekonomisk nytta för samhället. Sjukvårdens humanitära mål står dock inte i något motsatsförhållande till behovet att hushålla med tillgängliga resurser. Att anlägga ekonomiska aspekter på hälso- och sjukvården innebär inte att förvandla vårdens mål till vinst och ekonomisk nytta.

Utredningen säger vidare att den ekonomiska vetenskapen i grunden sysslar med hur begränsade resurser bör fördelas för bästa användning.

Hälsoekonomins huvudinriktning är att analysera vilka resurser i form av personal lokaler o s v som krävs för att uppnå vårdens mål. Enligt utredningen kan hälsoekonomin även motiveras etiskt eftersom den kan bidra till att resurserna inom vården fördelas rättvist.

Vidare sägs (sid 44);

"Hälsoekonomiska analyser bör vara en väsentlig del av diskussionen om prioriteringar. Det innebär inte att sådana analyser ensamma skall styra prioriteringarna. Den slutgiltiga avvägningen mellan resursåtgång och de uppnådda målen är en värderingsfråga som vare sig ekonomer eller andra yrkesgrupper har en unik kompetens att ensamma bedöma".

Därefter beskrivs kostnadsutvecklingen och orsaker till den uppkomna krisen. Värefter man fortsätter (sid 45)

" Det finns inget sätt att objektivt fastställa hur stor del av samhällets totala resurser som skall användas för hälso- och sjukvård. I stället handlar det om värderingar av behoven, av vad som är politiskt lämpligt och möjligt".

Kapitlet avslutas med en genomgång av kostnadseffektanalyser och deras resultat. Bland annat sägs (sid 46);

"En förutsättning för en bedömning av effektiviteten är kunskap om vilka metoder för diagnostik och behandling som gör störst nytta. Sådan kunskap genereras i första hand genom tillämpad klinisk forskning inriktad på resultatmätning. På basis av resultaten från sådana studier kan kostnadseffektiviteten av olika åtgärder beräknas. Detta är dock endast en del av beslutsunderlaget. Härutöver krävs också omfattande information av annat slag liksom värderingar vilka ekonomiska analyser inte kan ersätta. Hälsoekonomiska analyser kan därför inte befria politiker och vårdpersonal från prioriteringsbeslut men kan i vissa fall bidra med underlag för sådana beslut"

Vidare redovisas resultaten av ett antal svenska sjukdomakostnadskalkyler tillsammans med ett antal utländska kostnadseffektstudier. Bl.a. redovisas kostnaden för rökavvänjning till 14 000 kr per vunnet levnadsår medan kostnaden för behandling av höga kolesterolvärden uppges kosta 855 000 kr per vunnet levnadsår. Sista stycket lyder (sid 47);

Sådana analyser ökar medvetenheten om sambandet mellan hälso- och sjukvårdens kostnader och nytta och sätter dessa kostnader i olika relevanta sammanhang. Det är viktigt att genom forskning och hälsoekonomisk utvärdering få ett rationellt underlag för prioriteringar, t.ex. när det gäller att välja mellan olika utrednings- och behandlingsmetoder. Däremot kan hälsoekonomiska modeller inte lösa problemet med att prioritera inom hälso- och sjukvården.

Några grundbegrepp

I kapitel nio går man igenom ett antal grundbegrepp såsom livskvalitet, behov, nytta, rättvisa och kostnadseffektivitet. I detta sammanhang är det framförallt tre definitioner som är av intresse.

Livskvalitet, där det konstateras att det är individens upplevelse som avgör livskvaliteten, en människa kan ha god livskvalitet trots svåra funktionshinder, därför är gruppjämförelser mellan ex blind och döva eller motoriskt och förståndshandikappade meningslöst. Utredningen fortsätter (s 87);

"Även om försök har gjorts till objektiv värdering av livskvaliteten är individens egen upplevelse utslagsgivande, såväl när det gäller de yttre förutsättningarna som de effekter som tillgång till eller avsaknad av dem har på individens liv. Att t.ex. som det ibland i USA och på vissa andra håll använda måttet QALY (quality adjusted life years) kvalitetjusterade levnadsår innebär tillämpning av en schablon som kan avvika från den enskilda människans bedömning".

Behov, utredningen använder en definition av behov av Georg von Wright som lyder (s 88);

"...har man behov av något som man far illa av att vara utan. Ju mer man far illa desto större är behovet. Tillämpat på hälso- och sjukvården finns därför en hierarki av behov som bestäms av sjukdomarnas eller skadornas svårighetsgrad".

Kostnadseffektivitet, (s 91);

"Att en behandling är effektiv betyder att den leder till avsett mål. Kostnadseffektivitet kan definieras som nytta i förhållande till kostnad. Om behandlingarna har olika nytta får övervägas om skillnaden i nytta motiverar skillnaden i kostnad. Detta kan dock inte fastställas objektivt utan är en värderingsfråga".

Utredningens förslag till prioriteringsprinciper

I kapitel 10 föreslår utredningen vilka principer som ska gälla vid prioriteringar. Det fastslås att tre principer är viktiga:

- människovärdesprincipen
- behovs eller solidaritetsprincipen
- effektivitetsprincipen

Människovärdesprincipen återfinns i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheter.

Behovsprincipen lyder *"Resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst"*. Behovsprincipen innebär *"att ge det mesta av vårdens resurser åt de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna"*.

Effektivitetsprincipen formuleras som *"Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man satsa på det som är mest kostnadseffektivt, om allt övrigt är lika"*. Däremot motsätter man sig en övre gräns för kostnaderna för vård (s 97);

"Å ena sidan kan med en humanistisk människosyn hävdas att ett människoliv över huvud taget inte kan värderas i pengar och att det därför inte kan finnas någon ekonomisk gräns när det gäller att uppnå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Å andra sidan är nyttan av vården ej sällan begränsad, varför kostnaderna i det enskilda fallet kan bli orimligt höga i förhållande till nyttan. Frågan måste avgöras med hänsyn till omständigheterna i varje enskild situation. Någon allmänt gällande strikt gräns kan eller bör inte beslutas".

Utredningens förslag till prioriteringsriktlinjer

Utredningens förslag till prioriteringsriktlinjer bygger på en uppdelning mellan prioriteringar på olika nivåer. De två nivåerna är politisk/administrativ nivå och klinisk verksamhet. På politisk/administrativ nivå ser grupperingen ut enligt tabell 1.

Tabell 1

Prioriterings- Vårdinnehåll
grupp

- | | |
|-----|--|
| I | Vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till invalidiserande tillstånd eller för tidig död. Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ vård i livets slutskede. Vård av sjukdomar som medfört nedsatt autonomi. |
| II | Befolkningsbaserad prevention jämte hälsoundersökningar med dokumenterad kostnadseffektivitet. Individinriktad prevention och habilitering/rehabilitering jämte hjälpmedelsförsörjning som inte är integrerade delar av vården. |
| III | Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. |
| IV | Vård av andra skäl än sjukdom. |
| V | Egenvård tillräckligt. Lindriga besvär |

På klinisk verksamhetsnivå är prioriteringsgrupperingen enligt tabell 2.

Tabell 2

Prioriterings- Vårdinnehåll

grupp

Ia	Vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till invalidiserande tillstånd eller för tidig död.
Ib	Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ vård i livets slutskede. Vård av sjukdomar som medfört nedsatt autonomi.
II	Habilitering/rehabilitering jämte hjälpmedelsförsörjning som inte är integrerade delar av vården.
III	Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.
IV	Vård av andra skäl än sjukdom.
V	Egenvård tillräckligt. Lindriga besvär

Prioriteringar bör ske efter dessa prioriteringsgrupperingar. Möjliga alternativ är:

1. Att helt tillgodose behoven i grupp I-IV.
2. Att helt tillgodose behoven i grupp I-III medan icke sjukdomsrelaterad vård grupp IV får lägre behovstäckning.
3. Behoven i grupp I tillgodosedda, därefter får grupp II resurser, är behoven för grupp II är tillgodosedda ges resurser till grupp III o.s.v.
4. Behovstäckningen ska vara högre i de högprioriterade än i de lågprioriterade grupperna.
5. De föreslagna etiska principerna tillämpas utan strikt prioriteringsgruppering.

Utredningen tror att alternativ 4 är det mest realistiska sättet att rangordna i praktiken.

Prioriteringsutredningen utifrån ett hälsoekonomiskt perspektiv

Det bör direkt framhållas att prioriteringsutredningens uppdrag både är viktigt och svårt. Viktigt på grund av att uttalade prioriteringar inom vården blir alltmer nödvändiga i takt med att de tillgängliga resurserna minskar. Svårt då prioriteringar inom sjukvården med nödvändighet måste föregås av diskussioner om så laddade problemområden som hur liv bör och kan värderas,

hur olika möjligheter att välja bort alternativ kan se ut och kopplingen mellan vårdens hälsoeffekter och resursförbrukning.

Svårt även därför att uttalade explicita prioriteringar riskerar att minska allmänhetens förtroende för svensk sjukvård om de inte förklaras på ett noggsamt sätt. Samtidigt är kanske risken ännu större att förtroendet förloras genom fortsatta implicita prioriteringar därför att sådana på lång sikt kan komma att undergräva vårdens kvalitet.

Kanske är det dessa svårigheter som är förklaringen till att hela rapporten andas ambivalens och beslutsångest. Redan vid problembeskrivningen där man tydligt borde klargjort prioriteringsproblemet väljer man att inte bestämma sig, att inte ge en entydig definition av problemet. Att dela upp prioriteringarna på två typer bara förvirrar det fortsatta resonemanget och ökar risken för ett förflackat resultat. Det är inte speciellt fruktsamt att benämna val som görs i vården prioriteringar bara för att valet syftar till att förbättra patientens hälsa och välbefinnande. Ett sådant förhållningsätt skulle bland prioriteringarna inbegripa till synes helt triviala val, exempelvis valet mellan spenat eller ärter till fisken och rent medicinska val såsom val av kanylgrovlek på sprutan eller snittens placering. Istället borde utredningen koncentrerat sig på de etiskt svåra dilemman som uppstår då val framtvings på grund av resursbrist. Det är egentligen också då, när man för in restriktionen knappa resurser, som ett val blir ett ekonomiskt problem. Rapporten hade därför vunnit på att utesluta terapival och bara koncentrerat sig på prioriteringar.

En av huvuduppgifterna har varit att ange vilka etiska principer som skall vara vägledande i politisk/administrativ respektive klinisk prioritering. De regler som vid ett första påseende verkar lovande, visar sig vid en närmare granskning lova mer än det håller. Prioriteringsgrupperingen måste ses som ett misslyckande då den både är tvivelaktig ur etisk och logisk synpunkt och föga användbar vid faktiska prioriteringsproblem. I det följande görs ett försök att kortfattat och översiktligt förklara varför utredningen hamnat snett.

Utredningen väljer att utgå från tre olika etiska principer: människovärdes-, behovs-, och effektivitetsprincipen.

Människovärdesprincipen är i det närmaste självklar, inskriven i svensk och internationell lagstiftning.

Effektivitetsprincipen är också den närmast oantastlig i alla fall för en ekonom, med sin grund i den ekonomiska välfärdsteorin, dock har uppenbarligen utredningen missuppfattat principens innebörd, som inte begränsas till att använda den billigaste metoden, allt annat lika. Det är också en missuppfattning att hälsoekonomi främst analyserar vilka resurser som krävs inom sjukvården eller hur resurser bör fördelas. Att enbart beräkna storleken på använda resurser är trivialt och relativt meningslöst så länge dessa inte ställs i förhållande till de effekter som uppstår.

En viktig aspekt som överhuvudtaget inte nämns i utredningen är att hälsoekonomer både nationellt och internationellt analyserar kliniskt beslutsfattande och bland annat tillsammans med intresserade läkare försöker utveckla formella beslutsregler och teorier för rationella prioriteringar.

Människovärdes- och effektivitetsprincipen är alltså två goda principer att bygga prioriteringsbeslut på. Stora problem uppstår dock eftersom dessa två principer osvikligt kommer i konflikt med utredningens tredje princip, behovsprincipen. Enligt behovsprincipen bör resurserna "satsas på de områden där behoven är störst". Behovets storlek bestäms enligt utredningen av sjukdomarnas eller skadornas svårighetsgrad.

Utredningens tolkning av behovsprincip är, att ge det mesta av vårdens resurser åt de mest behövande vilket är *patienter med de svåraste sjukdomarna*. Denna tolkning är enligt min mening tyvärr inte konsistent med de tidigare nämnda människovärdes- eller effektivitetsprinciperna. Att avsätta mer resurser till behandling och vård av svårt sjuka även i de fall när de behandlingsalternativ som står till buds för dessa är mindre kostnadseffektiva än behandlingar av mindre svårt sjuka, är per definition oetiskt ur effektivitetssynpunkt.

Det är men också ur människovärdessynpunkt då värdet av en behandling bestäms av dess effekt och inte till vem den ges. Utredningens tolkning riskerar att diskriminera lindrigt sjuka patienter och underskatta värdet av dessa patienters behandlingar.

En förklaring till detta logiska fel ligger i utredningens tolkningen av von Wrights definition av behov. Enligt hans definition har man behov av något som man far illa av att vara utan. Ju mer man far illa desto större är behovet. Utredningen tolkar definitionen applicerad på sjukvård som att: ju allvarligare

sjukdom ju större behov. Utredningen sätter likhetstecken mellan *far illa* och allvarlighetsgraden av sjukdom.

Von Wrights definition borde snarare tolkas: ju större saknaden är av *något*, desto större behov av detta *något*, där *något* betecknar ett reellt alternativ, en åtgärd som i fallet sjukvård brukar benämnas behandlingsalternativ. Magnituden av behovet avgörs av storleken på behandlingsalternativets hälsoeffekt. Med denna tolkning uppstår ingen konflikt mellan de tre prioriteringsprinciperna eftersom behovsprincipens behov då ges samma betydelse som effektivitetsprincipens nytta (utility), vilken i sin tur kan definieras utifrån människovärdeprincipen. Påpekas bör att effektivitetsprincipens nyttobegrepp som är härlett ur den ekonomiska teorin markant skiljer sig från utredningens definition av nytta, se ex. Levin, 1991.

Denna korta analys är något summarisk men ändå viktig då den påvisar att utredningens viktigaste resultat, förslaget till prioriteringsgruppering bygger på en feltolkning och dessutom leder till konflikt mellan de tre prioriteringsprinciperna.

I förslaget till riktlinjer görs ett uttalande om att det för närvarande råder en obalans så att grupp IB vid klinisk prioritering får för litet resurser i förhållande till grupp II och III. Det vore mycket intressant om utredningen tillämpade de tre prioriteringsprinciperna och sedan redovisar hur de kan komma fram till denna resursallokering.

Utredningens uppdelning av prioriteringar på olika organisatoriska nivåer är viktig och förtjänar att framhållas då olika finansierings- och organisationsformer påverkar det medicinska handlandet i stor utsträckning. Uppdelningen är också viktig för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan politiska och kliniska beslutsfattare. Utredningen fjärrar sig dock från den till synes obehagliga verkligheten när den i exemplifieringen utomlänspatienter skriver att det finns en risk för att ekonomiska faktorer påverkar prioriteringarna. Det är ju just de ekonomiska faktorerna som gör prioriteringarna nödvändiga.

Det i detta sammanhang gravaste försummelsen från utredningens sida är dock att den överhuvudtaget inte diskuterar eller analyserar betydelsen av enskilda vårdåtgärders marginella kostnadseffektivitet som visar den egentliga effektiviteten och som ger det kanske viktigaste enskilda prioriteringsunderlaget. Man

bör vara medveten om att många områden inom vården saknar mått på marginell kostnadseffektivitet men att metoderna för sådan analys utvecklas och sprids snabbt och att principerna och teorin bakom är betydligt mer användbara i praktiskt prioriteringsarbete än vad som är fallet för utredningens tredje princip.

Slutsatser och implikationer för framtiden

För att öka utredningens trovärdighet bör prioriteringsgrupperingen uteslutas. Det är inte meningsfullt att ställa olika sjukdoms- eller patientgrupper emot varandra och grupperingen ger bara ett skenbart stöd vid prioritering. Istället bör prioriteringar göras mellan olika behandlingsalternativ där den marginella kostnadseffektiviteten måste vara styrande, åtminstone på politisk/administrativ nivå.

De prioriteringar som utredningen ger exempel på och som möjligen kan väljas bort: assisterad befruktning, estetisk plastikkirurgi och behandling av kortväxthet är relativt marginella, okontroversiella och av litet principiellt intresse. Istället bör utredningen inrikta sig på att diskutera svåra frågor som hur mycket det får kosta att förlänga livet ett år eller om det är lika mycket värt att rädda livet på en tonåring som på en pensionär. Att hänvisa till att rationaliseringar och effektiviseringar kan minska behovet av prioriteringar är naivt och löser inga prioriteringsproblem.

En annan viktig uppgift borde vara att analysera om de olika prioriteringsprinciperna ger upphov till motstridiga lösningar, om principerna står i konflikt med varandra. För att lösa problemet med resurstilldelningen till patienter där effektiva behandlingar saknas, bör en önskvärd miniminivå av omvårdnad fastställas eller åtminstone diskuteras.

Har då hälsoekonomin haft någon avgörande betydelse när det gäller prioriteringsutredningens slutsatser och accepteras hälsoekonomiska metoder och resultat av sjukvårdsetablisemanget idag? Enligt mitt förmenande är detta inte fallet. Det framgår kanske tydligast då det framhålls att ekonomer lika lite som andra har en unik kompetens att bedömma hur man ska prioritera. I stället för att diskutera metodernas relevans för man fram att vissa yrkesgrupper minsann inte är bättre analytiker än andra och att hälsoekonomiska analyser därför inte ensamma ska styra besluten. Naturligtvis stämmer det att ekonomer per se inte

är bättre att avgöra dessa frågor, men ingenting säger att hälsoekonomiska metoder enbart får tillämpas och tolkas av ekonomer. Ett skråtänkande för inte utvecklingen framåt. Tvärtom vore ett ökat deltagande och engagemang kring dessa frågor från andra professioner av godo. Genomgången av utredningen visar även att ett hälsoekonomiskt tankesätt inte slagit igenom i utredningens arbete utan att ett bra alternativ presenteras. Det är möjligt att tiden ännu inte är mogen för att använda ekonomiska prioriteringsprinciper, men den tiden kommer, eftersom vi aldrig kommer ifrån problemet med knappa resurser inom sjukvården.

Efterskrift

Detta kapitel skrevs ursprungligen till Bengt Jönssons 50-årsdag 1994. Sedan dess har bland annat Lyttkens 1994 i en mycket förtjänstfull och kritisk artikel tangerat detta ämne. I mars 1995 avlämnade Prioriteringsutredningen sitt slutbetänkande. I några avseenden har man förbättrat innehållet men fortfarande kvarstår huvudprinciperna från delbetänkandet. Varför även huvudkritiken mot främst prioriteringsgrupperingen fortfarande är aktuell.

Referenser

Socialdepartementet: Vårdens svåra val. SOU 1993:93.

Levin L-Å. (1991), *Nyttan av lycka - eller tvärt om*. i Nordenfelt L Liss P-E Hälsa Sjukdom Livskvalitet SHS 12, Linköpings Universitet.

Lyttkens CH: Prioriteringar i etik och praktik: en hälsoekonomisk analys av Prioriteringsutredningen. Ekonomisk debatt 1994.

von Wright, G.H. (1963), *The varieties of goodness*. London: Routledge & Kegan Paul.

