



LUND UNIVERSITY

Prioritering i etik och praktik. En hälsoekonomisk analys av Prioriteringsutredningen

Lyttkens, Carl Hampus

Published in:
Ekonomisk Debatt

1994

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Lyttkens, C. H. (1994). Prioritering i etik och praktik. En hälsoekonomisk analys av Prioriteringsutredningen. *Ekonomisk Debatt*, 22, 595-606.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Prioritering i etik och praktik: En hälsoekonomisk analys av Prioriteringsutredningen*

I denna artikel visar Carl Hampus Lyttkens att de riktlinjer Prioriteringsutredningen förespråkar innehåller flera delvis motstridiga principer som måste vägas mot varandra. Det återstår en hel del arbete för utredningen för att åstadkomma praktiskt användbara och entydiga riktlinjer för prioriteringar inom sjukvården. Lyttkens diskuterar också kostnaden för rättvisa i vården och hälsoekonomins bidrag till prioriteringsdebatten.

För några år sedan kunde en grupp internationella hälsoekonomer på besök i Sverige konstatera att de "...were all struck by the absence of any articulated, let alone agreed, idea of equity [rättvisa] in the discussions we had with those who briefed us" (Culyer [1991, s25]). Detta trots den stora vikt som läggs vid rättvisaspekter i svensk sjukvårdspolitik, och trots att prioriteringar naturligtvis alltid förekommit, om än i det tysta. Det är därför mycket glädjande att vi nu fått en utgångspunkt för att utveckla en mer artikulerad syn på etik och prioriteringar i svensk sjukvård: Prioriteringsutredningens rapport *Vårdens svåra val* (SOU 1993:93).

CARL HAMPUS LYTTKENS är verksam vid Nationalekonomiska institutionen och Institutionen för klinisk samhällsmedicin (Malmö) vid Lunds universitet. Han är tf professor i nationalekonomi och innehar en forskartjänst i hälsoekonomi vid Medicinska forskningsrådet. Hans forskning är inriktad mot hälsoekonomi och antikens ekonomi.

Utredningen föreslår att tre etiska principer skall ligga till grund för prioriteringar i vården: Människovärdesprincipen, behovs- eller solidaritetsprincipen samt effektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen innebär att alla människor har samma värde, behovsprincipen att resurser skall satsas där behoven är som störst, och effektivitetsprincipen att man skall satsa på det som är mest kostnadseffektivt om allt annat är lika.

Dessa tre principer skall vägleda beslutsfattare på olika nivåer inom sjukvården. Utredningen har vidare valt att följa den norska prioriteringsmodellen och delat in olika typer av vård i ett fåtal prioriteringsgrupper. I sammanfattad form är dessa: I) vård av livshotande, invalidiserande eller svåra sjukdomar samt palliativ vård i livets slutskede, II) prevention och rehabilitering, III) vård av mindre svåra sjukdomar, IV) vård av andra skäl än sjukdom, V) egenvård tillräcklig.

* Detta arbete har utförts med finansiellt stöd från Medicinska forskningsrådet och Socialvetenskapliga forskningsrådet. Jag tackar Björn Lindgren, Leif Persson samt deltagarna vid seminariet vid Tema H, Linköpings universitet, för värdefulla kommentarer.

Av dessa fem grupper föreslår utredningen att de tre första skall ingå i den kollektivt finansierade vården.

Vårdens svåra val är avsedd att debatteras innan utredningen utarbetar sitt slutgiltiga förslag. Det är angeläget att olika vetenskaper ger sitt bidrag till prioriteringsdiskussionen. Denna artikel skall ses som en hälsoekonomisk reflektion kring utredningens analyser och förslag. Jag gör sålunda inga anspråk på att redovisa annan litteratur eller andra ståndpunkter än de hälsoekonomiska, och jag kommer inte heller att ta upp alla aspekter på rapporten.

Prioritering efter behov

Prioriteringsutredningen har valt en grov indelning i breda prioriteringsgrupper. Det innebär att de värderingar och riktlinjer som skall vägleda prioriteringarna inom dessa grupper måste vara så klara och tydliga som möjligt. Jag kommer därför i det följande att diskutera innebörden i två av utredningens etiska grundprinciper, nämligen behovsprincipen och effektivitetsprincipen.