10. Varför satsar läkemedelsindustrin allt mer resurser på hälsoekonomiska utvärderingar?¹

Fredrik Andersson

Nya krav på läkemedelsföretagen

Efter en kraftig tillväxt av i-ländernas sjukvårdsutgifter under 1960- och 1970-talen har sjukvården tillåtits öka i betydligt mer begränsad omfattning under senare år (OECD, 1991). Det bistra ekonomiska klimatet under 1990-talets första hälft har ytterligare resulterat i kraftiga begränsningar i sjukvårdens tillväxt, ett resultat av stora reformer inom sjukvården. Stora förändringar har även skett i läkemedelsområdets organisation och finansiering i de flesta i-länder. Konsumtionen av läkemedel har dock fortsatt att öka, inklusive i Sverige. Under perioden 1974-1992 ökade antalet förskrivna läkemedel med 19 procent och läkemedelsutgifterna mätt i fasta priser med 85 procent. Den främsta förklaringen till ökningen har varit en förskjutning till nya, mer effektiva men också dyrare läkemedel (Gerdtham & Jönsson, 1993). De stigande läkemedelsutgifterna har lett till ökade krav på läkemedelsföretagen att för de finansierande myndigheterna bevisa "Value for Money", dvs motivera varför myndigheterna/konsumenterna skall acceptera ett högre pris för ett nytt läkemedel. För läkemedelsindustrin börjar det därför bli allt viktigare att visa att de nya läkemedlen är kostnadseffektiva, dvs att de budgetansvariga får valuta för de satsade pengarna i form av minskad vårdtid, färre läkarbesök, minskad sjukfrånvaro, etc. Detta kan främst göras genom hälsoekonomiska analyser. I hälsoekonomiska analyser relateras kostnaderna av en medicinsk intervention (exempelvis kostnader för läkarbesök, sjukhusvård, tester och läkemedel) till effekten av densamma (exempelvis antal diagnosticerade fall, antal behandlade patienter eller antal vunna levnadsår). I Magnus Johannessons kapitel beskrivs metoderna inom det hälsoekonomiska området närmare.

Under senare år har läkemedelsindustrin finansierat en allt större andel av de hälsoekonomiska utvärderingarna. I en genomgång av samtliga hälsoekonomiska utvärderingar i Sverige mellan 1975-1989 fann Hertzman (1992) att nära

¹Detta kapitel avspeglar inte nödvändigtvis Astras syn på hälsoekonomiska utvärderingars användningsområde.

hälften av de utvärderingar som publicerats efter 1984 gjorts på uppdrag eller under medverkan av läkemedelsindustrin. I takt med att den internationella läkemedelsindustrin insett de hälsoekonomiska utvärderingarnas värde och genom att ökade krav på hälsoekonomiska data förts fram från myndigheternas (dvs de budgetansvarigas) och sjukvårdens sida har läkemedelsindustrin sedan 4-5 år tillbaka satsat på att bygga upp egna hälsoekonomiska enheter. Dessa enheter varierar från en enda hälsoekonom upp till kanske 15 stycken. Enheternas sätt att arbeta och organisera sig varierar självklart mycket. Totalt finns i dagsläget uppskattningsvis cirka 100 hälsoekonomer baserade på företag runt om i världen, men många förutspår en fördubbling inom 2-3 år. I princip samtliga större läkemedelsföretag finansierar eller genomför idag egna hälsoekonomiska utvärderingar av sina produkter (Walker, 1993).

De förändrade spelreglerna inom läkemedelsområdet har lett till stora förändringar och mer är att vänta under de närmaste åren. Läkemedelsföretagen har därför måst anpassa sig till en ny omgivning där en produkts kostnadseffektivitet är väl så viktig som dess effektivitet och säkerhet. Syftet med detta kapitel är att beskriva hur och varför läkemedelsindustrin satsar alltmer på hälsoekonomiska utvärderingar. I nästa avsnitt beskrivs kortfattat den svenska läkemedelsmarknaden. Därefter behandlas de olika användningsområdena för hälsoekonomiska data sett ur läkemedelsindustrins perspektiv. I det avslutande avsnittet diskuteras den framtida användningen av hälsoekonomiska utvärderingar samt trender och problem inom det hälsoekonomiska området.

Den svenska läkemedelsmarknaden

De svenska läkemedelsutgifterna kan beskrivas på flera olika sätt. Generellt sett kan man säga att de ökat relativt kraftigt under de senaste 20 åren, vilket tabell 10.1 visar. Exempelvis har de rörliga (nominella) läkemedelsutgifterna mellan 1974 och 1992 ökat med i genomsnitt 11,3 procent per år. Mätt i fasta (reala) priser har dock läkemedelsutgifterna ökat med endast 3,5 procent per år (Gerdtham & Jönsson, 1993). Som tidigare nämnts beror en stor del av ökningen på en förskjutning till nya och mer effektiva, men också dyrare, läkemedel.

Tabell 10.1. De svenska läkemedelsutgifterna 1974-1992. (Apotekens utförsäljningspris).

År	Nominella Utgifter Mkr	Reala Utgifter Mkr	Per capita (Reala) Kr	% av hälso- och sjukvårdsutgifterna	% av BNP
1974	1 892	1 892	232	10,2	0,73
1980	3 765	2 100	253	8,0	0,71
1985	6 087	2 302	276	8,5	0,70
1990	10 145	2 949	344	9,1	0,75
1991	11 405	3 154	366	9,9	0,79
1992	13 035	3 504	404	12,8*	0,91
1993	14 246	3 686	423	-	-
1994	15 809	3 937*	448*	-	-

Källor: Apoteksbolaget (1995); Gerdtham & Jönsson (1993).

Notera: * preliminär skattning

Konsumtionen fördelar sig på receptbelagda läkemedel i öppenvård (78 procent), sjukhus (13 procent) samt receptfria läkemedel (9 procent). Läkemedelskonsumtionen finansieras till 58 procent av staten (genom den allmänna sjukförsäkringen som administreras av Riksförsäkringsverket), till 16 procent av landstingen samt till 26 procent av patienterna själva (Apoteksbolaget, 1995).

I ett internationellt perspektiv är den svenska läkemedelsmarknaden liten. Den utgör endast cirka 0,7-0,8 procent av den totala läkemedelsmarknaden i de industriellt utvecklade länderna. Den svenska konsumtionen av läkemedel är också relativt låg. Generellt sett ligger Sverige i den nedre tredjedelen av de 22 OECD-länderna, oavsett mått. Exempelvis är konsumtionen per capita endast 71 procent av genomsnittet för OECD mätt i dollar och endast 59 procent om man tar hänsyn till den allmänna prisnivån genom så kallade köpkraftspariteter (Purchasing Power Parities). Mätt som andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna och BNP uppvisar Sverige även här låga värden (OECD, 1991).

Eftersom den svenska läkemedelsmarknaden är relativt liten är den till stor del beroende av utländska läkemedelsbolag och deras innovationer. De utländska företagen svarar numera för närmare 60 procent av försäljningen på den svenska läkemedelsmarknaden, i början av 1980-talet var denna andel endast 50 procent. Antalet registrerade farmaceutiska specialiteter (produkter) var år 1995, 3 344 stycken. Antalet ökar med cirka 60-80 per år. Av de 3 344 specialiteterna var drygt 25 procent svenska, en andel som gradvis minskar (Apoteksbolaget, 1995). Nämnas kan också att det i Tyskland och Schweiz finns cirka 9 000, Italien drygt 5 000 och i Frankrike drygt 4 000 registrerade farmacev-

tiska specialiteter (Andersson, 1992a). Antalet farmaceutiska specialiteter är således relativt få på den svenska marknaden.

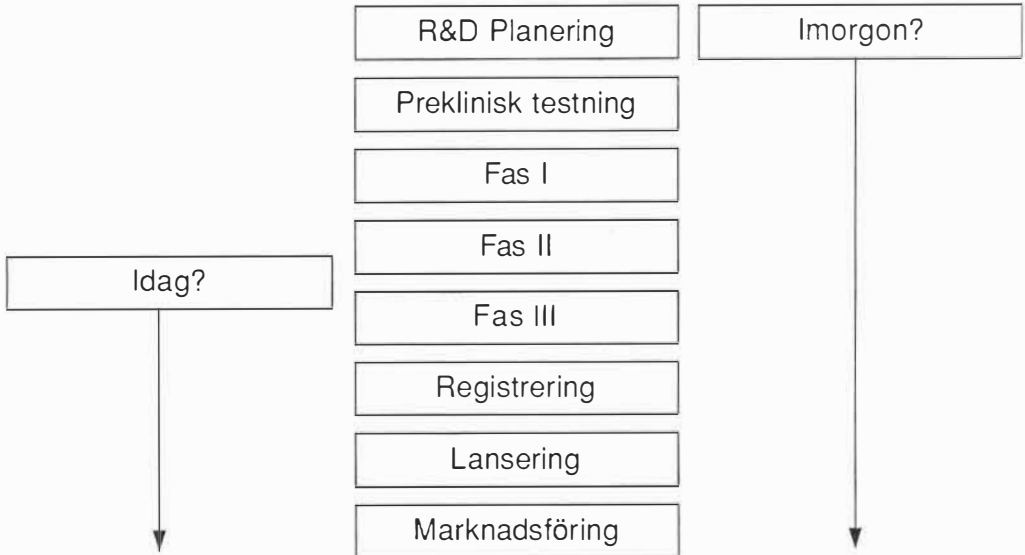
De riktigt innovativa nya läkemedlen brukar betecknas nya kemiska substanser (New Chemical Entities - NCEs). NCE's är nya läkemedel med en unik verkningsmekanism som inte tidigare funnits på läkemedelsmarknaden. Sedan 1960 har i Sverige endast introducerats mindre än en tredjedel av de knappt 2 200 nya substanser som forskats fram i världen. NCE's kan ingå som verksam beståndsdel i flera produkter, därav diskrepansen med antalet produkter ovan. De substanser som har introducerats i Sverige har dessutom påvisat en betydande fördröjning. Under perioden 1960-83 var fördröjningen 1,5-2 år extra jämfört med hur snabbt substanserna introducerades i länder som Storbritannien och Tyskland (Andersson, 1992b).

Det kan således konstateras att den svenska konsumtionen av läkemedel är relativt låg men ökar kraftigt, att den svenska läkemedelsmarknaden är internationellt sett liten och till stor del beroende av utländska företag. Detta medför att få läkemedel introduceras i Sverige samt att dessa når den svenske patienten sent.

Hälsoekonomiska utvärderingar - vad kan de användas till?

Tidigare användes hälsoekonomiska utvärderingar av läkemedelsindustrin främst för att marknadsföra olika produkter, dvs i ett sent skede av en produkts utveckling och liv. Vanligt var att företaget i fas III (dvs i samband med de stora kliniska prövningarna), eller t o m efter läkemedlets registrering, beslutade sig för att genomföra en hälsoekonomisk utvärdering, se diagram 10.1. De hälsoekonomiska metodernas användningsområde har dock breddats betydligt under senare år, och i framtiden förväntas utvärderingar utgöra underlag för flera viktiga interna strategiska beslut både under ett läkemedels utvecklingsskede och under dess tid ute på marknaden.

Diagram 10.1. Hälsoekonomiska utvärderingar förändrade fokus - från marknadsföring till interna strategiska beslut.



Sett från ett läkemedelsföretags synvinkel finns det i princip sju användningsområden för hälsoekonomiska utvärderingar; att utvärdera forskningsprojekt, att utgöra underlag för skattning av pris, att biläggas i samband med registrering, att användas i prispförhandlingar med myndigheter, att användas i subventioneringsförhandlingar med myndigheter, att användas i marknadsföring samt att påvisa de ekonomiska fördelarna med att flytta ett läkemedel från receptkrav till receptfrihet. Tabell 10.2 summerar dessa sju huvudsakliga användningsområden, samt deras syfte och målgrupp.

Tabell 10.2. Potentiell användning av hälsoekonomiska analyser av läkemedel.

	Internt	Externt	Syfte	Primär målgrupp
Utvärdera forskningsprojekt	X		Sortera bort icke ekonomiskt gångbara produkter	Forskningsledning
Underlag för pris	X		Skatta maximalt pris	Marknadsföringsledning Prisansvariga
Registrering		X	Snabbare registrering Ökad sannolikhet för registrering	Registreringsmyndigheter
Prisförhandling		X	Erhålla optimalt pris	Prissättningsmyndigheter
Rabatter		X	Högre subventioneringsgrad Ingå på ersättningsberättigade listor	Socialförsäkringsmyndigheter
Marknadsföring		X	Ingå på ersättningsberättigade listor	Läkemedelskommittéer, privata sjukförsäkringsbolag (HMO's), statliga sjukvårdsorgan (Medicare, Medicaid)
OTC		X	Förlänga livet på produkten genom att ändra status till OTC	Registreringsmyndigheter

Ett exempel på hälsoekonomiska analysers ökade strategiska användning kan hämtas från läkemedelsbolaget Syntex, där utvecklingen av två nya läkemedelssubstanser lagts ned, främst på grund av negativa hälsoekonomiska resultat (Clemens et al, 1993). Prissättning har fått allt större betydelse för ett läkemedels försäljningspotential eftersom priskänsligheten har ökat. Myndigheter accepterar inte längre prisskillnader mellan länder eller att priset höjs efter en tid på marknaden. Hälsoekonomiska data används därför av läkemedelsindustrin som en viktig komponent för att skatta det maximala priset. Trots att registreringsmyndigheterna klart uttalat att de inte vill blanda in ekonomiska avgöranden i samband med registrering av ett nytt läkemedel, talar alltför om kostnadseffektivitet som ett kommande fjärde krav (utöver de traditionella kraven på effekt, säkerhet och kvalitet). Pris- och subventioneringsförhandlingar blir allt hårdare i takt med att finansierarna kräver mer valuta för sina satsade pengar. Kan företaget då påvisa inbesparingar inom andra delar av sjukvården eller samhället ökar givetvis sannolikheten att erhålla ett högre pris eller att sättas upp på listan över ersättningsberättigade läkemedel.

Marknadsföring var tidigare det vanligaste användningsområdet för hälsoekonomiska utvärderingar. Det är fortfarande viktigt allt eftersom behandlingsriktlinjer upprättas av olika organisationer och myndigheter. Slutligen, att

flytta ett läkemedel från receptkrav till receptfrihet är ett sätt att förlänga en produkts liv och utöka dess användning. Ett godkännande krävs dock av registreringsmyndigheterna. I samband med detta registreringsförfarande kan en fördelaktig hälsoekonomisk profil öka sannolikheten för ett godkännande. Resten av kapitlet är indelat i dessa sju användningsområden för utvärderingar, förutom prissförhandling och subventionering vilka slagits ihop till ett gemensamt delavsnitt.

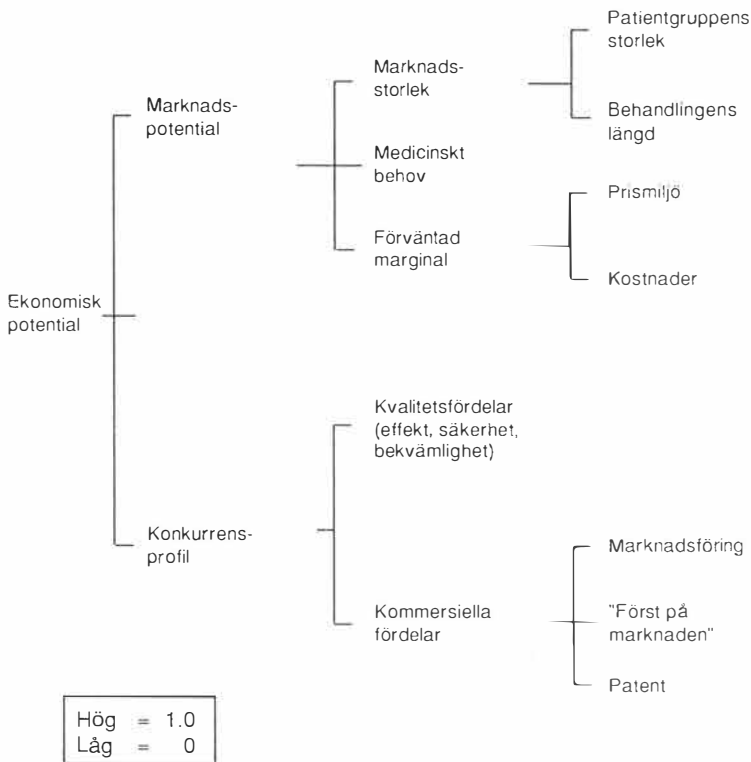
Att utvärdera forskningsprogram - en helt ny tillämpning

Utvecklingskostnaderna för nya läkemedel skjuter i höjden. DiMasi et al (1991) har beräknat utvecklingskostnaden (inklusive kostnader för det stora antalet substanser som faller bort på vägen p g a tekniska svårigheter, biverkningar eller avsaknad av effekt) till i genomsnitt 230,8 miljoner dollar per nytt läkemedel (1987 års värde). Läkemedel med låg innovationshöjd (så kallade Me-too's) kommer inte i framtiden att kunna täcka de dryga utvecklingskostnader som krävs för att ta fram ett nytt läkemedel. Icke vinstgivande läkemedel måste naturligtvis sorteras bort så tidigt som möjligt för att inte dra onödiga utvecklingskostnader och för att läkemedelsbolaget skall kunna koncentrera sina resurser på de mest kostnadseffektiva produkterna.

Eftersom forskningsresurserna inom ett läkemedelsföretag är begränsade måste varje projekt konkurrera med andra projekt inom en given budget. Under utvecklingen av ett läkemedelsprojekt, från det att en första lovande substans identifierats till det att det lämnats in för godkännande hos registreringsmyndigheterna, sker därför kontinuerligt regelbundna utvärderingar av detta (Se Jendteg [1993] för en beskrivning av forskningsprocessen.). Dessa projektutvärderingar varierar givetvis mellan företagen men baserar sig bl a på kliniska, registreringsmässiga och tekniska grunder. Exempel på de två förstnämnda är sannolikheten att nå en viss önskad/krävd effekt, exempel på det sistnämnda är tillverkningskostnad. Projekt som inte i tillräcklig utsträckning kan möta de krav som ställs på dem sorteras bort eller prioriteras ned. Exempelvis kan nämnas att DiMasi et al (1991) skattat att av 100 substanser som finns med i Fas I-prövningarna (de första försöken på friska frivilliga) återstår 75 i Fas II (de första försöken på sjuka individer) och 36 i Fas III (de större kliniska prövningarna). Innan en substans når Fas I-fasen har mer än 5 000 substanser testats för att utröna eventuell effekt.

Under senare tid har flera företag även inkluderat ekonomiska parametrar som grund för sina interna prioriteringsbeslut. Med hjälp av dessa ekonomiska parametrar kan man tidigt kvantifiera potentiella ekonomiska fördelar med läkemedlet samt identifiera ekonomiskt känsliga parametrar som kräver ytterligare information. På sätt och vis är en tidig hälsoekonomisk utvärdering en form av samhällsekonomisk analys som kontinuerligt uppdateras och breddas i takt med att man erhåller mer information från de olika kliniska prövningarna. Efterhand blir analysen mer av en traditionell cost-benefit eller kostnads-effektivitetsanalys i och med att man inriktar sig på själva produkten. Denna interna utvärdering behöver inte göras enbart på nya substanser utan även på nya indikationer, doser och sätt att administrera substansen. MacDonald (1993) presenterade nyligen ett exempel på hur en sådan ekonomisk utvärdering kan ställas upp (Diagram 10.2).

Diagram 10.2. Bedömning av ekonomisk potential - Syntexmodellen.



Källa: MacDonald, 1993.

Läkemedelsföretaget Syntex har således ställt upp ett beslutsträd och utifrån de värden mellan 0 och 1 som matas in för varje parameter samt viktning av dess betydelse erhålls ett indexvärde, d v s ett slags mått på en substans' ekonomiska potential.