Enligt utredningen innebär behovs- eller solidaritetsprincipen att "resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst" (s 95).¹ I hälsoekonomisk litteratur har man betonat dels att "behov" (engelska *need*) kan definieras på olika sätt, dels att olika definitioner leder till olika prioriteringsprinciper.² Man brukar inledningsvis konstatera att en person rimligen bara har behov av sjukvård om denna sjukvård kan förväntas förbättra personens hälsa nu eller i framtiden (positiv marginalproduktivitet).³ Detta synsätt förefaller delas av utredningen, även om man från en ekonomisk synpunkt kunde uttryckt sig mera rakt på sak. Utredningen noterar att behov kan definieras som "något som man far illa av att vara utan" (s 14, 88). Man säger vidare att "man har behov av det man har nytta av" (s 89). Nyttan av vård har man – i sin

tur – om den är "ändamålsenlig och meningsfull" och vård är "ändamålsenlig om den kan nå sitt syfte, tex antibiotikabehandling som får en infektion under kontroll" (s 89).

Det räcker emellertid inte med att konstatera att individer har behov av sjukvård. För att kunna göra prioriteringar måste vi dessutom kunna jämföra olika individers behov med varandra. En möjlighet är att bestämma att vissa *typer* av behov alltid har absolut företräde framför andra. Utredningen väljer dock inte detta alternativ. Då blir man i stället tvungen att avgöra vilket behov som är störst och hur resurser skall fördelas i förhållande till skillnaden i behov. Av fundamental betydelse är därvid om man 1) anser att behovet är större ju sjukare man är eller 2) anser att behovet är större ju mer sjukvården skulle kunna bidra till att förbättra ens hälsa. Det gäller alltså antingen personens *aktuella hälsostatus* eller vederbörandes *potentiella förbättring* i hälsostatus. I det förra fallet säger man tex att den som har en svår kronisk sjukdom har ett stort behov, även om det finns mycket lite att göra för att lindra personens lidande, höja livskvaliteten, osv. I det senare fallet säger man att det är hur mycket friskare man kan göra personen som avgör behovets storlek.

Det är lätt att visa att dessa principer leder till olika resultat om man skall fördela resurser i förhållande till behovets storlek (Culyer & Wagstaff [1993]). När det

¹ Sidhanvisningar avser – om inte annat anges – Prioriteringsutredningens betänkande SOU 1993:93.

² Se tex Culyer [1989], Culyer m fl [1991], Culyer & Wagstaff [1993], Lyttkens [1994], McGuire, Henderson & Mooney [1988], Williams [1978].

³ För enkelhetens skull definieras hälsa i denna artikel som frånvaro av sjukdom, handikapp eller skada, och jag utgår från att skillnader i hälsa går att mäta.

tex gäller fördelningen av resurser mellan olika sjukvårdsdistrikt avgör valet av princip om befolkningens genomsnittliga sjuklighet är ett relevant kriterium. När det gäller patienter i kö till kranskärlsoperation måste man veta hur man skall prioritera mellan en patient som är svårt hjärtsjuk (sämst hälsostatus) men som bara har små vinster att göra på en operation och en patient som redan i utgångsläget mår betydligt bättre men som också kan bli så gott som helt återställd genom behandling (störst potentiell hälsoförbättring). Det är också ganska lätt att finna argument för respektive definition. Om behov definieras som grad av sjuklighet innebär det att vi bryr oss mer om de sämst ställda (sjukaste), i linje med tex Rawls [1971] rättviseteori.⁴ Den etiska principen "att göra gott" kan motivera att man koncentrerar sig på hur stora hälsovinster som kan nås med olika alternativ.

Såvitt jag kan förstå vill utredningen väga in både aktuell hälsostatus och potentiell hälsoförbättring i behovet av sjukvård. Man talar på ett flertal ställen om sjukdomens svårighetsgrad (individens hälsostatus). Samtidigt hänvisar man, som sagt, till att man har behov av det man far illa av att vara utan och ju mer man far illa desto större är behovet (s 88). Det senare tolkar jag som en jämförelse av hälsan med och utan sjukvård, alltså den potentiella hälsoförbättringen. En alternativ tolkning skulle vara att utredningen menar att både sjukdomens svårighetsgrad och den potentiella hälsoförbättringen skall vägas in och att man menar att svårighetsgraden representerar behovet av sjukvård medan hälsoförbättringen representerar nyttan med sjukvård (trots det som sades ovan om definitionen av nytta/behov).⁵ Oavsett tolkning skall båda aspekterna – hälsostatus och potentiell hälsoförbättring – vägas in. Detta är naturligtvis inte något fel. Emellertid återstår då för utredningen att i sitt vidare arbete redovisa hur man menar att dessa komponenter i praktiken skall vägas sam-

man. Det behövs oundgängligen en klar norm för konfliktlösning mellan de etiska principerna.