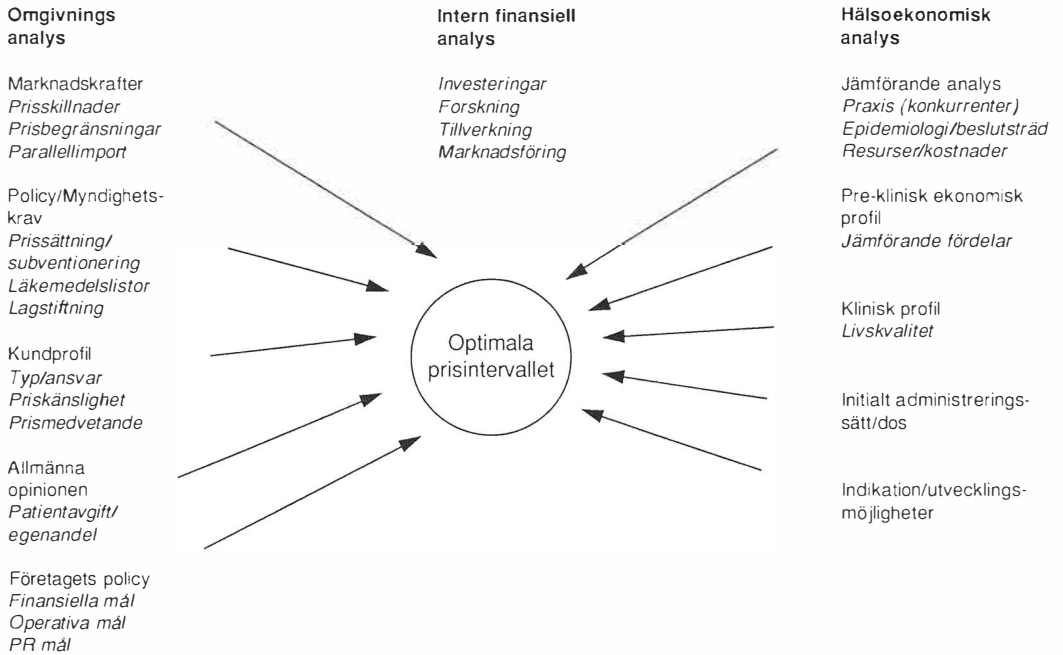
I takt med att de budgetansvariga för sjukvården ställer allt högre krav på "Value for Money" är det tydligt att produkter som inte är ekonomiskt gångbara (d v s inte är kostnadseffektiva) måste sorteras bort på ett tidigt stadium i utvecklingsprocessen. Walker (1993) rapporterade att mellan 35-45 procent av samtliga större läkemedelsföretag redan använder en hälsoekonomisk strategi som komplement till den traditionella, interna prioriteringsprocessen.

Hälsoekonomiska utvärderingar som kriterium för prissättning

Genom samarbetet inom NAFTA, Europeiska Unionen (EU) och EFTA kommer skillnaderna på läkemedelspriser att minska för i-länderna. De berörda länderna kommer inte att acceptera de relativt stora prisskillnader mellan länder som idag finns. Dessutom har de nya avtalen öppnat möjligheter för parallellimport av läkemedel från ett lågprisland (exempelvis Belgien, Frankrike, Italien, Spanien och Grekland) till ett högprisland (exempelvis Tyskland, Holland, Storbritannien och Danmark). Eftersom det i framtiden också kommer att bli svårt att höja priset på ett redan godkänt läkemedel är det allt viktigare att redan vid den tidiga, interna prissättningsdiskussionen försöka komma fram till ett optimalt prisintervall för sin produkt.

Läkemedelsföretaget Syntex har nyligen presenterat en förenklad modell över hur de skattar det optimala prisintervallet. I denna modell ingår tre huvudparametrar för skattningen; analys av omgivningen, intern finansiell analys och hälsoekonomisk analys. Den senare parametern är relativt ny i detta sammanhang. Diagram 10.3 visar Syntex' prismodell.

Diagram 10.3. Ingångsdata till global prisstrategi för nya läkemedel - Syntexmodellen.



Källa: Clemens et al., 1993.

Den hälsoekonomiska analysen genomförs tidigt i utvecklingen, redan innan läkemedlet testats på människa kan en första, begränsad analys genomföras på de hypoteser av läkemedlets egenskaper man eftersträvar. Analysen uppdateras och kompletteras sedan genom hela utvecklingsprocessen tills det är dags att förhandla om pris med de prisansvariga myndigheterna. Analysen innebär att man bygger upp en beslutsmodell där man jämför effekt och kostnader för det egna läkemedlet med den vanligaste behandlingen i klinisk praxis. Eftersom bl a epidemiologi, standardbehandling och kostnader skiljer sig åt mellan länder måste denna modell göras om för varje viktigt land. Utvecklingen av modellen innebär en integrering av tre delar; epidemiologi, behandlingseffekt samt ekonomi. I den första delen modelleras nuvarande standardbehandling och dess effekt med hjälp av incidensdata, komplikationer, dödlighet, effekt, biverkningar, och andra relevanta resultat. Den andra delen inkluderar användandet av den epidemiologiska modellen i ett försök att simulera den kliniska effekten av det egna läkemedlet. Den sista

delen innebär att prisdata adderas till modellen så att en ekonomisk skattning kan genomföras (Clemens et al, 1993).

Modellen kan användas på två sätt. Om man vet vilket pris som är det maximala (kanske för att en konkurrent med liknande effekt redan finns ute på marknaden) kan en preliminär analys visa vilken effekt eller biverkningsprofil som krävs för att läkemedlet skall vara kostnadseffektivt. Alternativt kan kostnadseffektiviteten skattas vid olika priser för att erhålla det maximala priset, baserat på produktens estimerade effekt. Ytterligare en fördel med att utveckla denna tidiga modell är att ekonomiskt känsliga variabler kan identifieras. Dessa kan sedan specialstuderas i det kliniska Fas III-programmet (Clemens et al, 1993).

De övriga två huvudparametrarna som beskrivs i diagram 3 har använts betydligt längre för skattning av det optimala priset. Den interna finansiella analysen skattar det lägsta möjliga priset baserat på investeringskostnader, forsknings- och utvecklingskostnader, tillverkningskostnader, förväntad marknadsandel, distributionskostnader, rabatter, patentskydd och önskad vinstmarginal. I den komplexa omgivningsanalysen försöker man beskriva de villkor som kommer att gälla när den egna produkten nått marknaden. En mängd parametrar måste bedömas; konkurrens, myndigheter, lagar, kunder, företagspolicy och politiska faktorer är bara några få av dessa.

Huvudsyftet är att skatta det optimala prisintervallet, dvs. vad köparen är villig att betala utifrån sina preferenser och budgetrestriktioner. Ofta ligger det optimala priset någonstans mellan det "hälsoekonomiska" priset och det minimipris som skattats i den interna finansiella analysen (Clemens et al, 1993).

Det finns givetvis en hel del problem med att genomföra tidiga hälsoekonomiska analyser. Kliniska data saknas eller är inkompleta. En enhetlig standard saknas för de hälsoekonomiska metoderna. Osäkerheten om vad som egentligen är kostnadseffektivt är stor eftersom myndigheterna hittills inte velat definiera denna term eller var gränsen för kostnadseffektivitet går (Clemens et al, 1993).

En stor fördel med att använda ovan beskrivna metoder är att man på ett relativt tidigt stadium kan identifiera produkter som aldrig kommer att bli kommersiellt gångbara (dvs. kostnadseffektiva), antingen för att det krävs ett

för högt pris för att det skall vara lönsamt eller att det krävs en effekt som är omöjlig att nå. Att hälsoekonomi redan spelar en viktig roll för att sätta pris understryks av det faktum att cirka 75 procent av alla större företag enligt uppgift redan använder hälsoekonomi för att sätta pris på sina produkter (Walker, 1993). Ett praktiskt exempel kan hämtas från Buxton, O'Brien (1992).

Hälsoekonomiska utvärderingar som grund för registrering

Varje nytt läkemedel måste godkännas av den lokala registreringsmyndigheten i ett land innan det kan säljas. Som grund för detta godkännande har sedan några årtionden tillbaka tre parametrar använts; att läkemedlet har effekt (efficacy), att det är säkert (safety) samt att det är tillverkat enligt god tillverkningssed och är ändamålsenligt (quality). Hittills har inga formella krav på kostnadseffektivitet eller samhällsekonomisk lönsamhet framförts från registreringsmyndigheterna. Istället har det från flera håll hävdats att registrering av nya läkemedel inte bör involvera ekonomiska frågor (Anonym, 1993c,d; Strandberg, 1993). Man menar att det är viktigt att särskilja ekonomiska frågor från de mer vetenskapliga frågorna rörande effektivitet och säkerhet. Ekonomiska frågeställningar hör mer hemma vid förhandlingsbordet efter det att ett läkemedel bedömts vara säkert och ha effekt. Dock börjar från vissa håll framföras vissa informella krav på sådana data - en form av ett fjärde krav för registrering. Dessa krav förstärks av att många företag bifogar sådana data i samband med registreringsansökningar. Walker (1993) rapporterade att 50 procent av de amerikanska läkemedelsföretagen och 38 procent av de europeiska redan inkluderar hälsoekonomiska data i samband med ansökan för registrering i USA. Företagen tycks trots allt tro att det kan innebära en gynnsammare och snabbare behandling av deras produkter om de kan visa att produkten genererar inbesparingar inom andra delar av sjukvården eller samhället.

En hel del experter hävdar att införandet av ett eventuellt fjärde krav för registrering skulle medföra fler nackdelar än fördelar. Bl.a. bör ett nytt läkemedel utvärderas kontinuerligt, dvs. även efter det att det registrerats. I samband med att registreringsansökan lämnas in är data på läkemedlets effektivitet och säkerhet begränsade. Det kan mycket väl vara så att ett läkemedel inte befinner sig vara kostnadseffektivt förrän efter det man sett hur det används i klinisk praxis. Å andra sidan kan situationen ibland vara den omvända. Ett exempel på det förstnämnda är behandling av njursvikt och vid njurtransplantation med erythropoietin (EPO). En tidig analys (d v s innan EPO

var introducerat på den brittiska marknaden) fann att EPO inte var i närheten av att vara kostnadseffektivt (£126 290 per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår) medan däremot en senare analys fann EPO vara betydligt mer kostnadseffektivt med £20 022 per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår, dvs. endast en femtedel så lågt (Anonym, 1993f). Ett exempel på det ovan nämnda kan vara fallet där en ny kostnadseffektiv produkt registreras relativt snart efter det att den första produkten registrerats. Skall då den gamla, ej längre kostnadseffektiva, produkten avregistreras? Den var ju trots allt ansedd som kostnadseffektiv när den godkändes. En annan nackdel med att kräva hälsoekonomiska data vid registrering är att en produkt kan vara kostnadseffektiv för vissa grupper av patienter och för andra inte. Bör man då godkänna ett läkemedel eller inte? Om man enbart godkänner ett läkemedel för vissa patientgrupper (exempelvis åldringar eller män vid behandling av hypertoni - grupper där behandling av högt blodtryck visat sig vara mycket kostnadseffektivt) uppkommer svårigheter med jämlikhet och hur man praktiskt skall begänsa användningen till enbart de grupper där behandlingen är kostnadseffektiv. En tredje nackdel är den ytterligare försening av viktiga läkemedel som sker i samband med registreringsförfarandet. Det finns även en del metodologiska invändningar mot att införa standardiserade regler på hur en hälsoekonomisk utvärdering bör ske (Luce, 1993). Grundprinciperna för ett godkännande bör därför även i framtiden främst vara effekt, säkerhet och kvalitet. Ekonomiska överväganden bör först komma in i samband med pris- och subventioneringsförhandlingar. Dessutom förbjuder EU:s direktiv pris som villkor för registrering.

Att använda utvärderingar i subventionerings- och prispförhandlingar

Hälsoekonomiska utvärderingar kan motivera priser som annars kanske skulle uppfattas som höga. För subventioneringsförhandlingar kan företagen motivera inklusion på listan över ersättningsberättigade läkemedel eller en högre subventioneringsgrad genom att påvisa inbesparingar på andra områden i samhället.

Krav från de budgetansvariga myndigheterna kommer också i allt större utsträckning. Australien är det första land i världen där det finns formella krav (fr o m 1 januari 1993) på läkemedelsföretagen att bevisa ett nytt läkemedels kostnadseffektivitet, innan det godkänns för subventionering av staten. Ett drygt 100-tal produkter har hittills behandlats. De australienska myndigheterna

har utarbetat riktlinjer för hur läkemedelsbolaget bör bevisa sitt nya läkemedels kostnadseffektivitet jämfört med det läkemedel som är klinisk praxis. Om det nya läkemedlet ej anses vara kostnadseffektivt kommer det ej heller att subventioneras av den australiensiska staten (Drummond, 1992; Henry, 1992; Aristides, Mitchell, 1994). De australiensiska riktlinjerna, som alltså är de första i världen, har kritiserats hårt både ur policymässig och metodologisk synvinkel (Drummond, 1992; Johannesson, 1992).

I den kanadensiska provinsen Ontario har man sedan flera år arbetat på att införa krav på kostnadseffektivitet för de nya läkemedel som subventioneras av staten genom Ontario Drug Benefit Program, vilket är ett statligt program för fria läkemedel för äldre och fattiga. Man kom så långt att flera versioner av riktlinjer för hur dessa studier skulle genomföras och presenteras skickades ut på remiss innan den kanadensiska regeringen beslöt flytta arbetet till nationell nivå (Detsky, 1993; Brogan, 1993). I juni 1993 genomfördes "Canadian Collaboration Workshop" för att utveckla nationella riktlinjer med deltagare från universitet, industri, konsultföretag och myndigheter. Dessa riktlinjer är nu upphöjda till mer eller mindre formella krav för subventionering och prisförhandlingar i Kanada (CCOHTA, 1994). Parallellt med detta arbete har arbetet med egna riktlinjer fortsatt inom provinsen Ontario.

Vad gäller hälsoekonomiska data i prisförhandlingar har dess användning hittills mest varit informell. Ett exempel på informellt användande kan hämtas från Sverige där priser på nya läkemedel tidigare förhandlades mellan Apoteksbolagets prisenhet och företagen (Det formella ansvaret hade dock Läkemedelsverket). De parametrar som Apoteksbolaget beaktade i sina förhandlingar med bolagen var bl.a. förväntad försäljning, pris på liknande läkemedel, priset i hemlandet, produktionskostnad, terapeutiskt värde samt effekten på behandlings- och andra sjukvårdsutgifter (min understrykning) (Ström, 1986). Under senare år fick den sistnämnda parametern allt större betydelse och de hälsoekonomiska analyser som presenterades av bolagen blev alltmer sofistikerade. Sedan 1993 har emellertid ansvaret för prisförhandlingar övergått till Riksförsäkringsverket (RFV) med motiveringen att eftersom det är RFV som betalar läkemedelsnotan bör de även ha ansvaret för prissättningen. I RFV:s föreskrifter vad gäller prissättning på ett nytt läkemedel anges att priset skall fastställas bl a utifrån dess hälsoekonomiska värde (RFV, 1992). Det är i dagsläget osäkert vilken konkret betydelse hälsoekonomiska data har för prissättningen hos RFV men man har uttryckt intresse för att få fler hälsoekonomiska studier som underlag vid prissättning (Almström, 1993).

Som nämnts ovan kan användningen av hälsoekonomiska data i pris- och subventioneringsförhandlingar vara positivt för läkemedelsindustrin. Förhoppningen är att beslutsfattarna inte enbart fokuserar sig på ett läkemedels pris, som tidigare skett i stor utsträckning, utan även på dess positiva effekter. Det finns även nackdelar med användandet av hälsoekonomiska data i dessa förhandlingar. Ökade merkostnader för industrin är en sådan nackdel. En annan nackdel, redan nämnd i samband med registreringsdiskussionen ovan, är problemet med pålitliga data i ett så tidigt skede av en produkts liv.

För att summera användningen av hälsoekonomiska studier i pris- och subventioneringsförhandlingar; Hälsoekonomiska data används i dag mest som ett informellt argument i dessa förhandlingar med myndigheterna. Det finns därför inget officiellt exempel på ett läkemedel där hälsoekonomiska data lett till ett högre pris eller en högre ersättningsnivå utan sådana exempel sprids endast ryktesvägen. Att mäta hälsoekonomiska datas positiva effekt på pris eller subventioneringsnivå är dessutom ytterst vanskligt.

Det finns endast formella krav på hälsoekonomiska data i Australien i samband med subventionering men liknande krav kan i framtiden komma även för andra i-länder, både för subventionering och inför prisförhandlingar (Drummond et al, 1993). Australiens detaljerade krav på hälsoekonomiska data är kanske en extrem variant om vad som kan förväntas. Dessa krav infördes helt utan diskussion med läkemedelsindustrin. Diskussioner har först nu startat med en representantgrupp från industrin. En annan form av styrning och krav kan ske via riktlinjer (så kallade guidelines) som arbetats fram gemensamt mellan olika berörda grupper, inklusive läkemedelsindustrin, för att nå konsensus. Ett sådant exempel är de kanadensiska riktlinjerna.

Hälsoekonomiska utvärderingar som ett marknadsföringsinstrument

Hälsoekonomiska utvärderingar användes förr främst som ett marknadsföringsinstrument. Det märks även genom att den hälsoekonomiska enheten ofta är organisatoriskt placerad inom marknadsföringsavdelningen (Walker, 1993). Det finns flera syften med att stödja en produkt på marknaden med hälsoekonomiska data. Ett viktigt syfte är att differentiera produkten gentemot konkurrenter inom samma terapiområde. Därför är spridning av den hälsoekonomiska studien viktig, främst genom publicering i en välkänd tidskrift. Undervisning av medicinska beslutsfattare sker även genom konferenser,

symposier och via läkemedelskonsulenter. Detta syfte har hittills varit det klart viktigaste.

Ett annat viktigt syfte med att genomföra hälsoekonomiska utvärderingar efter det att läkemedlet redan finns på marknaden är att försvara dess subventionerings- och prioriteringsstatus. Allt fler aktörer inom sjukvården upprättar listor över ersättningsberättigade eller rekommenderade läkemedel för att på så vis begränsa utgifterna. Kan företaget då identifiera potentiella inbesparingar inom andra delar av sjukvården som är relaterade till användningen av just det egna läkemedlet ökar givetvis sannolikheten att den egna produkten kommer att ingå på listan över rekommenderade eller ersättningsberättigade läkemedel.

Ett allt viktigare syfte med att använda hälsoekonomiska data i marknadsföringen är husläkarnas ökade betydelse, vilket bl a skett via genomgripande reformer i Tyskland och Storbritannien. Eftersom dessa läkare i allt större utsträckning får ansvar för en egen budget, och därigenom kommit att bli mer kostnadsmedvetna, har deras betydelse ökat sett ur marknadsföringssynpunkt.

Behandlingsriktlinjer är ett annat sätt som myndigheter, budgetansvariga, privata medicinska försäkringsbolag, sjukhus och kliniker använder för att begränsa sina utgifter på sjukvård. Allt eftersom dessa behandlingsriktlinjer blir mer sofistikerade får den medicinska professionen allt mindre rörelsefrihet. Ett exempel på en sådan riktlinje där hälsoekonomiska argument inkluderats som grundval för rekommendationer är SBU:s rapport om behandlingsriktlinjer för hypertoni (SBU, 1994). Att få sin produkt eller dess produkttyp rekommenderad i ett sådant dokument kommer i framtiden att få en avgörande betydelse för om ett läkemedel blir en ekonomisk framgång eller ej. Eftersom dessa beslutsfattare ofta saknar djupgående kunskaper i hälsoekonomi finns här en möjlighet att från läkemedelsindustrins sida undervisa beslutsfattarna och peka på de ekonomiska fördelar som, utöver de medicinska, kan erhållas vid användningen av en viss produkt.

En annan fördel med att genomföra hälsoekonomiska studier efter det att läkemedlet registrerats är den uppdatering som sker. Genom att basera sin utvärdering på en studie som genomförs i klinisk vardag (Fas IV), speglar studien den verkliga resurskonsumtionen och inte resurskonsumtionen i den till viss del artificiella omgivningen i kliniska försök. Vi har redan nämnt vikten av uppföljande studier i samband med EPO (Anonym, 1993f).

Den första användningen av hälsoekonomiska studier för att stödja marknadsföringen av ett nytt läkemedel var relativt slumpmässig och berodde till stor del på enskilda individers förutseende och intresse. Ett pionjärexempel på användningen av hälsoekonomiska data i marknadsföringen är Smith, Kline & Frenchs - SKF (numera SKB) analyser av magsårsmedlet Cimetidin (Tagamet), som introducerades i slutet av 1970-talet (Se exempelvis Culyer & Horisberger, 1983).