Man måste kunna mäta behoven/nyttan av sjukvård och dessutom ha en princip för hur skillnader i behov skall översättas till krav på sjukvårdsresurser. Skall tex ett verksamhetsområde där behovet/nyttan är hälften så stort som ett annat få hälften så mycket resurser? En fjärdedel? Inga alls? Hur långt bak i operationskön skall man flytta en patient som vi tror bara har hälften så många levnadsår att vinna på en operation som medianpatienten? Man stöter här på flera av de problem som diskuterats i anslutning till sk QALYs (kvalitets-justerade levnadsår).⁶ Om man tex som behov räknar hur många levnadsår en patient vinner på en behandling kan effekten bli att man prioriterar unga framför gamla.

Kostnadseffektivitet

En annan av utredningens tre grundprinciper är effektivitetsprincipen, vilken man formulerar: "Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man satsa på det som är mest kostnadseffektivt, om allt övrigt är lika" (s 96). Med

⁴ Den ökade uppmärksamheten på de sämst ställdas situation är enligt min personliga uppfattning det allra mest tilltalande i Prioriteringsutredningens rapport. Jfr Lyttkens [1994] där jag argumenterar för denna princip i kombination med att satsa där hälsoeffekterna av sjukvård blir störst. Det finns ett flertal hälsoekonomiska studier av rättvisa i vården där behov hanteras som grad av (upplevd) sjuklighet. Se tex Van Doorslaer, Wagstaff & Rutten [1993].

⁵ På detta sätt verkar man resonera på s 126: "det kan vara vanskligt att göra avvägningar mellan sjukdomars svårighetsgrad och nyttan av vård. [...] i praktiken krävs därför hänsynstagande till såväl behov som nytta."

⁶ Se tex Wagstaff [1991].

kostnadseffektivitet avses "nytta i förhållande till kostnad" (s 91).

En kärnfråga i sammanhanget är naturligtvis vad "allt det övriga" är som skall vara lika för att kostnadseffektiviteten skall vara utslagsgivande. En näraliggande möjlighet är att resultatet i form av förväntade effekter – tex på hälsan – skall vara lika. Då blir principen liktydlig med kostnadsminimering och rimligtvis okontroversiell – varje resultat skall åstadkommas till lägsta möjliga kostnad. Samtidigt som den är okontroversiell är en sådan princip föga användbar, eftersom det är sällan som olika åtgärder eller verksamhetsområden ger exakt samma resultat. När utredningen definierar effektivitetsprincipen väljer man en tolkning av denna typ, eftersom man säger att man av två behandlingar skall välja den som kostar minst om båda är "lika ändamålsenliga och meningsfulla" (s 96). Man får då förstå det som att det är nyttan av behandlingen som skall vara lika (jfr ovan definitionen av nytta).

Situationen blir dock något oklar i och med att utredningen på annat håll också säger att "enligt effektivitetsprincipen bör dessutom den som har mer nytta av gjorda insatser gå före den som har mindre nytta" (s 126).⁷ Sistnämnda tolkning är förenligt med att prioritera efter behov och likställa behov med nytta, men förefaller oförenligt med det man tidigare sagt om effektivitetsprincipen.

Om nyttan med en behandling (effekt på livslängd, lidande, osv) skall vägas in får vi mycket klara men möjligen också kontroversiella implikationer. Det innebär ju att människor inte har samma rätt till vård bara genom att vara människor, och inte heller att man har samma rätt till vård bara för att man har samma sjukdom/hälsotillstånd. Konkret torde det väl innebära att man av två individer normalt kommer att prioritera den som är yngre, är i bättre allmänskondition, har fler år kvar att dra nytta av tex en starroperation, osv. Det borde också innebära att en

rökare som inte vill sluta röka skall prioriteras lägre, om rökningen innebär att det förväntade resultatet ("nyttan") med behandlingen blir sämre.⁸

Utredningen är nog med att betona att tex kronologisk ålder inte får användas som generellt prioriteringskriterium, utan att varje patient måste bedömas enskilt (s 102). Det innebär att det i stället är den biologiska åldern – patientens allmänskondition m m – man skall ta hänsyn till när man bedömer patientens nytta av olika behandlingar. Med en analogi från arbetsmarknaden skulle man kunna säga att man vill förbjuda sk statistisk diskriminering: en person med viss kronologisk ålder skall inte bara antas ha den för denna åldersgrupp genomsnittliga allmänskonditionen, utan varje individs hälsostatus bör undersökas före prioriteringen. För äldre personer blir dock värdet av denna princip mindre om nyttan av en behandling skall vägas in så som ovan skisserats.

En intressant komplikation följer av att utredningen på två ställen säger att nyttan av sjukvård kan visa sig i förbättrad hälsa, minskat lidande och *ökad livskvalitet* (s 15 och 83). Ökad livskvalitet ställs med denna formulering jämsides med hälsoeffekterna. Härmed närmar man sig nationalekonomins nyttobegrepp, som ju närmast kan översättas med individens totala välfärd, lycka, e dyl. Eftersom man samtidigt säger att det är individens egen upplevelse som avgör värderingen av livskvalitet (s 14, 87) för man in ett explicit subjektivt element i underlaget för prioriteringen. Om man hårdrar argumentet

⁷ Jfr också s 91: "om behandlingar har olika nytta får övervägas om skillnaden i nytta motiverar skillnaden i kostnad". Jfr även s 22.

⁸ På de punkter där utredningen explicit diskuterar rökare verkar man fokusera på ett annat fall (s 104, 139), nämligen det där man bedömer att patienten själv inte kommer att ha någon nytta alls av operationen.

torde resultatet bli att man inte kan utfärda generella riktlinjer för prioriteringar, eftersom vi inte vet hur människor i olika sjukvårdsdistrikt, enskilda patienter, osv, värderar sin livskvalitet.⁹ Ett sådant synsätt ligger nära till hands för ekonomer, eftersom en väsentlig del av ekonomisk teori bygger på tanken att man inte på ett meningsfullt sätt kan jämföra hur stor glädje olika individer har av hälsa, inkomst, äpplen, osv.¹⁰

Andra etiska principer

Prioriteringsutredningen har valt ut sina etiska principer bland flera möjliga. Urvalet är emellertid inte självklart, och utredningen argumenterar också antydningssvis för flera andra etiska principer. Innan man diskuterar vilka etiska principer som bör gälla för sjukvården är det för en ekonom naturligt att fråga sig vad det är för speciellt med just sjukvård. Liksom en rad andra varor har sjukvård egenskaper som kan motivera offentlig inblandning,¹¹ men av det följer inte automatiskt att särskilda etiska principer skall gälla för sjukvården. Om sjukvård har en speciell etisk ställning, så är det rimligen i stället för att människors hälsa har en särskild dignitet i deras liv, t ex att hälsan är avgörande för möjligheterna att leva ett rikt (*flourishing*) liv.¹²

Om det är hälsans fördelning – snarare än sjukvårdens – som är den springande punkten kan det leda till en annan etisk princip än de vi hittills diskuterat. Målet kan vara att minska skillnaderna i hälsa i befolkningen. Strikt tillämpat skulle detta innebära att man först gör allt som är möjligt för de sjukaste innan några resurser fördelas till de mindre sjuka. Med detta mål kan vi få nya avvägningsproblem, eftersom fördelning efter behov i stället kan leda till ökade skillnader i hälsa. Det inträffar eftersom sjukvård har olika effekter på olika människors hälsa, och det gäller vare sig behov definieras som hälsostatus eller som potentiell hälsoförbättring

(Culyer & Wagstaff [1993]). Även principen om "lika hälsa" torde gå att spåra i utredningen. Man säger ju att man skall sträva efter att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt och att ett önskvärt mål är att alla når så god hälsa som möjligt, samtidigt som man konstaterar att "fullständig utjämning" inte är möjlig (s 96). Man måste då ange hur "lika hälsa" skall vägas mot vård efter behov.