Ett tidigt exempel på ett mer strategiskt genomförande av hälsoekonomiska studier är Merck, Sharp & Dohmes (MSD) analyser av sin kolesterolsänkare Simvastatin Zocord). MSD lät i slutet av 1980-talet olika konsulter genomföra utvärderingar på Simvastatin för ett flertal länder. I bl a Holland fick den lokala studien relativt stor genomslagskraft och ledde till ett kraftigt ökat utnyttjande. Numera är dock hälsoekonomin en viktig del av den strategiska marknadsföringsplanen i de flesta företag och det finns ofta en väl genomtänkt plan för i vilka länder hälsoekonomiska utvärderingar bör genomföras. Man har dock haft vissa tvivel rörande hälsoekonomiska studiers effekt på de medicinska och politiska besluten (Drummond et al, 1993).

Att argumentera för övergången till receptfrihet (OTC) - ökad användning att vänta

Under senare år har flera myndigheter, olika apotekarorganisationer, konsumentgrupper och läkemedelsindustrin i många i-länder argumenterat för att fler läkemedel bör slippa recepttvånget och istället överföras till receptfrihet (på engelska benämnt Over-The-Counter, förkortat OTC). Många olika argument har använts för att motivera detta, inklusive lägre hälso- och sjukvårdskostnader, bättre utnyttjande av apotekarnas kunskaper, premiering av prevention samt utökad användning av läkemedel.

Läkemedelsindustrin har flera skäl till att vilja överföra ett läkemedel från receptbelagt till icke receptbelagt. Exempelvis kan en sådan övergång spara sjukvårdskostnader, öka försäljningen samt förlänga en produkts liv. Om konsumenterna tillåts styra sin egen sjukvård kan inbesparingar ske bl a genom färre läkarbesök, mindre subventionering (OTC-produkter subventioneras generellt sett inte av staten) och fler användare (d v s lindrigt sjuka som drar sig för att uppsöka läkare). En övergång till OTC kan leda till en totalt sett ökad försäljning om preparatet även stannar kvar på den traditionella, receptbelagda

marknaden. OTC-produkten har oftast en svagare dos, och därför en något annorlunda och ny målgrupp. Avslutningsvis, ett patenterat, receptbelagt läkemedel har ofta mindre än tio års patentskydd, d v s enbart tio år att betala tillbaka dess forsknings- och utvecklingskostnader (Andersson & Hertzman, 1993). Efter det att patentet gått ut sjunker nämligen oftast försäljningen drastiskt för originalläkemedlet. En produkt som kommer att utsättas för hård generisk konkurrens inom en snar framtid kan därför förlänga sitt liv genom att delvis överföras till OTC-status eftersom en OTC-produkt ofta kan ha en livslängd på upp till 30 år. Ett konkret exempel på en överföring till OTC-status kan hämtas från magsårsområdet där Cimetidin (Tagamet) nyligen ändrat status i Storbritannien. Cimetidins patent i Storbritannien gick ut under våren 1994 och försäljningen för originalpreparatet sjönk dramatiskt när generiska kopior trädde in på marknaden.

För att kunna överföra ett preparat från receptbelagt till receptfritt krävs att företagen inlämnar en formell ansökan till registreringsmyndigheterna. I ansökan skall givetvis resultaten från en del nya kliniska prövningar ingå eftersom det ofta rör sig om ett något ändrat indikationsområde samt en svagare dos. All fler företag genomför även en form av cost-benefit analys av övergången från recept till OTC-status. På detta sätt kan beslutsfattarna informeras rörande de för- och nackdelar som finns med att överföra just detta preparat. Det finns dock inga formella myndighetskrav på sådana ekonomiska analyser.

Andersson och Hatzianreou (1992) publicerade nyligen en sammanfattning över vilka för- och nackdelar som kan finnas vid en övergång till OTC-status samt de studier som publicerats i detta ämne. Tabell 10.3 inkluderar de potentiella fördelar och kostnader som kan uppkomma vid en övergång.

Tabell 10.3. Potentiella fördelar och kostnader med att ändra status från receptkrav till receptfrihet för ett läkemedel.

FÖRDELAR

Samhället

- Mindre subventionering
- Inbesparad läkartid
- Nya användare
- Lägre administrationskostnad för recept
- Ökad produktivitet

Konsumenten

- Lägre totalkostnad
- Ingen väntetid hos läkare
- Färre läkarbesök
- Mindre väntetid i apoteket
- Ingen patientavgift till läkare
- Ingen receptavgift
- Lägre reskostnad
- Mer tid på arbetet
- Förbättrad produktivitet på arbetet

NACKDELAR

- Ökade biverkningar
 - Försenad behandling av allvarlig sjukdom
 - Bakterieresistans
 - Onödig konsumtion av läkemedel
 - Apotekarens tid
 - Inlärningskostnad för konsumenten
 - Minskad produktivitet
-

Källa: Andersson & Hatziandreu, 1992.

Generellt sett har de flesta tidigare analyser påvisat en fördel med att ändra receptstatus på ett läkemedel (Oster et al, 1990; Ryan, Yule, 1990). Storleken på dessa fördelar beror givetvis på vilken sorts läkemedel det är frågan om och storleken på den potentiella marknaden. Andersson, Hatziandreu (1992) summerade även de hälsoekonomiska metoder som kan användas inom detta område.

Under perioden 1972-1990 erhöll 15 läkemedel OTC-status i Sverige (Bergström & Höög, 1994), vilket kan jämföras med 9 stycken perioden 1990-1992 (Anonym, 1993e). I takt med att det blir allt vanligare att läkemedel ändrar status till receptfrihet kommer även hälsoekonomiska metoder att användas i högre grad för att påvisa de ekonomiska fördelarna med en sådan förändring.

Utvärderingarnas betydelse

Det ökade intresset för hälsoekonomiska utvärderingar av läkemedel avspeglas i att det kommit att bli en egen disciplin inom hälsoekonomin, på engelska benämnt "Pharmacoeconomics", med en egen specialdesignad tidskrift - PharmacoEconomics. Det ökade intresset för detta område kan även utläsas av det stora antal konferenser som anordnas under detta tema. Antalet studier har också ökat markant. Elixhauser et al (1993) fann att det totala antalet publicerade kostnads-effektanalyser och cost-benefit analyser ökat från 5 stycken år 1966 till 251 år 1990.

I takt med ett hårdare sjukvårdsekoniskt klimat har sjukvårdens huvudmän alltmer börjat inse behovet av att använda de begränsade resurserna så kostnadseffektivt som möjligt, d v s så att de ger mesta möjliga valuta för pengarna. Ett exempel på detta är den i den amerikanska delstaten Oregon sedan 1 januari 1994 introducerade prioriteringslistan över ersättningsberättigade behandlingar inom Medicaid-systemet (fri sjukvård för de fattiga). Oregon-listan, som till viss del är baserad på hälsoekonomiska och livskvalitetsdata, omfattar 688 rangordnade diagnos-åtgärdspar. De första 568 täcktes av den befintliga budgeten. De övriga 120 (exempelvis levertransplantationer av patienter med levercancer) hamnade under det tänkta strecket och kom ej att finansieras av staten (Anonym, 1993a,g). Delstatsregeringen i Oregon har av president Clinton fått godkännande för en femårig testperiod.

Läkemedelsmarknaden har alltmer förskjutits från att ha varit i hög grad producentstyrd till att bli mer marknadsorienterad. Läkemedelsföretagens behov att för de medicinska beslutsfattarna påvisa de ekonomiska fördelarna med sin produkt på ett lättförståeligt och acceptabelt sätt har ökat under senare år. Därför krävs en tidig insats av läkemedelsföretagen på det hälsoekonomiska området (både internt i form av strategiska analyser och externt i exempelvis pris- och subventioneringsförhandlingar), betydligt tidigare än vad som varit fallet. Dessa insatser medför givetvis att forsknings- och utvecklingsprocessen för ett nytt läkemedel blir dyrare och tar längre tid.

I framtiden kommer läkemedel med låg eller osäker kostnadseffektivitet aldrig att nå marknaden utan kommer att sorteras bort redan under utvecklingsfasen. En ökad tidig användning av hälsoekonomiska analyser kommer således att leda till att ett färre antal nya produkter introduceras på marknaden. Det finns givetvis vissa fördelar med detta. Ett visst antal "överflödiga" produkter sällas

bort och gör det lättare för läkarna att välja läkemedel vid förskrivning. Det finns även en hel del nackdelar med denna utveckling. Produkter för "marginalpatienten" sällas bort, d v s nya produkter för mindre patientpopulationer är inte längre lönsamma. Av erfarenhet vet man också att flera läkemedel kan få nya användningsområden efter att en tid ha funnits på marknaden. Med färre produkter på marknaden minskar chansen för en sådan utveckling. En annan nackdel är att det är svårt att så tidigt i en produkts liv förutse dess användning och kostnadseffektivitet i klinisk vardag.

Vad har då de hälsoekonomiska analyserna för effekt på det politiska och medicinska beslutsfattandet? Drummond et al. (1993) publicerade nyligen en sammanfattning över hälsoekonomins användning i de större europeiska länderna. Som framgår av tabell 10.4 och av Drummonds artikel har effekten hittills varit relativt begränsad och användningen mestadels informell. Det verkar saknas en länk mellan hälsoekonomiska analyser och beslutsfattare av viktiga medicinska och politiska beslut.

Tabell 10.4. Potentiell användning av hälsoekonomiska analyser av läkemedel i Europa.

Land	Nationella prisför- handlingar	Subventionering	Listor/ Riktlinjer	Förskrivnings- påverkan
Belgien	?	+	?	?
Finland	+	+	?	?
Frankrike	?	?	?	?
Tyskland	-	-	+	?
Italien	?	+	+	?
Nederländerna	-	+	+	?
Portugal	-	+	?	?
Spanien	-	?	?	?
Sverige	+	+	+	?
Schweiz	-	+	+	?
Storbritannien	-	-	+	+

Källa: Drummond et al (1993).

Notera: + Hälsoekonomiska data kan eller har använts.
 - Hälsoekonomiska data krävs ej.
 ? Osäkerhet råder om hälsoekonomiska datas roll.

Inom några år förutspås dock en betydligt större användning och effekt av hälsoekonomiska data på flera olika beslutsnivåer inom sjukvården. Kanada, Frankrike, Portugal, Spanien och USA planerar alla att snart införa mer eller mindre formella krav på hälsoekonomiska utvärderingar i samband med ersättnings- och prisförhandlingar (Anonym, 1993b). Flera olika akademiska

grupper arbetar även på att upprätta olika riktlinjer för genomförandet av hälsoekonomiska utvärderingar, så kallade "Good Pharmacoeconomics Practice - GPEP" (Andersson, 1994). Eftersom båda parter efterfrågar läkemedelsindustrins synpunkter finns här en möjlighet att samarbeta i större utsträckning än tidigare, exempelvis på ett liknande sätt som idag gäller mellan industrin och registreringsmyndigheterna i det stora flertalet länder.

Effekten och vikten av olika studier kommer att öka genom att medvetandet om dessa studiers användbarhet kommer att spridas. Läkemedelsindustrin kommer även att planera genomförandet av studierna och spridningen av resultaten mer noggrant än vad som hittills varit fallet. Olika studier kommer att ha olika målgrupper, olika grad av sofistisering och genomföras i en rad olika länder. Antalet studier kommer således att öka. I och med ett ökat antal studier och en ökad komplexitet kommer en del metodproblem att behöva lösas. Exempelvis uppkommer problemet hur man exporterar ett resultat från ett land till ett annat, något som är mycket vanligt med kliniska prövningar. En nödvändig metodutveckling är därför att vänta.

Hälsoekonomiska utvärderingar har utsatts för viss metodkritik (Mason & Drummond, 1995; Freemantle & Maynard, 1994). Denna kritik har till viss del varit befogad eftersom hälsoekonomin ännu inte riktigt nått samma vetenskapliga nivå som exempelvis kliniska prövningar. Det är viktigt att man inom det hälsoekonomiska området tar fasta på denna kritik. Man bör dock ha viss förståelse för att hälsoekonomiska studier, som har sin bas i mänskliga och samhällsliga system, aldrig kan nå samma nivå av "laboratorieklimat" som i kliniska studier, vilka i betydligt högre grad kan styras och hållas fria från osäkerhetsfaktorer. Kritiken mot detta nya område kommer förhoppningsvis att avstanna i och med att metoderna inom hälsoekonomin utvecklas. Den metodologiska utvecklingen och upprättandet av metodologiska riktlinjer kommer troligtvis att leda till en högre förståelse, acceptans och status för detta viktiga område.

Den ökade användningen av hälsoekonomi har lett till en kraftigt ökad efterfrågan på hälsoekonomer inom läkemedelsindustrin (vilket även diskuterats inledningsvis). Eftersom utbudet av hälsoekonomer är betydligt lägre än efterfrågan finns vissa rekryteringsproblem för läkemedelsindustrin (men även för myndigheterna som hamnar i en liknande situation i takt med att mer formella krav införs). Detta kan lösas på flera sätt. Ett sätt är att använda externa konsulter, vilket redan sker i stor utsträckning idag. I längden blir detta dock

väldigt dyrt. Ett annat sätt är att försöka utbilda intresserade medarbetare internt. Det krävs dock en relativt lång utbildningsperiod innan en acceptabel kunskapsnivå nåtts. Ett tredje sätt att försöka bygga ut den hälsoekonomiska enheten är att externfinansiera utbildningen av hälsoekonomer och därefter hoppas på att de söker sig till det företag som finansierat deras utbildning. Glaxo är ett exempel på företag som använt den tredje strategin.

Hälsoekonomiska utvärderingar gjorda eller finansierade av läkemedelsindustrin har dock kritiserats av flera parter (Kassirer & Angell, 1994). Exempelvis framhölls i de första hälsoekonomiska riktlinjerna från Ontario klart och tydligt att studier gjorda eller finansierade av läkemedelsbolagen ej ansågs utgöra samma bevis för kostnadseffektivitet som studier gjorda av en oberoende hälsoekonom från den akademiska världen (Ontario Ministry of Health, 1991). I de senare riktlinjerna för Kanada är detta dock nedtonat och i de australiensiska riktlinjerna görs inte alls denna klassificering. Även akademiker har kritiserat den påtryckning som, enligt deras bedömning, skett från läkemedelsföretagens sida i samband med att en hälsoekonomisk utvärdering görs av deras produkt (Hillman et al, 1991). Detta kan ha varit en "barnsjukdom" men i takt med att riktlinjer för en god hälsoekonomisk studie utarbetats av olika myndigheter och även av olika akademiska grupper kommer detta problem sannolikt att minska (Task Force on Principles for Economic Analysis, 1995). Inom en snar framtid kommer förhoppningsvis en hälsoekonomisk studie att bedömas, inte efter vem som gjort eller finansierat den, utan efter dessa kvalitet.

Det sker just nu väldigt stora strukturella förändringar inom sjukvårdsområdet. Detta förväntas pågå ännu flera år. Läkemedelsindustrin har därför fått anpassa sitt sätt att arbeta till en bitvis ny omgivning. Detta kapitel har diskuterat hälsoekonomiska utvärderingars kraftigt breddade användningsområde. Bl a har påvisats en förskjutning från marknadsföring via pris- och subventioneringsförhandlingar till prioritering av forskningsprojekt. Det är mycket möjligt, rent av troligt, att de olika användningsområdenas betydelse förändras, och att nya användningsområden tillkommer, i takt med att omgivningen ytterligare förändras fram till nästa årtusende.

Referenser

- Almström, B. (1993), "Kommentar". I Johannesson, M och Jönsson, B (eds) *Ekonomisk utvärdering av läkemedel*. Stockholm: SNS Förlag, 114-116.
- Andersson, F. (1992a), "Norway's pivotal role in regulatory health economics and pharmaceutical cost containment - what can other countries learn?" *Health Policy* 21:17-34.
- Andersson, F. (1992b), "The international diffusion of new drugs: a comparative study of seven industrialized countries". *Journal of Research in Pharmaceutical Economics* 4:43-62.
- Andersson, F. (1994), "Current industry and regulatory trends in health economics". *Journal of the European Society for Regulatory Affairs* 1(2):16-17.
- Andersson, F. och Hatziandreu, E. (1992), "The costs and benefits of switching a drug from prescription-only to over-the-counter status - A review of methodological issues and current evidence". *PharmacoEconomics* 2:388-396.
- Andersson, F. och Hertzman, P. (1993), "Effective Patent Life of Drugs in Sweden - a Comparison With International Studies". *Managerial and Decision Economics* 14:53-63.
- Anonym. (1993a), "Clinton approves Oregon Plan". *IMS Marketletter* 20(29 mars):15.
- Anonym. (1993b), "Europe's new cost-conscious environment". *IMS Marketletter* 20(8 november):24-25.
- Anonym. (1993c), "FDA being "drawn into" cost-effectiveness field through ad oversight, Kessler says; Agency is receiving cost studies with NDAs, "increasing role" predicted". *F-D-C Reports* 55(1 november):8-9.
- Anonym. (1993d), "FDA on cost-effectiveness claims". *IMS Marketletter* 20(22 november):15.
- Anonym. (1993e), "POM to OTC switches in Nordic countries". *SCRIP* Nr. 1883:3.
- Anonym. (1993f), "Risks of early cost-benefit conclusions". *SCRIP* Nr. 1876:27.
- Anonym. (1993g), "Smokers to pay for Oregon Health Plan". *IMS Marketletter* 20(16 augusti):15.
- Apoteksbolaget. (1995), *Svensk Läkemedelsstatistik 94* Stockholm: Apoteksbolaget.
- Aristides, M. och Mitchell, A. (1994), "Applying the Australian Guidelines for

the Reimbursement of Pharmaceuticals". *PharmacoEconomics* 6:196-201.

Bergström, R. och Höög, S. (1994), "The Impact of OTC-switches on the Product Life Cycles of 15 Pharmaceutical Products in Sweden". *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*. 9:25-68.

Brogan, T. (1993), "Pharmacoeconomics - the Canadian experiment". *SCRIP Magazine*, november: 18-21.

Buxton, M.J. och O'Brien B.J. (1992), "Economic evaluation of ondansetron: preliminary analysis using clinical trial data prior to price setting". *British Journal of Cancer* 66 (suppl. XIX):64-67.

CCOHTA (1994), "Guidelines for Economic Evaluation of Pharmaceuticals: Canada". Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment.

Clemens, K., Garrison, L.P. Jr., Jones, A. och Macdonald, F. (1993), "Strategic Use of Pharmacoeconomic Research in Early Drug Development and Global Pricing". *PharmacoEconomics* 4:315-322.

Commonwealth of Australia (1992), "Guidelines for the Pharmaceutical Industry on Preparation of Submissions to the PBAC". Canberra: Dep of Health, Housing and Community Services.

Culyer, J.A. och Horisberger, B. (eds) (1983), *Economic and Medical Evaluation of Health Care Technologies*. Berlin:Springer-Verlag.

Detsky, A. (1993), "Guidelines for Economic Analysis of Pharmaceutical Products - A Draft Document for Ontario and Canada". *PharmacoEconomics* 3:354-361.

DiMasi, J.A., Hansen, R.W., Grabowski, H.G. och Lasagna, L. (1991), "Cost of Innovation in the Pharmaceutical Industry". *Journal of Health Economics* 10:107-142.

Drummond, M. (1992), "Australian Guidelines for Cost-Effectiveness Studies of Pharmaceuticals - The Thin End of the Boomerang?" *PharmacoEconomics* 1 (Suppl. 1):61-69.

Drummond, M., Rutten, F., Brenna, A., Gouveia Pinto, C., et al. (1993), "Economic Evaluation of Pharmaceuticals - A European Perspective". *PharmacoEconomics* 4:173-186.

Elixhauser, A., Luce, B.R., Taylor, W.R. och Reblando, J. (1993), "Health Care CBA/CEA: An Update on the Growth and Composition of the Literature". *Medical Care* 31(Suppl. J):1-11.

Freemantle, N. och Maynard, A (1994), "Something Rutten in the State of Clinical and Economic Evaluations?" *Health Economics* 3:63-67.

Gerdtham, U-G. och Jönsson, B. (1993), *Läkemedelsförmånen*. Stockholm: SNS Förlag.