I sin diskussion av valet av etiska principer tar utredningen aktivt ställning mot att ge autonomiprincipen (individens självbestämmande) en framträdande plats, eftersom den annars skulle göra det omöjligt att i praktiken genomföra prioriteringar i vårt sjukvårdssystem. Det ligger naturligtvis en hel del i detta – man kan inte ge medborgarna absolut rätt att välja vilken sjukvård de vill ha i varje situation och samtidigt hävda offentliga instansers rätt att prioritera mellan verksamhetsområden, patienter, osv.¹³

Å andra sidan skulle autonomiprincipen kunna tillämpas på flera sätt utan att komma i grundläggande konflikt med utredningens strävan att ange praktiskt användbara riktlinjer för prioriteringar. För det första skulle man kunnat betona en annan etisk princip som också nämns av utredningen när man presenterar sina egna etiska riktlinjer, nämligen "lika till-

⁹ Av likartade skäl är jag i Lyttkens [1994] generellt skeptisk till prioritering efter behov.

¹⁰ Debatten är gammal i ekonomkretsar, se t ex Pålsson Syll [1993].

¹¹ Se t ex Culyer [1989], McGuire, Henderson & Mooney [1988], Pauly [1986].

¹² Se t ex Wiggins [1987].

¹³ Man har genomgående valt att ta den institutionella ramen inom sjukvården för given. Man skulle annars kunna tycka att avfärdandet av autonomiprincipen rimmar något illa med framhävandet av människovärdesprincipen: alla människor har ett unikt värde, alla har samma mänskliga rättigheter och alla har samma rätt att få dem respekterade (s 94–95).

gång till vård" (s 96). Lika tillgång till vård nämns ofta i måldokument i olika länder, inklusive Sverige.¹⁴ Det har bl a därför nyligen diskuterats rätt mycket i hälsoekonomiska kretsar om det är en väsentligare princip än lika vård för lika behov.¹⁵ I sin hälsoekonomiska tappning fäster principen om lika tillgång uppmärksamheten vid människors *möjlighet* att söka vård om de så önskar; däremot bekymrar man sig mindre om huruvida människor faktiskt söker vård, eller om detta varierar mellan olika befolkningsgrupper. Beslutet att faktiskt söka vård ses som individens eget (autonoma) val som får bero på individens egna värderingar. Oavsett inställning till valet av etisk princip förefaller man i den hälsoekonomiska litteraturen vara överens om att lika tillgång är viktigt, eftersom det avgör patientens möjlighet att få en första medicinsk bedömning (Steen [1993]). Om man lägger tyngdpunkten vid principen om lika tillgång kan slutsatsen bli t ex att vårdens geografiska fördelning har stor betydelse, och att man bör utjämna de skillnader som finns i tidskostnader för att söka vård.

En annan möjlig tillämpning av autonomiprincipen vore att ge patienterna en absolut rättighet att bli prioriterade enligt det etiska riktlinjer som fastslagits av t ex riksdagen. Utredningen har däremot preliminärt tagit ställning mot att ge patienter några absoluta rättigheter (s 136). På klinisk nivå överlåter man åt vårdpersonal att fatta de slutgiltiga besluten avseende enskilda patienter. Det senare skall förvisso ske i samråd med patienten, men det är ändå en väsensskillnad jämfört med att tillmäta patienterna absoluta rättigheter.

Kostnaden för rättvisa

Vår diskussion av alternativa etiska principer för naturligt tankarna till kostnaden för att åstadkomma en rättvis prioritering enligt utredningens riktlinjer. En första kostnad kan sägas vara att man tvingas

välja bland flera önskvärda principer. En del får en framträdande plats, även om man måste göra avvägningar mellan dem. Autonomiprincipen däremot hamnar i bakgrunden, vilket innebär att brott mot denna princip betraktas som en acceptabel kostnad för att nå de andra målen.

Det kan i det sammanhanget vara värt att notera att finansieringen av den svenska sjukvården också kan uppfattas som ett intrång i människors autonomi. Varje kollektivt beslut som inte fattas i total enighet innebär ett intrång i människors autonomi, och vi har genom våra politiker bestämt både sjukvårdens omfång och att alla skattebetalare skall bidra till dess finansiering. Med enkla majoritetsbeslut avgör vi alltså hur andra människor skall använda sina pengar, nämligen till sjukvård.

Sjukvården finansieras i huvudsak med proportionella skatter (landstingsskatt, sociala avgifter). Det innebär att sjukvårdens finansiering bidrar till skattesystemets snedvridande effekter i samhälls ekonomin, vilket leder till en extra kostnad (sk *excess burden*). Skatten förhindrar byten som skulle varit till fördel för båda parter. Varje krona av offentliga utgifter som har finansierats skattevägen innebär alltså i själva verket en kostnad på mer än en krona för oss medborgare – vi har betalat mer än en krona i minskad välfärd för att kunna företa en utgift på en krona. Det är svårt att bedöma storleken på den extra kostnaden.¹⁶ Vägverket räknar t ex med en extra kostnad på 25 pro-

¹⁴ Van Doorslaer, Wagstaff & Rutten [1993], Steen [1993].

¹⁵ Culyer, van Doorslaer & Wagstaff [1992a,b], Culyer & Wagstaff [1993], Mooney m fl [1991, 1992].

¹⁶ Beräkningar från mitten på 1980-talet antydde att den kan ligga i storleksordningen 20–60% av skatteintäkten (Hansson [1984]).

cent för skattefinansiering.¹⁷ Denna typ av kostnad torde i praktiken vara oundviklig för att uppnå utredningens mål. Argumenteringen förutsätter nämligen att de förmåner en individ kan åtnjuta inte är beroende av hur mycket man bidragit till vårdens finansiering. Därmed torde skattefinansiering vara nödvändig, och det är mycket svårt att finna skatter som inte har snedvridande effekter.

En annan sorts rättvisekostnad kan sägas uppstå om vi väljer att inte maximera befolkningens hälsa. Det hävdas ibland att sjukvårdens mål skulle vara just att maximera befolkningens hälsa, och det är en av bevekelsegrunderna till att använda QALYs som effektmått inom vården.¹⁸ En maximering av befolkningens sammanlagda hälsa blir också följden om man prioriterar efter behov och mäter behov som potentiell förbättring av hälsa. Där emot maximerar man inte hälsan om man väger in patienternas absoluta hälsotillstånd när man fördelar vårdresurserna, eller om man för in en utjämning av hälsan bland målen.¹⁹ Liksom i fallet med skattefinansiering kan man då säga att vi offrar en del av den totala kakan för att det som blir över av kakan skall bli jämnare fördelat över befolkningen.

Hur blir prioriteringsbesluten i praktiken?

Antag att staten, Landstingsförbundet, eller någon annan, ger ut klara och entydiga riktlinjer för prioriteringar i vården. Kommer dessa att följas i det praktiska arbetet i enskilda distrikt, på kliniker, husläkarmottagningar osv? Å ena sidan påverkas besluten i vården säkerligen av de etiska riktlinjer som finns och som förmedlas via vårdutbildning, måldokument osv. Å andra sidan finns det många andra samverkande incitament som kan väntas påverka vårdarbetet: betalningssystem, karriärmöjligheter, gruppnormer, straff vid felbehandling, osv. Av särskilt intresse är därför att undersöka i vilken ut-

sträckning dessa andra incitament är konsistenta med de etiska riktlinjerna. An-norlunda uttryckt: etiska riktlinjer kan bara väntas få stort genomslag om de stöds (eller åtminstone inte motarbetas) av tex de finansiella styrinstrumenten i vården.

Av detta skäl är utredningens kapitel sex om organisatoriska förändringar i svensk sjukvård centralt. Utredningen konstaterar att de nya ekonomiska styrsystem som är under införande i vården kommer att påverka de prioriteringar som görs. Man inventerar en rad möjliga effekter men har tyvärr inte haft utrymme att göra en djupare analys av vad som är att vänta under olika scenarier. Ett exempel är den sk vårdgarantin, som det vore intressant att få analyserad utifrån utredningens riktlinjer.

Vi vet, som utredningen också konstaterar, fortfarande alldeles för lite om beslut och prioriteringar i vården.²⁰ Dock vet vi från internationell forskning att tex läkare – åtminstone i vissa situationer – påverkas av sin "ekonomiska" omgivning även när det gäller beslut om behandlingsstrategier för enskilda patienter, tex spelar det roll hur ersättningssystemet till läkare ser ut och utvecklas över tiden.²¹ Vi vet också att det uppstår stora skillnader i klinisk praxis mellan och inom länder (inklusive Sverige) som inte gått att förklara med skillnader i patienternas

¹⁷ Kommunikationsdepartementet [1985, kap 6].

¹⁸ Se tex Culyer [1989], Wagstaff [1991].

¹⁹ Culyer & Wagstaff [1993], Wagstaff [1991].