Hertzman, P. (1992), *Hälsoekonomiska investeringskalkyler i Sverige 1975-1989*. Working Paper Series 1/92. Nationalekonomiska institutionen, Lunds Universitet.

Hendry, D. (1992), "Economic Analysis as an Aid to Subsidisation Decisions - The Development of Australian Guidelines for Pharmaceuticals". *PharmacoEconomics* 1:54-67.

Hillman, A.L., Eisenberg, J.M, Pauly, M.V., Bloom, B.S., et al. (1991), "Avoiding bias in the conduct and reporting of cost-effectiveness research sponsored by pharmaceutical companies". *The New England Journal of Medicine* 324:1362-1365.

Jendteg, S. (1993), *Vad kostar ett nytt läkemedel?* Lund: Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE).

Johannesson, M. (1992), "The Australian Guidelines for Subsidisation of Pharmaceuticals - The Road to Cost-Effective Drug Prescribing?" *PharmacoEconomics* 2:355-362.

Kassirer, J.P. och Angell, M. (1994), "The Journal's policy on cost-effectiveness analyses". *New England Journal of Medicine* 331:669-670.

Luce, B.R. (1993), "Cost-Effectiveness Analysis - Obstacles to Standardisation and its Use in Regulating Pharmaceuticals". *PharmacoEconomics* 3:1-9.

MacDonald, F. (1993), "Strategic Use for PharmacoEconomics in the Early Stages of Drug Development". Presentation vid Drug Information Association Workshop Health Economics: the impact of economic evaluation on new drug development and marketing. Lissabon, 14-17 november, 1993.

Mason, J. och Drummond, M. (1995), "Reporting guidelines for economic studies". *Health Economics* 4:85-94.

OECD. (1991), *OECD HEALTH DATA - Comparative Analysis of Health Systems*. CREDES-OECD Database, Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.

Ontario Ministry of Health. (1991), *Guidelines for preparation of economic analysis to be included in submission to drug programs branch for listing in the Ontario drug benefit formulary/comparative drug index*. Toronto: Drug Programme Branch, Ministry of Health.

Oster, G., Juse, D., Delea, T., Colditz, G. och Richter, J. (1990), "The risks and benefits of an Rx-to-OTC Switch". *Medical Care* 28:834-852.

RFV. (1992), *Riksförsäkringsverkets föreskrifter om fastställande av pris på*

läkemedel. Stockholm: Riksförsäkringsverkets författningssamling, RFFS 1992:20 S.

Ryan, M. och Yule, B. (1990), "Switching drugs from prescription-only to over-the-counter availability: economic benefits in the United Kingdom". *Health Policy* 16:233-239.

SBU. (1994), *Måttligt förhöjt blodtryck*. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU).

Strandberg, K. (1993), "Kommentar". I Johannesson, M. och Jönsson, B. (eds) *Ekonomisk utvärdering av läkemedel*. Stockholm: SNS Förlag, 111-113.

Ström, S. (1986), "Prissättning av läkemedel". I Strandberg, K. och Mandahl, H. (eds) *Läkemedel och sjukvårdsekonomi*. Uppsala: Socialstyrelsens läkemedelsavdelning (SLA), 1-10.

Task Force on Principles for Economic Analysis of Health Care Technology (1995), "Economic Analysis of Health Care Technology - A Report on Principles". *Annals of Internal Medicine* 122:61-70.

Walker, S. (1993), "Socioeconomic Evaluation of Medicines - A Survey of the Global Pharmaceutical Industry". Presentation vid Drug Information Association Workshop Health Economics: the impact of economic evaluation on new drug development and marketing. Lissabon, 14-17 november, 1993.

11. Ekonomiska utvärderingar av handikapp- teknologier?

Håkan Brodin

Handikapp, rehabilitering och hälsoekonomi.

Under senare år har hälsoekonomer i allt högre utsträckning blivit anlitade för att delta i ekonomiska utvärderingar av projekt som har med handikapp eller rehabilitering att göra. Följande text är ett försök att ordna mina tankar kring utvecklingen av metoder och tekniker för detta ändamål. Framställningen kommer att ha karaktären av ett diskussionsinlägg snarare än en formell vetenskaplig framställning. Anledningen är att fältet, även internationellt, endast är ett par år gammalt med något enstaka undantag. Formella ekonomiska teorier och metoder saknas därför i stor utsträckning. Jag tror att det är viktigt att många människor kan medverka i den vetenskapliga utvecklingen utan att fastna i formalia. Jag hoppas också kunna attrahera någon för det intressanta, kreativa och spännande i denna utveckling.

Handikapp kan ha många olika betydelser. Termen "handikappad" brukar oftast undvikas av de personer som är "handikappade", eftersom den har kommit att behäftas med en negativ värdering. I vissa sammanhang kan termen "funktionshindrad" användas, men kopplar då inte till de sociala problem som uppstår i relationen mellan den enskilde och hans omgivning. I ett utredande perspektiv, som detta, kan det vara viktigt att definiera begreppet sakligt, om än inte helt objektivt. Jag kommer därför att använda begreppen handikapp och handikappad såsom varande mest adekvat. Utgångspunkten kommer att vara WHO:s definition av "handicap, disability and dysfunction", liksom de tankar som Nordenfelt (1987) redovisar om handikapp, som ett gap mellan vad den enskilde vill åstadkomma i form av vitala mål och de förutsättningar som samhället erbjuder. Det kan vara onödigt att gå in på dessa definitioner i detalj, men avsikten är att hålla en relativt fri definition - en definition som inte enbart behöver tolkas ekonomiskt och inte heller är begränsad varken till ett medicinskt-etiskt eller ett nytto-etiskt perspektiv.

Som en utgångspunkt vill jag göra en distinktion mellan ett samhällligt perspektiv och ett individuellt perspektiv. I hälsoekonomisk mening kan man dra en parallell mellan de båda begreppen handikapp och rehabilitering respektive begreppen sjukdom och sjukvård. Handikapp är därmed den företeelse som vi är intresserade av att minska, inte bara funktionsnedsättningen. Rehabilitering är i sträng mening, i det individuella perspektivet, bara det medel som står till buds för att hjälpa individen. I rehabilitering ingår alltså inte anpassningar i samhället som t ex ramper eller bostadsanpassning. I ett allmänt, samhällligt perspektiv är detta dock en onödigt snäv begränsning. Fortsättningsvis kommer jag mestadels att hålla mig till det individuella perspektivet.

Vad kan hälsoekonomin bidra med?

Det är naturligt att hälsoekonomerna tillfrågas när det gäller utvärdering av handikapprelaterad verksamhet. Många handikapprelaterade verksamheter ligger nära sjukvården, särskilt hör- och syncentralerna, som i de flesta fall är kopplade till en klinik. Fram till nyligen har även hjälpmedelsverksamheten helt och hållet varit en landstingsangelägenhet. Denna historiska koppling till sjukvård håller nu på att brytas upp och det blir vanligare att hjälpmedelsverksamheten tas över av kommuner eller att den "försvinner" och integreras i annan verksamhet. Många handikappverksamheter kan dock naturligare hänföras till kommunernas sociala verksamhet, t ex bostadsanpassningar och färdtjänst, eller till utbildningssektorn, t ex när det gäller kommunikationsproblemen.

Men det finns också ett djupare skäl varför hälsoekonomer kan ha en särskilt intresse för handikapprelaterad verksamhet - och detta är delvis samma skäl som gör att många handikapprelaterade verksamheter ligger nära sjukvården - nämligen fokuseringen på individuell välfärd. Resurserna består till stora delar av den egna kroppen eller själen och där en agent - en läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut eller dylikt - är speciellt lämpad att ge råd om denna resursinsats. I de flesta fall är denna person en medlem av en professionell organisation som, på grund av funktionsstörningar i marknaden, tar på sig en viss etisk restriktion.

Som en parentes kan det vara på sin plats att fundera över varför inte hälsoekonomerna blir anlitade i frågor som har med utbildning att göra. Här gäller ju samma förhållande - en verksamhet som fokuserar på individuell välfärd, där

den egna kroppen och själen sätts in som resurs och med legitimerade personer (lärare) som agenter. Svaret ger också den viktigaste orsaken till likheterna mellan sjukdom och handikapp. Båda handlar om relationerna till andra människor. När det gäller utbildning är beslutet om resursinsatser visserligen en kollektiv angelägenhet, vi understödjer utbildning så att samhället, och därmed vi själva, skall kunna utvecklas och få det bättre. Men vi har inga starka åsikter om vem som skall understödjas, så länge inte resurserna slösas på någon som inte kan tillgodogöra sig undervisningen, och knappt ens då. Men i fallet med sjukvård eller handikapp är detta mycket påtagligt. Resurserna är strängt kopplade till enskilda individer. Det är heller ingen tvekan om att det är önskvärt att sätta in sjukvård eller rehabilitering om någon är sjuk eller handikappad. Tvekan gäller snarare hur mycket som skall satsas på var och en, och det är här som hälsoekonomerna förväntas bidra med den största insatsen.

Pedagogisk sakkunskap säger ofta att forskare utvecklas i fyra stadier. Först är man omedvetet inkompetent, därefter blir man medvetet inkompetent. Efter viss tid av undervisning och forskning blir man medvetet kompetent för att slutligen bli omedvetet kompetent. Detta slutstadium leder till att man som erfaren forskare tycker att allt är lätt och att man trivs med sin disciplin, så som den är. Man har under sin karriär internaliserat sina teorier och metoder så att man inte längre uppfattar dem som preliminära modeller för verkligheten. Man är omedveten om att de bör attackeras och omprövas efter nya rön, eller om man skall utvidga sitt forskningsområde. När man som hälsoekonom blir ombedd att delta i projekt som riktas mot handikapp eller rehabilitering bör man därför vara extra lyhörd för situationer där man känner en viss förvirring inför anomalier i teori eller metod. Det kan då vara lämpligt att återgå till sina gamla läroböcker, eller ännu hellre att skaffa de senaste, för att studera vad den grundläggande teorin egentligen säger med de vetenskapliga glasögon man nu har. I det följande vill jag föreslå några uppfattningar som jag själv tvingats revidera.

Att påstå att ekonomi är en samhällsvetenskap är en truism. Ekonomi handlar om sociala förhållanden. Att påstå att ekonomi har naturvetenskapliga ambitioner är inte heller särskilt kontroversiellt. Under många år har ekonomer klätt sina teorier och modeller i matematisk form som underlättar arbetet i vissa avseenden. Inte minst i den empiriska forskningen, t ex i ekonometri, har en matematisk formulering av ekonomins bärande idéer varit framgångsrik. Ekonomi är dock bredare än så. Det innehåller såväl beteendevetenskapliga inslag som rent språkvetenskapliga. Inom hälsoekonomin gäller det i särskilt hög

grad eftersom man ofta kommer in på frågor som gränsar till etik. Begrepp som altruism, som ett vetenskapligt uttryck för vissa individuella relationer, eller människovärde som språkligt begrepp, är sådana exempel som leder till anomalier.

En annan truism är att en vetenskap är en karta av verkligheten - en förenkling som skall göra verkligheten hanterbar för oss. Beroende på vad vi ska använda kartan till använder vi olika karttecken. Vi tar då bara med sådana tecken som vi kan tänkas ha nytta av. Diskussioner mellan företrädare för olika discipliner blir därför ofta fruktlösa. Man kan inte se värdet av den andres karttecken samtidigt som man värnar om sina egna. När det gäller exemplet altruism ovan, är det ett beteendevetenskapligt "karttecken" som tenderar att definieras bort inom ekonomin. Det passar inte in i den vetenskapliga uppfattningen om "The economic man", där egenintresset definierar beteendet. Kanske skulle vi ändå vinna på att ta in det, som ett nytt karttecken, i hälsoekonomi. Det finns onekligen situationer som upplevs som anomalier för en ekonom som studerar handikapp i samhället. Utan en förklaring som baseras på altruism blir många av samhällets satsningar på rehabilitering svåra, komplicerade och krystade att motivera eller förklara med hjälp av ekonomisk teori. Om det är fel på verkligheten står ekonomerna inför en heroisk pedagogisk (och mycket otacksam) uppgift. Om det är fel på den vetenskapliga kartan finns det kanske anledning att revidera den.

En annan situation, där ekonomens ordinarie roll å andra sidan kanske är mera adekvat, är det senare exemplet ovan. Begreppet människovärde orsakar problem i många etiska sammanhang. Ideologiskt accepteras i de flesta fall formuleringen "alla människors lika värde" som en grund för en humanistisk livshållning och också för principer vid prioriteringar av sjukvård eller rehabiliteringsinsatser. Problemet blir att begreppet, rent språkligt, leder till tanken att man måste hitta ett värde, en kvantitet som bestämmer hur mycket en människa är värd. Begreppet innebär också att människan som värderas blir ett objekt - och att värderingen görs av ett subjekt, en ägare, antingen en annan människa eller samhället. Detta strider mot fundamentala mänskliga principer om äganderätt till andra människor. Resultatet blir en anomali. Hade man istället noterat att termen människovärde troligen är en sammandragning av det längre ordet människovärdighet (human dignity på engelska) löser sig sannolikt anomalin. Ekonomens uppgift borde kanske vara mera pedagogisk i detta fall.

Men även inom den egna disciplinen kan diskussioner bli onödigt uppslitande eftersom de karttecken vi använder ofta kan användas i flera olika sammanhang med små nyansskillnader. För en ekonom som studerar handikapp och rehabilitering kan begrepp som *betalningsvilja* eller *indirekta kostnader* ge upphov till anomalier. Mer om detta nedan.

Marknader och institutioner

Under sextio- och början av sjuttioalet var studiet av marknadsmisslyckanden en omfattande verksamhet på de nationalekonomiska institutionerna. Under senare år har intresset förskjutits till förmån för andra angelägna områden. Det har snarare blivit *comme-il-faut* att poängtera marknadens överlägsenhet i att lösa resursallokeringsproblem. Bara i ett fåtal sektorer i samhället är det ett viktigt område att studera hur marknader kan kompenseras eller simuleras. Det gäller t ex sjukvården. Sannolikt förekommer en stor del av dessa problem också i handikapprelaterade verksamheter, men kanske inte i alla avseenden.

"Marknaden har alltid rätt" eller "konkurrens är alltid bättre" är uttryck som ofta hörs, men som lika ofta förkastas av professionella ekonomer. En perfekt fungerande marknad kännetecknas av vissa viktiga karakteristika eller krav: Konsument och producent skall ha fullständig kunskap om vad som köps och säljs och till vilket pris. Det ska finnas så många köpare och säljare att ingen enskild, genom sitt agerande, kan påverka priserna. Slutligen ska det vara fritt tillträde till marknaden för alla.

Det finns ingen marknad som fungerar perfekt enligt de teoretiska kraven, men i många fall spelar det inte så stor roll. Brister kan kompenseras med hjälp av olika typer av institutionella svar. Det allra vanligaste sättet att undvika informationsproblem är att bilda vanor eller att fråga människor i omgivningen. När det gäller tjänster som sjukvård eller rehabilitering går inte detta, inte heller kan vi acceptera en oreglerad marknad, utan vi måste lita till mera komplexa institutionella svar. Försäkringslösningen får ofta det största utrymmet i de hälsoekonomiska läroböckerna. Den kompenserar i huvudsak för ofullständigheter när det gäller risk och osäkerhet vem som råkar ut för sjukdom eller skada. I Sverige har vi förhållandevis stora inslag av offentliga obligatoriska försäkringar. Dessa sägs ofta vara ett andra svar på misslyckanden i privata försäkringslösningar. Man kan dock inte frigöra sig från tanken att den politiska makten utnyttjar offentliga försäkringar också till andra ändamål än att kom-

pensera marknadsmisslyckanden. En viktig uppgift för ekonomer som är intresserade av handikappområdet kan vara att undersöka hur försäkringslösningar kan förbättra resursallokeringen.

Externa effekter och asymmetrisk information är de båda andra dominerande marknadsmisslyckandena när det gäller sjukvård. Om detta också är fallet när det gäller handikapprelaterad verksamhet är oklart. Låt oss först se på externa effekter. Det kan uppstå en situation med oreglerade marknader där vissa personer inte konsumerar tillräckligt med sjukvård och andra konsumerar för mycket därför att andra personer också kan ha intresse av finansieringen. Man brukar ofta ange tre typer av externa effekter som betydelsefulla för subventioneringar av sjukvård eller beskattning av hälsovådlig konsumtion: egoistiska, altruistiska respektive paternalistiska. När det gäller den första gruppen är den inte särskilt kontroversiell. Ofta exemplifieras den med smittrisker och dylikt. Det är inget stort problem i ett modernt samhälle. Den tredje typen, paternalistiska externa effekter är också välkänd, och identifierad. Den kopplar också till försäkringslösningen ovan.

Den andra typen orsakar däremot vissa problem av etisk natur. Problemet sammanhänger delvis med frågan hur man skall se på altruismen som samhällsföreteelse. Den ekonomiska teorin bygger helt på den utilitaristiska etiken. Det betyder att altruism, i vilken form det vara månde, måste kunna "definieras bort" eller omformuleras till någon form av egenintresse. I de flesta fall blir detta en ganska krystad modell. Om verklig altruism således inte existerar i ekonomisk teori måste vi hänvisa de flesta externa effekterna till gruppen paternalistiska. Det innebär att den massiva inblandning som vi har idag i sjukvårdsverksamheter, men också till exempel när det gäller satsningar på assistenter till handikappade, kostnadsfria hjälpmedel, färdtjänst och annat som är offentligt finansierat eller subventionerat, i de flesta fall inte är motiverad. Om vi, å andra sidan kan acceptera altruism som en reell faktor, får vi en enkel och vacker förklaring men vi måste komplettera den ekonomiska teorin med ett innehåll som inte passar in i den klassiska utilitaristiska bilden. Det räcker inte heller med omdefinieringar av den naiva typen som att altruism bara är ett förklätt egenintresse av sublim mental tillfredsställelse. Om inte ett etiskt paradigmskifte är möjligt (och det är det nog inte) verkar biologernas förklaring, att altruism är ett egenintresse på gen-nivå, vara en bättre förklaring. I valet mellan att rädda en kusin eller en bror som har trillat i vattnet, med risk för sitt eget liv, väljer man brodern eftersom hans uppsättning gener är mest lika den egna (Uddenberg, 1993). The economic man,

å andra sidan, skulle kanske inte ha ansträngt sig för att rädda någon av dem (och dessutom sett spridandet av sina gener enbart som en konsumtionsaktivitet).

Slutligen, asymmetrisk information motiverar förklaringen till läkarkårens och andra professionella gruppers "oegennyttiga" beteende formulerade i hela det medicinska etiska systemet, där man sätter patientens intresse i fokus på bekostnad av sitt eget. Detta inbegriper också sammanslutningen i ett skrå med väl definierade beteenderegler, intern utbildning och legitimering via sin titel. Huruvida detta är ett betydelsefullt inslag även när det gäller handikapp är tveksamt. På senare tid har tendensen snarare blivit att bryta ner de inslag av professionstänkande som fanns tidigare. Det är ingen tvekan om att någon form av principal/agent-relation finns inom rehabilitering eller habilitering av förståndshandikapp, och i lindrigare form i en viss professionalism i arbetsterapeuters verksamhet. Ofta kan dock en handikappad person själv bedöma sina egna behov av stöd. Detta yttrar sig också i lagen om särskilt stöd till handikappade, där han/hon själv får det dominerande inflytandet som arbetsgivare till sin egen assistent.

Vilken slutsats man än kommer fram till, antingen det gäller lika villkor för marknader både när det gäller sjukdom och handikapp, eller om det finns stora olikheter, kvarstår det faktum att renodlade marknader inte kommer att vara ett vanligt inslag vare sig i den ena eller den andra verksamheten. Det betyder att det behov av uppföljning och kontroll av den egna verksamheten, som borde vara det normala, kommer att försvåras på grund av frånvaron av marknadsmekanismer. I motsats till vanlig företagsamhet kommer det inte att finnas ett enkelt sätt att bedöma sin egen effektivitet. De försök som görs att "industrifiera" vård och omsorg kommer inte heller, mer än marginellt, att leda till en bättre situation. Detta beror i hög utsträckning på att den målsättning som vård och rehabilitering har, att öka livskvalitet, inte är mätbar i samma termer som kostnaderna. Utvärderingar kommer därför under lång tid fortfarande att vara en komplicerad uppgift, antagligen med nära anknytning till forskning.

Utvärdera, ja men vad?

I en samhällsekonomisk analys är det måluppfyllelsen i förhållande till resursanvändningen som studeras. I de flesta vård- och rehabiliteringsaktiviteter är livskvalitet det dominerande målet. Livskvalitet som begrepp har många

aspekter. Den individuella livskvaliteten är unik, förstås, och en människas livskvalitet kan vare sig förklaras eller förutsägas i någon högre grad, varken av individen själv eller andra människor. Kanske har vi dessutom upptäckt, då och då, att livskvalitet inte heller kan förklaras eller förutsägas av oss själva. Alla har säkert råkat ut för upptäckten att det vi har kämpat för att uppnå - det som vi trodde skulle ge den stora lyckan - inte har motsvarat förväntningarna. På samma sätt har vi kanske, fast mera sällan, upptäckt att obetydliga, små nära ting, har gett en förvånansvärt hög grad av sinnesfrid.

Trots det unika i varje människas liv, är det mycket som vi kollektivt kan betrakta som viktigt eller som ger en estetisk tillfredsställelse. Inom marknadsföring är det den stora konsten att finna de komponenter som stora målgrupper kan se som positiva vid lanseringen av en ny produkt. Även om viktiga värden i livet är starkt personliga finns det således många värden som vi statistiskt sett tenderar att se som viktiga. En beteendevetare, Tony Best (1993) har redovisat följande värden som omistliga för ett gott liv. Detta gäller både för handikappade och för övriga:

Kärlek (**L**)
Utmaningar (**C**)
Nyhet (**N**)
Kamratskap (**PI**)
Utrymme (**FS**)
Lek (**P**)
Meningsfulla erfarenheter (**ME**)

Vill vi mäta livskvalitet bör vi således notera abstrakta värden av denna typ. Lancasters (1966) och Beckers (1965) formuleringar av nyttofunktionen kan då vara användbara. Om vi ser värdena i listan som inputs i en produktionsfunktion för att generera Nyttä eller Livskvalitet¹, kan vi formulera en produktionsfunktion för var och en av värdena i listan. På denna övergripande nivå är dessa funktioner sannolikt inte enkla. Möjligen finns både multipla produktionsfaktorer och multipla outputs.

En ekonom skulle således formulera en nyttofunktion

$$U = U(L,C,N,PI,FS,P,ME, ...) \quad (1)$$

¹ Varken Lancaster eller Becker är särskilt specifika när de definierar begreppet Nyttä.

som innehåller dessa omistliga värden plus annat som kan tänkas påverka livskvalitet/nytta, företrädesvis exogena faktorer som miljö och institutionella faktorer utanför den enskildes kontroll. För en funktionshindrad kan sådana exogena faktorer vara geografiska eller fysiska hinder, men också politiskt eller administrativt betingade i form av diskriminering och liknande.

Sannolikt måste vi formulera nyttofunktionen i flera nivåer. Lancaster skiljer på nyttan av *commodities* (Z) och nyttan av *goods and services* (X). Den tidigare avser nyttan (läs glädjen) av en god måltid eller "peace of mind from a visit to church" (Grossman, 1973). Nyttofunktionen blir

$$U = U(Z, T) \tag{2a}$$

där Z är en vektor (Z_1, Z_2, Z_3, \dots) för de olika aktiviteterna (laga mat eller gå i kyrkan). T är en motsvarande vektor som står för den tid som används i de olika aktiviteterna.

De intermediära värdena Z ingår alltså som produktionsfaktorer i den övergripande nyttofunktionen. Z liknar mera den formulering av nytta som vi ser i en introducerande lärobok i nationalekonomi. Den avser mera omedelbara, konkreta värden av konsumtion.

Lancaster/Beckers formulering av nyttovärden ligger inte så långt ifrån Bests verbala framställning. Möjligen ligger Bests formulering en nivå ovanför Lancaster/Beckers i det att Best tar upp mera långsiktiga värden, tillstånd snarare än aktiviteter. I Bests formulering samverkar också exogena och endogena variabler på ett mera komplext sätt. Möjligen kan funktionen (2) formuleras

$$L = L(Z, T) \tag{2b_1}$$

$$C = C(Z, T) \tag{2b_2}$$

etc.

där Z och T ingår i olika kombinationer.

För att producera varje Z behövs i sin tur en uppsättning varor och tjänster på vanligt sätt, samt kombinationer av det egna humankapitalet.

Vad blir konsekvenserna av detta resonemang? I första hand kan det underlätta hur vi skall bygga modeller för hypotestestning eller för derivering

av marginalvillkor. Många av de förvirrande resultat som ekonometriker kommer till kan kanske förklaras bättre med en mera genomtänkt modellspecificering. Det är dock också viktigt för förståelsen av operationaliseringen av de ekonomiska modellerna hur de olika mät-dimensionerna hänger samman i sin hierarki.

Humankapitalets roll

I ekonomiska sammanhang som rör utbildning har man ofta anledning att diskutera humankapitalet som investeringsobjekt. Detsamma gäller i någon mån också inom hälsoekonomin, även om det empiriskt har visat sig vara svårt att utnyttja i den utsträckning man först trodde. Det verkar som om hälsoekonomer skulle kunna ha nytta av att formulera de mänskliga resurserna i samma termer även när det gäller handikapp och rehabilitering. Framför allt borde man kunna utveckla förklaringsmodeller genom att utnyttja de redan använda teorierna för faktorsubstitution etc.

Beckers och Lancasters angreppssätt ledde till ett nytänkande inom ekonomin genom att resursbegreppet fick en ny och mera komplicerad innebörd. Det ledde också till ett behov av att diskutera vad som egentligen innefattades i nyttofunktionen. Detta får i sin tur konsekvenser för vad som skall mätas i en ekonomisk analys. I en samhällsekonomisk kalkyl ska alla konsekvenser tas upp, oavsett vem de tillfaller, men när Mishan (1971), på sin tid, diskuterade vad som ska tas upp i en Cost-Benefitanalys begränsade han sig mycket tydligt till sådant som påverkar den egna individens förmåga till ekonomiska transaktioner. Senare har man tyckt att det kan vara ett alltför snävt betraktelsesätt. Även förändringar i humankapitalet kan således ha betydelse, liksom andra, mera sociala konsekvenser (Culyer (1989), Williams m fl (1989)).

Detta får då konsekvenser även för så fundamentala begrepp som betalningsviljan. I den naiva ekonomiska teorin diskuteras sällan vad detta begrepp står för. Det är självklart att betalningsviljan uttrycks i penningmått och att det är pengar som skall bytas mot något man vill ha i stället. I enkla försök kan man visa att betalningsviljan har en mera komplex struktur. Man har betalningsvilja i flera olika dimensioner: pengar, humankapital, tid och kanske även annat. I många fall kanske det finns byteskvoter mellan pengar och humankapital eller mellan pengar och tid. Det finns studier som visar att sämre tillgänglighet till sjukvård (dvs större insats av humankapital och tid) minskar intresset (läs

betalningsviljan) för att söka vård. Men pengar är inte den perfekta numerairevara som den naiva teorin säger. Detta får tydliga konsekvenser i hälsoekonomi eller handikappekonomi. Människor uppger sig ha betalningsvilja i penningmått för en vårdinsats, men noterar inte att den måste följas av en insats av eget humankapital och kommer kanske inte att svara så som modellen förutsäger. Samma sak gäller för rehabiliteringsinsatser med träningsredskap. Inköpet av redskapet motsvarar inte betalningsviljan. I den ingår också den fysiska ansträngningen och tiden för träningen. Utan insats av tid och humankapital uteblir effekten helt och hållet. Det saknas marginella substitutionskvoter mellan pengar och tid respektive humankapital. Detta är sannolikt förklaringen till att många träningsredskap ligger oanvända under sängen och till att handikaphjälpmiddel är undanstopgade i garderoben istället för att användas.

Ett av de problem som har debatterats flitigt under ett antal år är om indirekta kostnader i form av produktionsförluster skall ingå som en del av en samhällsekonomisk kalkyl. Detta diskuteras mera noggrant av Göran Karlsson men det är också viktigt att ta upp i en diskussion av utvecklingen av handikappekonomi. Konsekvenserna av att beräkna produktionsbortfall är i de flesta fall stötande, och detta kan vara ett tecken på en teoretisk anomali. Genom att beräkna produktionsförluster kommer i övrigt likvärdiga alternativa teknologier att prioriteras om de riktar sig mot vita, manliga industriledare och att missgynna vårdinsatser för färgade, lågutbildade kvinnor. Gravyt utvecklingsstörda och handikappade utan möjligheter till förvärvsarbete kommer med ett sådant synsätt inte att kunna konkurrera om skattefinansierade verksamheter.

Att vunnen produktion, genom att personer går in i arbetskraften efter vård eller omsorg, inte skall räknas kan vara lättare att inse. Det kan här vara på sin plats att notera distinktionen mellan produktivitet och effektivitet. Målsättningen med vård och omsorg är inte att skapa arbetskraft (slavkalkyl) utan i de flesta fall att skapa livskvalitet. Effektiviteten måste således mätas mot denna målsättning och inget annat. Mäter vi enbart mot resultatet i form av produktion, oavsett om detta är inriktat mot målsättningen mäter vi enbart produktiviteten. Men förändringar i produktion eller produktivitet sker ändå på kostnadssidan. Är det relevant att ta med dessa? Jag tror inte det. Skälet till detta är den grundläggande ekonomiska principen att individens egna preferenser skall gälla. Som ett mått på värdet av sin tid kan produktionsvärdet eller lönen (med eller utan skatt) vara acceptabelt i vissa situationer, men även tid utanför arbete, och även utanför hemproduktion, är värd något. I vissa

situationer kan denna tid till och med vara mera värdefull än arbetstiden. Att bara räkna marknadsförd arbetstid leder således till att man kommer att prioritera fel. Konsekvensen blir att värdet av tid måste mätas på något annat sätt.

Det återstår att reda ut om en individs produktion kan ha ett värde för andra människor i form av externa effekter. I detta fall skall således produktionen räknas för att markera skillnaden i marginalkostnad mellan individ och samhälle. Problemet är dock detsamma som i målsättningsdiskussionen ovan. Jag har förvisso, som enskild person, intressen av att andra människor hjälper till att finansiera den offentliga sektorn och socialförsäkringarna, men detta ger mig inte rätt att kräva att de skall göra det. Egentligen är detta bara en parallell till diskussionen om att människor som vägrar sluta röka inte skall accepteras för viss typ av sjukvård. Det är kanske oetiskt att ställa dessa krav.

Etik, politik och handikapp

Allt som är lönsamt är som bekant inte tillåtet. Det juridiska systemet är medlet som politikerna använder för att begränsa den ekonomiska uppfinningsrikedomen men det kan tänkas att detta inte är tillräckligt. Ekonomerna har ett påtagligt ansvar att belysa konfliktsituationer i den egna verksamheten. Torbjörn Tännsjö (1993) visar i ett exempel på den orimliga konflikten i att till varje pris följa en utilitaristisk beslutsregel. Tre personer ligger på sjukhus och behöver organtransplantation. En person behöver ett nytt hjärta, en behöver en lever och en behöver en njure. Alla dör om de inte får sin transplantation. Så kommer en fjärde person in på akutmottagningen med ett benbrott. Ur samhällets synvinkel vore det lönsamt att ta livet av mannen med benbrottet och ge hans lever, hjärta och en av njurarna till de tre övriga. Man räddar livet på tre personer till priset av en. Naturligtvis är det fel att räkna på detta sätt - de ekonomiska kalkylerna måste underordnas de etiska ramarna. Cost-Benefitanalysens generalansats ovan bör således kanske kompletteras: "Alla konsekvenser ska tas med i kalkylen oavsett vem de tillfaller, om de är etiskt acceptabla".

Det är således möjligt att ekonomer bör tillägna sig en etisk codex att inte räkna bara sådant som är lätt att räkna, utan att tydligt ange vad som saknas eller i extremfallen undvika att räkna överhuvudtaget. I fallet med produktionsvinster eller -förluster kan det vara bättre att utesluta dem ur kalkylen, om inte målsättningen att skapa arbete är mycket tydlig. Det kan vara fallet om man analyserar olika rehabiliteringsstrategier vid arbetsskador, där målsättningen är att

återgå i arbete. Men det förutsätter att alla är överens om det. Om individen inte har samma målsättning som den rehabiliterande personalen eller arbetsgivaren är även detta ett tveksamt arbetssätt.

Det är naturligtvis inte i alla lägen som det är självklart att de egna preferenserna kan eller skall gälla. I många fall är teknologin sådan att en patient/klient bör hindras från att använda mycket hjälpmedel tills dess att han/hon har återfått så mycket av sin funktionsförmåga som möjligt. Först därefter kan en kompensation av handikappet vara relevant. Ett annat exempel gäller personer med allvarliga kommunikationshandikapp, där han/hon har utvecklat ett självskadande eller utagerande beteende som kommunikationsmedel. Rehabiliteringen innebär till en början att inte acceptera denna typ av kommunikation utan att "avprogrammera" personen som skall rehabiliteras så att en annan, mera acceptabel form av kommunikation blir möjlig. Här är inte etiken formulerad i lag utan invävd i den professionella etiska koden.

När det gäller utvärdering av handikapptechnologier är det inte bara sådant som är förbjudet som kan vara ett problem för utvärderaren. I några fall kan påbudna företeelser skapa problem. Om ett projekt skall utvärderas som syftar till att integrera funktionshindrade barn i skolan eller att öka möjligheterna till eget boende för äldre genom att installera larm, kan vissa negativa konsekvenser uppstå i båda fallen. Om graden av integrering enbart mäts i form av antalet timmar i klassen, utan att utanförskapet registreras kommer projektet att råka ut för mätfel. På samma sätt i det senare fallet, om graden av isolering från mänsklig kontakt inte registreras, kommer ett fel att uppstå även här.

Utvärderaren har således ett större ansvar för sin verksamhet än vad man i utgångsläget skulle kunna tro. Det verkar vara mycket klara regler för hur en samhällsekonomisk analys skall genomföras men i praktiken, och ju längre man avlägsnar sig från skolboksfallen, desto mera skicklighet och erfarenhet fordras för att ge en god politisk vägledning. Cost-Benefitanalyser i vård och omsorg är inget för amatörer.

Slutligen kan det vara värt att beröra en uppsättning problem som har speciell relevans när det gäller handikapp men som man sällan har anledning att fundera över när det gäller "normala" samhällseliga projekt och inte heller i sjukvården. En koppling kan även göras till en utvidgad nyttofunktion enligt Bests modell ovan. Det gäller frågan om mänskliga rättigheter och om dessa

har någon relevans för utvärdering av handikappteknologier. Alla effekter som kan påverka den enskildes nyttofunktion bör i princip räknas in i analysen. Även mycket abstrakta ting som ligger utanför den egna individen har diskuterats: Amartya Sen (1988) har t ex väckt tanken att individen skulle kunna tänkas ha en betalningsvilja för frihet, rättvisa etc. I många rehabiliteringssituationer påpekas det viktiga i att utvärdera individens integrering i samhället, och i många fall kanske det kan uttryckas i just utövandet av sina mänskliga rättigheter. Dessa kan ses i ett resursperspektiv på följande sätt:

De ursprungligaste mänskliga rättigheterna utgick ifrån tanken att var och en hade vissa fundamentala naturliga rättigheter. Dessa rörde skydd mot övergrepp från myndigheter - att den enskilde skulle ha rätt till sin egendom och andra resurser, liksom till humankapitalet i form av skydd mot fängslande utan goda skäl, rätt att kommunicera etc. Senare har de mänskliga rättigheterna utvidgats till att även omfatta rättighet att kunna kräva stöd av samhället när det gäller bostad, utbildning och arbete. Detta är en fundamental skillnad: den förra gruppen rättigheter handlar om rättighet att behålla resurser - den senare handlar om att i viss utsträckning få rätt till andras resurser. För att ytterligare komplicera frågeställningen vill jag ta upp en detalj som har sysselsatt Gavin Mooney (1988). Sättet att åstadkomma en resursfördelning kan också tänkas ha betydelse. Är en frivillig överenskommelse mera värd än en påtvingad (t ex via obligatorisk försäkring) även om de leder till samma resultat? Så vitt jag förstår tangerar därmed utvärderaren samhällets styrproblem och värdet av att ha ett demokratiskt styrelsesätt.

Det sägs ofta i introducerande läroböcker om samhällsekonomiska lönsamhetskalkyler att dessa fungerar bäst i små, avgränsade och väldefinierade projekt. Det är naturligtvis riktigt, men frågan är också om vilka frågeställningar som helst kan ingå, även om de ingår i ett avgränsat hälsoekonomiskt eller handikappekonomiskt projekt. För utvärderaren blir det en fråga om vilka möjligheter, eller skyldigheter han/hon har att ta upp alla relationer till andra människor som externa effekter i sin analys. Om inte annat är detta en viktig fråga för hur värdering av livskvalitet skall göras och hur de frågor skall vara konstruerade för att fånga upp väsentliga aspekter av livskvalitet. Får vi räkna en ökad möjlighet att delta i allmänna val som en intäkt i en Cost-utilitykalkyl? Får vi låta bli? Frågan är härmed ställd. Det återstår att se om den kan besvaras, och av vem. Jag skulle föredra att det vore en ekonom.

Referenser

Becker, G. (1965), A Theory of the Allocation of Time, *Economic Journal*, 75, 493-517.

Best, T. (1993), *Trends in Policy and Practice in Deafblind Services*. III European Conference of the International Association for the Education of Deafblind People, Potsdam. Proceedings.

Culyer, A.J. (1989), The normative economics of health care finance and provision. *Oxford Review of Economic Policy*, 5, 34-58.

Grossman, M. (1972), *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. NBER Occasional Paper, No 119. Columbia University Press, New York.

Lancaster, K. (1966), A New Approach to Consumer Theory, *Journal of Political Economy*, 74, 132-157.

Mishan, E.J. (1971), *Cost-benefit analysis*. London.

Mooney, G., McGuire, A. (eds.) (1988), *Medical Ethics and Economics in Health Care*. Oxford Medical Publications.

Nordenfelt, L. (1987), *On the Nature of Health*. Dordrecht:Reidel.

Sen, A. (1988), *Kollektiva beslut & social välfärd*. Stockholm.

Tännsjö, T. (1993), *Vårdetik. Thales*. Stockholm.

Uddenberg, N. (1993), Ett djur bland alla andra? *Biologins och människans uppfattning om sin plats i naturen*. Nya Doxa. Nora.

Williams, A. (1989), *Applications in management*. I: Björk S., Vang J. (Eds.) *Assessing Quality of Life*. Health Service Studies, CMT, Linköpings Universitet.

12. Hälsoekonomiska aspekter på rehabilitering

Dick Jonsson

Behovet av rehabilitering

En god hälsa för den enskilde är ett mål i sig som medför ökad handlingsfrihet och möjligheter att nå uppsatta mål. En god hälsa medför också positiva konsekvenser för samhället. Långvarig funktionsnedsättning och handikapp är ett stort problem för den enskilde och anhöriga och kan kräva betydande ekonomiska uppoffringar i form av hälso- och sjukvårdskostnader och långvarig sjukskrivning. Hur stor den totala kostnaden är för samhället är osäkert men den ligger sannolikt en bra bit över 100 miljarder kronor per år. Ett indirekt mått på befolkningens hälsotillstånd är ohälsotalet. Det refererar egentligen till utbetalningar från socialförsäkringen till följd av sjukfrånvaro. Ohälsotalet består av antalet dagar per försäkrad och år avseende sjukpenning från den obligatoriska sjukförsäkringen, arbetsskadeförsäkringen samt förtidspension och sjukbidrag exklusive förtidspension beviljad av arbetsmarknadsskäl (RFV, 1994). En dag uttryckt i ohälsotal kostar samhället 1.5 miljarder kronor. Ohälsotalet för riket har under den senaste 10 årsperioden varierat runt en nivå under 40 dagar. Under perioden 1984-89 ökade ohälsotalet och under perioden 1990-92 minskade det för att därefter åter öka. Mellan 1992 och det tredje kvartalet 1993 ökade ohälsotalet med 0.3 dagar.