²⁰ Men se tex Iversen & Nord [1992] om prioriteringar i vårdköer. Utredningen konstaterar att det finns relativt lite av svensk forskning på detta område. Då återstår att använda den internationella forskningen som en första utgångspunkt.

²¹ Detta är ett av hälsoekonomins mest utforskade områden. Se tex Cromwell & Mitchell [1986], Roach [1993].

karakteristika.²² Man har också i ekonomiska analyser pekat på risken att sådana reformer som de som är aktuella i Sverige kan få etiskt oönskade konsekvenser.²³ Exempelvis kan låginkomsttagare komma att få sämre tillgång till vård. Det finns naturligtvis olika incitament även på politisk/administrativ nivå, men utrymmet medger inte att jag går in på dem här.

Vi har ovan sett att de etiska riktlinjerna ännu inte är särskilt preciserade. Så länge detta är fallet lägger vi naturligtvis ett större ansvar på beslutsfattarna på olika nivåer inom vården. Samtidigt får man vänta sig att de andra incitamentssystemen spelar en större roll så länge de etiska riktlinjerna inte är entydiga. Inom det spelrum som finns avgörs besluten av någon annan etisk princip, den finansiella logiken, eller något annat.

Mot ovan skisserade bakgrund kan man fråga sig om det är klokt av utredningen att så bestämt hävda att de avgörande besluten om hantering av enskilda patienter måste fattas på klinisknivå (s 126–27, 131, 134). Visserligen är det korrekt att den relevanta informationen om enskilda patienter normalt bara finns på denna nivå. Men utredningen menar också att vårdpersonal "inom sitt professionella ansvar" kan fatta beslut för enskilda patienter som strider mot de prioriteringar som gjorts på tex landstingsnivå (s 131, 134). Denna betoning av den kliniska friheten torde tilltala många som är kliniskt verksamma inom vården. Samtidigt är det för läsaren lite svårt att förstå principen bakom detta synsätt, eftersom utredningen också konstaterar att "samma etiska principer bör vara styrande på alla nivåer" (s 120).

Om hälsoekonomi i Prioriteringsutredningen

Kapitel fyra i Prioriteringsutredningens rapport heter "Hälsoekonomi och prioriteringar". En ämnesövergripande utredning som denna kan inte ägna enskilda

discipliner särskilt stort utrymme. Därför får man som ekonom vara glad över att hälsoekonomi ägnas ett särskilt avsnitt, och att vikten av hälsoekonomiska analyser och synsätt poängteras på flera ställen. För en bredare läsekrets kan det dock vara värdefullt med några förtydliganden av den hälsoekonomiska presentationen.

I det första avsnittet (4.1) behandlas relationen mellan sjukvårdens mål och hälsoekonomisk analys. Rubriksättningen har därvid blivit lite olycklig, i det att rubriken till avsnittet lyder "Hälso- och sjukvårdens mål har ingen ekonomisk dimension" (s 43). Det är ju i själva verket precis vad det har, eftersom det handlar om att åstadkomma en så god hälsa som möjligt för hela befolkningen. Det innebär att resurser måste utnyttjas effektivt, vilket utredningen helt riktigt konstaterar (s 44). Att svensk sjukvård däremot inte har till uppgift att producera en finansiell vinst (s 44) är självklart för ekonomer, men att så är fallet kan kanske behöva påpekas för andra grupper.²⁴

En annan inte helt ovanlig missuppfattning är att hälsoekonomisk analys skulle vara liktydig med utvärderingar av enskilda medicinska behandlingsstrategier. Jag hyser en viss oro för att utredningens beskrivning av hälsoekonomi som vetenskap kan komma att bidra till denna missuppfattning. Om hälsoekonomin sägs till att börja med att den "är den gren av ekonomisk teori och praktik som arbetar med resursanvändningen inom hälso- och sjukvård. Hälsoekonomins *huvudsakliga inriktning* [min kursivering] är att analysera vilka resurser [...] som krävs för att uppnå sjukvårdens mål att förhindra tidig

²² McPherson m fl [1982], Eckerlund & Gårdmark [1986].

²³ Se tex Culyer, Maynard & Posnett [1990], Lyttkens [1993], Matsaganis & Glennester [1994], Robinson & Le Grand [1994], van de Ven & van Vliet [1992].