Sjuktalet (ersatta sjukdagar per försäkrad) har ökat från 21.2 år 1980 till 24.5 år 1989. Den största ökningen gäller kvinnorna. Antalet ersatta dagar ökade för perioden med 16 procent, från 100 miljarder dagar till 116. Det medförde att kostnaderna för sjukpenning samma period ökade från något mer än 10 till 35 miljarder kronor. Därefter har kostnaderna för sjukpenning fallit till 19 miljarder kronor för 1992. Minskningen på 1990-talet beror främst på förändrade ersättningsnivåer och att arbetsgivarna har övertagit ansvaret för sjuklön under de första 14 dagarna. Långvarig sjukskrivning kan studeras med hjälp av långa och pågående sjukfall. Dessa minskade från 151 000 fall till 120 000 under perioden 1990-93. De sjukfall som hade en sjuklängd på 3-12 månader och mer än två år minskade i genomsnitt med 25 procent och de med en längd på 1-2 år minskade med hela 300 procent. Det kan nämnas att 70 procent av sjukfallen med en längd av 180 dagar eller mer är arbetsföra ett år

efter avslutad sjukskrivning. Ungefär 19 procent är fortfarande sjukskrivna, varav 13 procent långtidssjukskrivna och 11 procent är förtidspensionerade (RFV, 1989). Antalet förtidspensioner och sjukbidrag ökade under perioden 1980-92 från 503 000 fall till 724 000 vilket motsvarar en ökning på 44 procent (RFV, 1994). För samma period ökade kostnaderna med 140 procent. För 1992 uppgick kostnaderna för förtidspension och sjukbidrag till 30 miljarder kronor. Utbetalningarna från arbetsskadeförsäkringen har ökat med mer än 600 procent före perioden 1983-92. För 1992 uppgick kostnaderna till 12.1 miljarder kronor.

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som ska hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett gott liv (Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, 1993). Med rehabilitering avses att, vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter skada eller sjukdom, genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder, allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande. Med habilitering som är ett närliggande område avses att, vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter medfödd eller tidigt förvärvad skada eller sjukdom, genom planerade och från flera kompetensområden sammansatta åtgärder, allsidigt främja utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande. Rehabilitering och habilitering är målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras.

Med funktionshindrad avses den person som till följd av skada eller sjukdom är hindrad eller har en begränsad möjlighet att utföra en aktivitet på det sätt eller inom de gränser som kan anses normalt. Orsaken till funktionshindret saknar betydelse för att definiera någon som funktionshindrad. Man kan säga att rehabilitering och habilitering inom hälso- och sjukvården står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, psykologiska, pedagogiska, sociala och tekniska insatser kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses insatser som skall underlätta för människor som på grund av ett fysiskt, psykiskt eller förståndsmässigt betingat funktionshinder har svårt att få eller behålla ett arbete. Det kan gälla förändring av arbetets innehåll, arbetsorganisation men också utbildning och

omplacering. Åberg (1993) redovisar en processorienterad definition på rehabilitering som anknyter till handikappbegreppet. Utifrån ett sådant perspektiv definieras rehabilitering som en process som ger personen ökade möjligheter att lyckas och trivas i en miljö efter eget val och med ett minimalt behov av professionellt stöd. Tyngdpunkten i processen ligger på att utveckla den enskildes färdigheter och skaffa fram ett naturligt stöd i miljön. För att nå dessa mål krävs att insatserna samordnas resursmässigt och tidsmässigt inom ramen för ett helhetsperspektiv.

Situationen för personer med långvarig funktionsnedsättning är föga känd. Det finns flera orsaker som kan ligga bakom. Det kan förutom individuella orsaker bl a bero på brister i arbetsmiljön som ger upphov till arbetsskador eller att arbetsuppgifterna inte anpassats i tillräcklig omfattning. En orsak kan också vara bristande samordning mellan hälso- och sjukvården, olika arbetsgivare och myndigheter. Utifrån ett ekonomiskt perspektiv är insatser i syfte att förbättra befolkningens hälsa att betrakta som investeringar i hälsa. Investeringar i hälsa kan ske på flera sätt i sjukdomarnas naturalförlopp. Såväl primära som sekundära och tertiära insatser kan vara föremål för samhällsekonomisk utvärdering. Allt större resurser satsas idag på rehabilitering för att förbättra den enskildes situation och för att få till stånd en ökad samhällsekonomisk effektivitet. Men vi har ytterst begränsad kunskap om vilka behandlingar eller program som är samhällsekonomiskt effektiva. Det gäller i högsta grad utvärderingar av tertiära insatser som rehabilitering av personer med långvarig funktionsnedsättning. Samhällsekonomiska utvärderingar framstår mot denna bakgrund som mycket angelägna.

Hälsoekonomiska frågeställningar

Den hälsoekonomiska forskningen om samhällets insatser för personer med långvarig funktionsnedsättning kan belysas i fyra grundläggande samhällsekonomiska frågor. Den första frågan gäller hur stora kostnaderna är för samhällets stöd och hur stödet finansieras. Utan en kartläggning av kostnader och finansiering är det inte möjligt att överblicka de alternativ som finns för förbättrat stöd. Sjukdomskostnadskalkyler är en metod att beskriva hur stora samhällskostnaderna är för en viss sjukdom och hur de förhåller sig till andra samhällskostnader samt hur de fördelar sig på olika kostnadsbärare i samhället. De totala kostnaderna utgörs av både direkta och indirekta kostnader. De direkta kostnaderna avser olika vård- och behandlingsinsatser och de indirekta

avser de kostnader som uppstår till följd av sjukfrånvaro och dödlighet. Exempel på tillämpningsområden är insatser för personer med sjukdomar i rörelseorganen och psykiska störningar vilka är förknippade med stora samhällsekonomiska kostnader. Psykiatriutredningen (1992) kom t ex fram till att kostnaderna för vård av psykiskt störda uppgick till ca 40 miljarder kronor för 1990. Sjukdomar i rörelseorganen är vanligt förekommande. Ungefär 30 procent av alla sjukskrivningsdagar orsakas av värk i rygg, nacke och skuldror. För 1987 uppskattades antalet sjukdagar med ryggdiagnos till 30 miljoner. Den direkta sjukvårdskostnaden för 1990 skattades av SBU (1991) till 1,4 miljarder kronor och den indirekta kostnaden till 22,5 miljarder kronor. Jonsson (1991) beräknade kostnaderna för stöd och service till personer med svåra funktionsnedsättningar och flerhandikapp (ca 100 000 personer) till ca 60 miljarder kronor för 1989. De direkta kostnaderna uppgick till 30 miljarder kronor och utbetalningarna från socialförsäkringen uppgick till lika mycket.

Den andra frågan berör otillfredsställda vårdbehov. Vi har idag mycket ringa kunskap om storleken på detta problem, delvis beroende på bristande dataunderlag. Behoven varierar beroende på typ av sjukdom eller funktionsnedsättning och individuella önskemål. På resurssidan kan det i många fall svårt att helt tillmötesgå individuella behov. Resursbristen kan medföra att huvudmännen endast tillgodoser de mest elementära behoven. Exempel på studier som berör denna fråga finns bl a redovisade i betänkanden av Psykiatriutredningen (1992). Ett annat exempel är en studie av Hass och Jonsson (1994) om handikappades välfärdssituation. Det framkom bl a att välfärden var lägre än för befolkningen i genomsnitt samt att en hög konsumtion av hälso- och sjukvård inte var en garanti för en hög välfärd.

Den tredje frågan fokuserar på användandet av samhällsekonomiska kalkyler, d v s studier av resursers effektivitet i alternativ användning. Resurssammansättningen beskrivs vanligtvis som produktionsfunktioner eller teknologier. Här finns flera samhällsekonomiska utvärderingsansatser som i ökad utsträckning skulle kunna tillämpas på rehabiliteringsområdet. Forskningen på rehabiliteringsområdet har varit ytterst knapphändig. Det har gjorts förhållandevis få studier vilket är märkligt med avseende på de betydande samhällskostnader som är förknippade med rehabilitering av långvarigt sjuka. McKenna, Maynard och Wright (1992) har gjort en översikt som belyser den internationella forskningsfronten. Resultaten är inte entydiga och det behövs fler studier för att kunna dra generella slutsatser om det samhällsekonomiska värdet av rehabilitering. Ett svenskt exempel är en utvärdering av rehabilitering

av personer med svåra schizofrena symtom (Jonsson, Zethraeus, Mansfield och Wålinder, (1993).

Den fjärde frågan gäller allmänna samhällsekonomiska aspekter på vårdorganisation och samordning av vårdinsatser, inkomstersättning, bidrag för merkostnader, sociala insatser och arbetsmarknadsinsatser. De samhällsekonomiska effektivitetsförluster som kan föreligga i stödet till människor med långvarig funktionsnedsättning på grund av bristande samordning består främst av att förebyggande och rehabiliterande insatser inte genomförs i tillräcklig omfattning eller alltför sent. Detta kan bli leda till onödigt höga kostnader. Eftersom ingen har det övergripande ansvaret och därmed ser den totala samhällskostnaden finns inte den nödvändiga kunskapen och grunden för förändring. Forskningen är också på detta område ytterst knapphändig. Det kan nämnas att vid Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi vid Linköpings universitet pågår en utvärdering av tidig, aktiv och samordnad rehabilitering och resultat kommer att publiceras under 1995.

De samhällsekonomiska frågeställningarna inom hälsoekonomisk utvärderingsforskning har generellt fått en ökad aktualitet till följd av de stora förändringar som präglar hälso- och sjukvården. Det gäller också med avseende på försäkringskassornas interna omorganisation samt förändrade verksamhetsinriktning. Andra samhällssektorer, t ex kommunerna, med gränssytor mot hälso- och sjukvården kännetecknas också av förändrad verksamhetsinriktning och förändrat ansvarstagande. Utvecklingen mot allt mer komplexa och intensiva behandlingsteknologier och olika samverkansformer med inriktning mot nätverk bestående av aktörer med olika kompetens och vårdkedjemodeller ställer stora krav på kunskapsspridning och utbildning. Det gäller speciellt mot bakgrund av krav på ökad flexibilitet och mångfald med inslag av konkurrens och upphandling från olika beställarenheter. Finansierings- och ersättningsfrågorna kommer därigenom att lyftas fram. Detsamma gäller lagstiftningen som sannolikt kommer att anpassas till krav utifrån förändrad verksamhetsinriktning. Behovet av helhetssyn och totalekonomiska lösningar kommer sannolikt att prägla hälsoekonomiska utvärderingar av rehabiliteringsinsatser framöver.

Utvärdering av rehabiliteringsteknologier

Förutsättningarna för att genomföra hälsoekonomiska utvärderingar av rehabiliteringsinsatser har förbättrats genom att försäkringskassorna i ökad omfattning finansierar vissa projekt. Det beror på ett ökat engagemang i hälso- och sjukvårdsfrågor som berör kassornas ekonomiska ansvar för sjukpenning m m men också deras roll som aktiva samordnare inom rehabiliteringsområdet. Därvid har behovet av förstärkt utbildning inom området hälsoekonomi och rehabilitering blivit påtagligt. Det gäller också frågor om värdet av lokala rehabiliteringsregister och regional samordning för utvärderingar inom socialförsäkringsområdet. Det kan också nämnas att kommunerna visat ett ökat intresse för utvärderingar i form av samarbetsprojekt och utbildningsinsatser. Det finns också andra aktörer med gränssytor mot hälso- och sjukvården som också visat ökat intresse för utvärderingar. Man kan sammanfattningsvis påstå att behovet av hälsoekonomiska utvärderingar har ökat när det gäller rehabiliteringsinsatser. Det framstår också som naturligt mot bakgrund av den målstyrning som i ökad omfattning präglar den offentliga sektorn idag.

Det finns olika utgångspunkter för utvärdering av rehabiliteringsteknologier med kopplingar till välfärdsekonomisk teori. En utgångspunkt är försäkringsansatsen vars innebörd är att den enskilde på olika sätt kan försäkras mot ohälsa eller funktionsnedsättning i syfte att erhålla nödvändiga resurser när så erfordras. Det kan ske i såväl privat som offentlig regi. Utifrån ett annat perspektiv är insatser i syfte att förbättra befolkningens hälsa att betrakta som investeringar i hälsa. Den teoretiska ansatsen med efterfrågan på hälsa (Grossman, 1972) har kopplingar till hushållens produktionsfunktioner. En grundtanke är att den enskildes hälsa fungerar som medel för att uppnå olika nyttigheter. En annan utgångspunkt är humankapitalteorin (Becker, 1964) där nedsatt funktionsförmåga kan ses som en restriktion på humankapitalet vilket försvårar den enskildes möjligheter att försörja sig själv. Mot denna bakgrund kan rehabiliteringsinsatser ses som instrument i syfte att kompensera för bristande humankapital. Den ansats som bäst anknyter till utvärdering av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser är humankapitalteorin men övriga ansatser är också relevanta. Ovan nämnda ansatser har nära kopplingar till fördelningpolitiska frågor, t ex krav på jämlikhet och rättvisa.

Syftet med den samhällsekonomiska utvärderingen av rehabiliteringsteknologier är att undersöka effektiviteten i alternativa resursanvändningar. I utvärderingen gäller det att rekonstruera teknologin så att sambandet mellan resurs-

insatser och effekter framgår. Samtliga parter resursinsatser i teknologin bör medtagas. I flera fall tvingas man dock avgränsa sig till de mest betydelsefulla kostnadsposterna. När det gäller behandlingsresultatet skall den eller de effekter man vill uppnå kartläggas och värderas. Det kan t ex röra sig om symtom, funktionsnedsättning, social funktionsförmåga, återinträde på arbetsmarknaden, livskvalitet eller nytta. Effektiviteten slutligen bestäms av relationen mellan måluppfyllelse och resursåtgång, vanligtvis kostnader och effekter. Det finns i stort sett fyra tillämpbara analysmetoder; kostnads-minimeringsanalys, kostnads-effektanalys, kostnads-nyttoanalys och kostnads-intäktsanalys (Drummond, Stoddart och Torrance, 1993). Valet av kalkylmetod beror huvudsakligen på ambitionsnivå och datatillgång. För närmare diskussion av metodfrågor hänvisas till Göran Karlssons och Magnus Johannessons kapitel.

En beskrivning av teknologins kostnader fördelade på olika resursgivare är värdefull, speciellt mot bakgrund av resursgivarnas budgetrestriktioner. För att höja värdet av samhällsekonomiska utvärderingar är det önskvärt att också beakta de finansiella effekter som uppstår. Det gäller mot bakgrund av de ansevärda socialförsäkringsbelopp som utbetalas i form av inkomst- och merkostnadsersättningar m m. Dessutom är det viktigt att beskriva förändringar i den enskildes sociala och ekonomiska situation. Informationsvärdet kan också höjas, i den mån det är möjligt, genom att generalisera resultaten till nationell nivå.

Insatser för människor med varaktig funktionsnedsättning kan karaktäriseras som rehabiliteringsteknologier (OTA, 1982). Dessa insatser kan beskrivas i termer av en process som sker i samverkan mellan olika resursgivare, t ex landsting, kommuner, arbetsförmedling (AMI, AMU) och arbetsgivare förutom medverkan från den enskilde samt anhöriga. Ett första steg i en rehabiliteringsprocess kan bestå av medicinska insatser. Akuta insatser, t ex neurokirurgi, kan i många fall vara direkt avgörande för den medicinska rehabiliteringen. I ett senare skede kan t ex socialt stöd och service vara mera framträdande. Slutligen, när det gäller möjligheterna till sysselsättning blir olika arbetsmarknadsinsatser aktuella. Det kan t ex röra sig om yrkesinriktad rehabilitering, AMI- eller AMU-tjänster. Arbetsgivarna har också olika möjligheter att förbättra den enskildes arbetssituation bl a med hjälp av olika sorters stöd från samhället, t ex arbetsplatsanpassning, hjälpmedel och lönebidrag. Rehabiliteringsprocessen kännetecknas bl a av att den enskilde har en relativt kontinuerlig kontakt med en eller flera aktörer över en längre

tidsperiod. I vissa fall kan det röra sig om livslånga relationer till hälso- och sjukvården och där också närheten är mycket viktig.

Metodproblem vid utvärdering av rehabiliteringsteknologier

Det finns tre problem som i varierande omfattning förekommer vid utvärderingar av rehabiliteringsteknologier. Problemen bör uppmärksammas för att i framtiden undvika metodologiska svårigheter. När det gäller rehabiliteringsteknologier kan problemen i de flesta fall övervinnas på samma sätt som vid utvärdering av andra medicinska teknologier som används inom hälso- och sjukvården. Det första problemet är att vissa rehabiliteringsteknologier ofta är svåra att standardisera, d v s att resursinsatserna är så pass unika och återkommande för varje patient att man inte kan tala om en enhetlig behandlingsstrategi. Det är därför svårt att dra generella slutsatser och överföra resultaten till andra delar av vården. I princip är alla behandlingar unika för varje individ men på gruppnivå är det inte nödvändigt att ta hänsyn till detta. Det är svårt att säga i vilken utsträckning problemet förekommer men det skall å andra sidan inte överdrivas. Det andra problemet är att behandlingsresultaten till stor del är individberoende och påverkas av patientkaraktäristika. Det är ofta på det sättet med de flesta behandlingar. En lösning för att undvika ovanstående metodproblem kan vara att basera utvärderingarna på ett tillräckligt stort antal patienter och om möjligt studera effekterna inom ramen för en randomiserad prospektiv studie. Dessutom bör stor vikt läggas på en diskussion om studiens inklusions- och exklusionskriterier. Det tredje problemet är att behandlingsresultaten ofta är svåra att kvantifiera. Problemet berör frågan om det är önskvärt med en utvärdering över huvudtaget men också frågorna om vad som ska mätas och hur det ska mätas. Dessa metodproblem har diskuterats ingående i ett flertal studier på området (OTA, 1982; OTA, 1978; Thomas, 1971; Rosenthal, 1977).

När det gäller valet av mått eller mätinstrument för att mäta effekter av rehabiliteringsinsatser finns det flera sjukdomsspecifika instrument att tillgå (Wade, 1992). En ökad användning av globala eller flerdimensionella mått framstår som en möjlighet att fånga upp ett bredare spektrum av behandlingseffekter som kan vara svåra att relatera till specifika resursinsatser. Det gäller framförallt i utvärderingar där flera resursgivare är inblandade. Tidigare har nästan uteslutande kliniska symtom använts som effektmått. I dag framstår hälsorelaterade nyttomått och mått på livskvalitet som viktiga och har börjat

användas även inom rehabiliteringsområdet (Chamberlain, Rowley, Stowe et al, 1991; Hunt, McKenna och McEven et al, 1980; Aaronson, Acquadro, Alonso et al, 1992). Denna utveckling kan till viss del förklaras av att de globala måtten fångar upp flera viktiga aspekter på en behandlings konsekvenser. I många fall tillåts också patienterna göra egna bedömningar av värdet av en behandling vilket är mycket viktigt utifrån ett ekonomiskt synsätt. Nordenfelts (1987, 1991) teoretiska studier inom området hälsa och livskvalitet med inriktning mot handlingsteori och med kopplingar till utilitistisk teori framstår som mycket intressanta inom utvärderingsforskningen.

Hälsoekonomiska utvärderingar av rehabiliteringsteknologier är speciellt värdefulla när de tillämpas på hela sjukdomsförloppet och inkluderar samtliga resursgivares insatser. Det finns en risk för suboptimering när endast en del av vårdförloppet utvärderas. Försäkringskassornas verksamhet är av stor ekonomisk betydelse eftersom medicinsk behandling medför betydande konsekvenser för socialförsäkringen. Det är inte en överdrift att påstå att de långvariga sjukdomarna är socialförsäkringssjukdomar. Resurssammansättningen ställer krav på tvärvetenskapligt samarbete vilket också är nödvändigt för att få tillstånd utvärderingar med hög kvalitet.

För att hälsoekonomiska utvärderingar av rehabiliteringsteknologier i framtiden ska få ett genomslag via hälsopolitiskt eller kliniskt beslutsfattande bör de i första hand baseras på longitudinella individdata för två avgränsade alternativa teknologier. För att kunna renodla orsakssambanden bör man eftersträva randomiserade försök. Prospektiva studier är att föredra av flera skäl men i många fall tvingas man till en före- och efterstudie helt eller delvis baserad på retrospektiva data. Det kan vara svårt att åstadkomma ett randomiserat försök eller till och med en före/efter-studie. En möjlighet är då att tillämpa en kontrafaktisk design. Den kontrafaktiska undersökningen har dock bristen att lämna kausalitetsproblemet i öppen dager eftersom det aktuella alternativets konsekvenser vanligtvis jämförs med skattningar baserade på ett hypotetiskt noll-alternativ.

Behandlingsstrategier inom rehabiliteringsområdet med stora samhällsekonomiska konsekvenser är mest lämpliga att utvärdera. Det kan t ex gälla behandlingsstrategier som minskar antalet sjukskrivningar. Det kan också röra sig om strategier för ett effektivt omhändertagande i den öppna vården och i primärvården. Behandlingsstrategier för att förhindra utslagning från arbetsmarknaden, social isolering och olika former av sjukdomsrelaterat

missbruk är också lämpliga för utvärdering. Detsamma gäller strategier som reducerar höga samhällskostnader till följd av bristande samordning mellan kliniker, kommuner, försäkringskassor och arbetsmarknadens parter. Vid utvärdering av rehabiliteringsinsatser framstår rörelseorganens sjukdomar och psykiska störningar men också hjärt- och kärlbesvär som de viktigaste sjukdomsgrupperna att prioritera med avseende på samhällsekonomisk betydelse.

Utvärderingar av försök med samordnad rehabilitering

I stället för att göra utvärderingar på teknologinivån kan det många gånger vara mera fördelaktigt att basera utvärderingen på organisationsnivån. Ett skäl är behovet av att jämföra olika organisationsformer, t ex jämförelser av privat och offentlig verksamhet. Ett annat skäl är behovet att utvärdera olika vårdprogram där det inte går att urskilja effekterna av specifika resursinsatser. Kvalitetsaspekter på vård och behandling har uppmärksammats allt mer och har fått ökad vikt i utvärderingar som genomförs på organisationsnivån (Rombach, 1990). I allmänhet kan sägas att de olika typerna av utvärderingar kompletterar varandra. Utvärderingar på högre organisationsnivåer kan exempelvis ge uppslag till mer konkreta problemställningar som kan utvärderas på teknologinivån. Utvärderingar med såväl teknologisk som organisatorisk inriktning är ett område som aktualiserats allt mer. Exempel är försöken med olika former av samverkan mellan olika resursaktörer. Det kan inte uteslutas att det föreligger synergieffekter, d v s att samordnade resursinsatser förstärker varandra med förhöjt behandlingsresultat som följd eller att kostnaderna minskar.

När det gäller rehabilitering har de största förändringarna skett inom området samordnad rehabilitering, d v s samarbetet mellan hälso- och sjukvården och försäkringskassan, men också med företagshälsovården, kommunen, eller arbetsgivaren. Området samordnad rehabilitering har kännetecknats av såväl nationella som regionala och lokala försök. Denna utveckling kommer sannolikt att fortskrida en lång tid framöver. Frågor om tidig och samordnad rehabilitering diskuterades bl a av Rehabiliteringsberedningen (1988). Bakgrunden var bl a den snabba ökningen av statens utgifter på grund av en stigande sjukfrånvaro vilket reste krav på en integration av sjukförsäkringssystemet och hälso- och sjukvården. Särskilda satsningar inom försäkringskassornas organisation liksom utvecklingen av rehabiliteringslagstiftningen har gjorts i syfte att min-

ska sjukfrånvaron. Effekterna av denna utveckling är delvis mycket osäker vilket ställer krav på utvecklandet av nya metoder, vårdprogram och hälsoekonomiska utvärderingar.

Det kan nämnas att regeringen för budgetåren 1990/91 och 1991/92 anvisade särskilda medel till Riksrevisionsverket för att bedriva försöksverksamhet med rehabilitering i Malmöhus och Norrbottens läns allmänna försäkringskassor. Som jämförelseobjekt användes Blekinge läns allmänna försäkringskassa. Syftet var att finna nya arbetssätt och samarbetsformer för att få till stånd en effektiv rehabilitering. Resultatet visade att kostnaderna för försöket uppgick till 40 Mkr och intäkterna till 266 Mkr, men det är i högsta grad osäkert hur pass giltiga dessa siffror är för den övriga försöksverksamheten i riket (RFV, 1992).

Inom ramen för Dagmaröverläggningarna mellan Landstingsförbundet och Socialdepartementet träffades bl a överenskommelser om att särskilda ersättningar för 1991, 1992 och 1993 (i storleksordningen 400-500 Mkr per år) lämnas för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården. En förutsättning för att ersättningarna utbetalades var att respektive sjukvårdshuvudman träffade en överenskommelse med försäkringskassan inom sitt område om hur medlen bäst kunde användas för att människor snabbare skulle komma tillbaka till arbetslivet eller ett aktivt liv i övrigt. Sjukvårdshuvudmannen ålades också att redovisa resultaten av vidtagna åtgärder för försäkringskassan. Målsättningen med de särskilda ersättningarna var att det s k ohälsotalet skulle sänkas så att utbetalningarna från socialförsäkringen, i form av utbetalningar till försäkrade, minskades med ett belopp som minst motsvarade storleken av de särskilda ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen. Antalet utvärderingar av Dagmarprojekten med vetenskapliga ambitioner var minst sagt lågt (RFV, 1993). Dokumentationen av genomförda projekt varierar och i flera fall har insatserna inte varit mätbara i kvantitativa termer. Av totalt 891 genomförda projekt 1992 så var endast 17 procent, det motsvarar ca 150 st, av typen en före- och efterstudie. I endast 2 procent av projekten, vilket motsvarar ca 18 st, förekom någon form av jämförelsegrupp. Generellt sett tyder resultaten på att inga större vinster finns att hämta på rehabiliteringsområdet för försäkringskassorna. Vissa insatser leder å andra sidan till ökad kostnads-effektivitet i hälso- och sjukvården. En uppenbar brist med Dagmar-försöken är frånvaron av en genomtänkt forsknings- och utvecklingsstrategi som tillsammans med krav på utvärdering och uppföljning skulle kunna innebära mera genomtänkta och långsiktiga projekt som kan generera ny kunskap.

Nu står vi åter i en situation som är snarlik den då Dagmarmedlen började fördelas. Närmare 1.7 miljarder kronor kommer att satsas på uppbyggnad och vidareutveckling av kvalificerad habilitering och rehabilitering fram till och med 1997. Avsikten är att stimulera till verksamheter som långsiktigt kan finansieras av huvudmännen själva i samverkan med varandra. Landstingen och de kommuner som inte ingår i något landsting får dela på ett generellt anslag på 300 miljoner kr per år. Efter särskild ansökan från olika huvudmän fördelas ytterligare 125 miljoner kronor årligen till specifika ändamål, t ex till stöd för små och mindre kända handikappgrupper. Huruvida man ska göra om samma misstag avseende uppföljning och utvärdering i anslutning till Dagmarmedlen återstår att se. Socialstyrelsen kräver årliga redovisningar av hur medlen har använts.

De stora FINSAM-försöken på nationell nivå med finansiell samordning av medel för sjukvård och sjukförsäkring syftar också till en effektiv rehabilitering, minskad sjukskrivning och ökad samhällsekonomisk vinst. Det överskuggande problemet med FINSAM-försöken är att finna relevanta mått på hur verksamheterna ska utvärderas och i vilken utsträckning det är möjligt att kunna göra jämförelser mellan olika försöksområden. Det beror bl a på att de olika projekten kommer att vara regionalt anpassade och att man i stor utsträckning tvingas förlita sig till en begränsad mängd registerdata. Bristerna i dataunderlaget gäller främst behandlingseffekterna och effektiviteten inom hälso- och sjukvården. Det kan inte uteslutas att de högt ställda förväntningarna på FINSAM-försöken inte kommer att infrias.

Förutom de satsningar som gjorts på försök med samverkan mellan hälso- och sjukvården och försäkringskassorna förbereds försök att utvidga samarbetet till att omfatta andra resursgivare, t ex SOSAM-försöken. Ett sådant försök är Stenungsundsprojektet som är unikt så tillvida att Stenungsunds kommun, Bohusläns allmänna försäkringskassa och Bohuslandstinget kommer att samarbeta i syfte att kunna erbjuda invånarna sjukvård, social service eller ersättningar från försäkringskassan. Det finns flera intressanta aspekter på Stenungsundsprojektet förutom att kommunen medverkar. För att försöket ska kunna genomföras krävs bl a att dispenslagstiftning. En proposition förbereds för detta på Socialdepartementet. För att samordna verksamheten krävs bl a en helt ny civilrättslig beställarnämnd. Nämnden ska ha ett befolkningsansvar för sjukvård och socialtjänst men också för förbättrad folkhälsa och samordnad rehabilitering. Beställarnämnden ska upphandla tjänster från kommunens socialtjänst, försäkringskassans lokalkontor,

landstingets hälso- och sjukvård samt olika privata aktörer. Finansieringen av försöket är i princip upplagd så att varje huvudman går in med det belopp som motsvarar bokslutet 1993. Dessutom byggs en riskfond upp, dels genom gemensamma resurser och dels genom eventuella samordningsvinster. Projektet kommer också att utvärderas, men när det gäller hälsoekonomiska aspekter är ambitionen låg.

Jämsides med satsningarna på rehabilitering med inriktning mot hälso- och sjukvård och angränsade sektorer har stora satsningar på yrkesinriktad rehabilitering genomförts. För 1991/92 köpte försäkringskassorna yrkesinriktad rehabilitering till ett värde motsvarande 478 miljoner kronor. Det kan jämföras med 269 miljoner kronor för 1990/91. Till dessa satsningar på rehabilitering kan också läggas en del av de projekt som Arbetslivsfonden finansierat. Arbetslivsfondens (1994) verksamhet är en tillfällig stimulans i storleksordningen 10 miljarder kronor för att främja arbetsmiljöförbättringar och rehabilitering. De projekt som primärt avser rehabilitering uppgår till ca 20 procent av fondens verksamhet. Det motsvarar ca 2 miljarder kronor totalt från det att fonden startat fram till idag. De möjligheter som idag står till buds för arbetsgivaren att få hjälp med rehabiliteringsarbetet, från t ex Arbetslivsfonden, gränsar i vissa fall till direkt förebyggande åtgärder. Det kan synas vara en god logik i att först ta hand om akuta rehabiliteringsfall och sedan förhindra att ytterligare skador och sjukdomar uppstår. Det kan mycket väl vara så att förebyggandet av ohälsa på arbetsplatserna ger en relativt sett bättre avkastning än en mera effektiv rehabilitering. Det bör dock noteras att det finns gränser för hur långt en sådan ambition är försvarbar. I slutändan blir det en avvägning av vad företaget i fråga kan investera i att förebygga ohälsa i förhållande till kostnadsläge och konkurrenssituation. Från samhällets sida är det inte heller självklart var gränsen går för en god hälsa, låga behandlingskostnader och reducerade socialförsäkringsutgifter i förhållande till tryggad sysselsättning och skatteinkomster m m.

Avslutningsvis kan jag konstatera att det har genomförts och genomförs avsevärda satsningar på rehabiliteringsområdet. Det är sannolikt att en del av de modeller för samverkan som prövas idag kommer att utvecklas vidare. Det är också troligt att arbetsmarknadens parter (inkl. länsarbetsnämnden) på ett helt annat sätt än tidigare kommer att delta i nya samverkansformer. Olika former av nätverks- eller matrisstruktur kan visa sig vara effektiva lösningar på samordningsproblemen. En utveckling mot beställarnämnder kan också lösa en del samordningsproblem genom att utnyttja marknadstransaktioner och

ekonomiska incitament på ett helt annat sätt än tidigare. Båda formerna för samordning av olika insatser kommer sannolikt att komplettera varandra men kräver också en kompetensuppbyggnad vilket ställer krav på ökade utbildningsinsatser inom hälso- och sjukvården, försäkringskassans organisation men också inom angränsande organisationer.

Finansieringsfrågorna kommer att vara aktuella en lång tid framöver. Det är otillfredsställande att olika huvudmän finansierar olika hälso- och sjukvårdsinsatser. I kombination med bristen på helhetssyn kan detta leda till osäkra ansvarsförhållanden och risk för bristande effektivitet. Avgifternas storlek kommer sannolikt också att vara föremål för diskussion på ett helt annat sätt än tidigare. Diskussionen om finansieringen av arbetsskadorna och förtidspensionerna kommer förmodligen att aktualiseras. Frågan om huruvida det är möjligt att nyttja en fast och en ohälsorelaterad rörlig del i socialavgifterna för att skapa ekonomiska incitament för att minska ohälsotalet är till stora delar olöst. Den enhetliga arbetsgivaravgiften i socialförsäkringssystemet har den svagheten att avgiften inte fungerar som ekonomiskt incitament för en bättre arbetsmiljö. Ett system med differentierade avgifter som baseras på hur höga kostnaderna är för sjukfrånvaro, arbetsskador och förtidspensioner i varje företag kan sannolikt skapa incitament för en bättre arbetsmiljö. Arbetsgivare som tagit särskilda initiativ till att förbättra arbetsmiljön skulle dessutom kunna erhålla reducerade avgifter.

Det finns stora förväntningar på framtida vinster till följd av samordnad rehabilitering och i vissa fall har dessa tagit sig uttryck i form av myter. Det kan å andra sidan konstateras att de hälsoekonomiska konsekvenserna av försöken med samordnad rehabilitering är mycket osäkra. Det gäller såväl behandlingseffekter som kostnader för hälso- och sjukvården och konsekvenser för försäkringskassan. Att finna nya former för effektiv rehabilitering, minskad sjukfrånvaro, förbättrad hälsa och ett bättre utnyttjande av samhällets resurser kan vara svårt utan att utgå från ett helhetsperspektiv och att använda sig av genomtänkta strategier för forsknings- och utvecklingsarbetet i hälsoekonomiska utvärderingar.

Referenser

Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, G. et al. (1992), International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, Vol. 1, 349-51.

Arbetslivsfonden. (1994), *Verksamhetsberättelse* 1993. Nacka.

Chamberlain, M., Rowley, C., Stowe, J. et al. (1991), *An evaluation of communication aid centres*. Centre for Health Economics. University of York. York.

Drummond, M. F., Stoddart, G. L., Torrance, G. W. (1993), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press. Oxford.

Becker, G. *Human Capital*. (1964), National Bureau of Economic Research. New York.

Grossman, M. (1972), *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. Columbia University Press. NBER. New York.

Hass, U., Jonsson, D. (1994), Welfare Consequences of the Swedish Handicap Service System. *Publiceras i Scandinavian Journal of Social Welfare* 1994.

Hunt, S., McKenna, S., McEven, J, et al. (1980), A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 281-6.

Jonsson, D. (1991), *Kostnader och finansiering av stöd och service till personer med funktionsnedsättning*. Ingår i: Handikapp Valfärd Rättvisa. 1989 års handikapputredning. Allmänna Förlaget, Stockholm 1991. SOU 1991:46.

Jonsson, D., Zethraeus, N., Mansfield, M., Wålinder, J. (1993), Klozapinbehandling av schizofrena - Stora förbättringar avseende symtom och socialt liv. *Läkartidningen* 90, 1564-66.

McKenna, M., Maynard, A., Wright, K. (1992), *Is Rehabilitation Cost Effective?* Discussion Paper 101, October. Centre for Health Economics, Health Economic Consortium. University of York.

OTA. (1982), *Technology and Handicapped People*. - Office of Technology Assessment. - U S Congress, U S Government Printing Office, Washington.

OTA. (1978), *Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies*. - Office of Technology Assessment. - U S Congress, U S Government Printing Office, Washington.

Nordfenfelt, L. (1991), *Livskvalitet och Hälsa - Teori och Kritik*. Almqvist & Wiksell Förlag AB. Falköping.

Nordfenfelt, L. (1987), *On the Nature of Health: An Action.Theoretic Approach*. D. Reidel Publishing Company. Dordrecht.

Psykiatriutredningen. (1992), *Välfärd och valfrihet*. Allmänna Förlaget, Stockholm. SOU 1992:73.

Rehabiliteringsberedningen. (1988), *Tidig och samordnad rehabilitering*. Allmänna Förlaget, Stockholm. SOU 1988:41.

RFV. (1994), *Socialförsäkringsstatistik. Fakta 1983-1992*. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

RFV. (1993), *Dagmar 485 - en uppföljning av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården år 1992*. RFV redovisar 1993:6. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

RFV. (1992), *Rapport om rehabiliteringsarbetet under budgetåret 1991/92*. RFV anser 1992:10. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

RFV. (1989), *Långvarig sjukskrivning, rehabilitering och förtidspension - En systemanalys*. RFV redovisar 1989:12. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Rombach, B. (1990), *Kvalitet i offentlig sektor*. Norstedts Förlag. Stockholm 1990.

Rosenthal, G. (1977), *Anticipating the costs and benefits of new technology: A typology for policy*. I: Altman S H och Blandon R (eds). *Medical Technology; The Culprit Behind Health Care Costs? Proceedings of the 1977 Sun Valley Forum on National Health*, DHEW publ No (PHS) 79-3216, Washington.

SBU. (1991), *Ont i ryggen - Orsaker, diagnostik och behandling*. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Stockholm.

Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. (1993), *Rehabilitering inom hälso- och sjukvården - för alla åldrar och diagnoser*. Fritzes, Stockholm. SoS-Rapport 1993:10.

Thomas, L. (1971), *Notes of a biology-watcher; The Technology of Medicine*. *New England Journal of Medicine* 24, 1366-68.

Wade, D. (1992), *Measurement in Neurological Rehabilitation*. *Oxford Medical Publications*. Oxford University Press. Oxford.

Walker, R., Rosser, R. (1988) *Quality of Life: Assessment and Application*. CMR Workshop Series. MTP Press Limited. Lancaster.

Åberg, J. (1993), *Från arbetsplatsrehabilitering till case management*. Samhall Klintland. Media-Alternativ Förlag, Stockholm.

Hälsoekonomiska perspektiv

Den hälsoekonomiska forskningen har sedan introduktionen i Sverige under 1970-talet genomgått en snabb utveckling och etablerats som ett akademiskt ämnes- och kunskapsområde. Forskningen inriktades inledningsvis mot frågor kring samhällsekonomiska utvärderingar av medicinska behandlingar. Under senare tid har ämnet även bidragit med underlag till diskussionerna om hur sjukvårdens framtida finansiering och organisation skall utformas.

Uppsatserna i den här boken behandlar delar av hälsoekonomin som är centrala för svensk hälso- och sjukvård. De visar hur hälsoekonomiska analyser kan tillämpas på de problem vi står inför.

Denna bok vänder sig till läsare med ett brett intresse av ämnet hälsoekonomi. Den kan med fördel även användas vid undervisning i kurser som hälsoekonomi, offentlig ekonomi samt hälso- och sjukvårdsadministration.

Boken är tillägnad professor Bengt Jönsson, ledande hälsoekonom som med sina insatser vid olika lärosäten starkt bidragit till hälsoekonomins utveckling i Sverige.



Per Carlsson och Clas Rehnberg (red); Fredrik Andersson, Håkan Brodin, Per Carlsson, Peter Garpenby, Kwame Gbesemete, Ulf Gerdtham, Magnus Johannesson, Dick Jonsson, Göran Karlsson, Lars-Åke Levin, Clas Rehnberg och Ingvar Westerberg.

SNS
FÖRLAG

 TEMA
Hälsa och samhälle
Linköpings universitet

ISBN 91-7150-619-5