²⁴ Jfr också diskussionen i Lindgren [1994].

död, bota, förebygga sjukdom och bevara livskvalitet" (s 44). I det följande avsnittet "Resultat av hälsoekonomiska analyser" (4.3) diskuteras uteslutande utvärderingsstudier, studier av sjukvårdens effektivitet tolkat som relationen mellan insatta resurser och resultat för patienten.²⁵ Den oinvigde läsaren uppfattar nog hälsoekonomi som studier av produktionseffektivitet i allmänhet och utvärderingar i synnerhet. Förvisso är detta viktiga områden inom hälsoekonomin, men minst lika viktigt är ju tex studier av hur sjukvårdsproducenter fungerar i praktiken, effekten av patientavgifter, konkurrens mellan sjukhus, privata sjukförsäkringar, arbetslöshet och rökning, rättvisa och fördelning, osv.²⁶ Presentationen av hälsoekonomi blir extra förvirrande genom att de två följande kapitlen handlar om hur prioriteringar (beslut) görs på olika nivåer i sjukvårdssektorn respektive hur dessa prioriteringar kommer att påverkas av de nya styrsystemen i svensk sjukvård, alltså två viktiga forskningsområden inom hälsoekonomin.

I utredningens avsnitt 4.3 ges två typer av exempel på resultat av hälsoekonomiska analyser. I båda fallen hade några varningsord till läsekretsen varit värdefulla. Den första gruppen utgör sk *cost-of-illness* studier, studier av olika sjukdomars "samhällsekonomiska kostnad". Härmed avses vanligen sjukvårdskostnader (direkta kostnader) plus produktionsbortfall (indirekta kostnader). De senare tar sig uttryck i sjukskrivningar och förtidspensioneringar.²⁷ Problemet är att denna typ av studier är uttalat problematiska i en prioriteringsdiskussion. Den på detta sätt uträknade samhällsekonomiska kostnaden för en sjukdom säger i många fall inte mycket om hur pass viktigt det är att förebygga eller bota sjukdomen i fråga, dvs hur den bör prioriteras jämfört med andra samhällsmål.

Grunden för en prioritering är i en samhällsekonomisk analys hur välfärden (lyckan, livskvaliteten, osv) påverkas för

alla berörda individer. Det betyder för det första att individernas ökade välbefinnande genom att slippa vara sjuka skall vägas in.

Till detta skall sedan läggas effekterna på den sjukes och andra individers konsumtion av varor och tjänster (vilket också antas påverka välbefinnandet). När en person är sjuk minskar tillgången på varor och tjänster i samhället och denna förlust sprids över befolkningen. Tex omfördelas genom sjukpenningen en del konsumtion från den (för tillfället) friske till den (för tillfället) sjuke. Det är den senare posten – värdet av konsumtionsbortfallet – man försöker approximera med "sjukdomens samhällsekonomiska kostnad", uträknad enligt ovan.

Men enbart på denna grund kan man alltså inte prioritera mellan tex olika vårdinsatser. I all synnerhet gäller detta så snart man talar om sjukdomar som kan leda till döden. Det finns ingen anledning att tro att värdet för en individ av att undslippa tidig död (eller risken för tidig död) kan approximeras med hans framtida

²⁵ Då är jag rädd att det hjälper föga att man på en punkt också konstaterar att hälsoekonomiskt "kunnande kan bidra till att sjukvårdens resurser fördelas på ett rättvist sätt" (s 44).

²⁶ Här liksom beträffande andra delar av utredningen tycker jag att dess litteraturlista kunde gjorts mer användbar för den som vill delta i debatten, genom att i högre utsträckning hänvisa till vetenskaplig speciallitteratur. Av litteraturlistans 55 nummer är 22 offentligt tryck (varav 6 rapporter från Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU)), 8 artiklar i *Läkartidningen*, och flera av övriga 14 svenska referenser är av debattkaraktär. För en kort beskrivning av hälsoekonomi som vetenskap, se tex Lindgren [1993].

²⁷ Det finns ingen anledning att här gå in på detaljer i dessa beräkningar. För en genomgång av metodiken, se tex Lindgren [1981].

konsumtion.²⁸ Signifikant nog blir den samhällsekonomiska kostnaden i ett av utredningens exempel lägre på grund av att "de som drabbas av sjukdomen har en högre genomsnittsålder" (s 47). Detta illustrerar att ansatsen är problematisk i prioriteringssammanhang.

Utredningens andra exempel är studier av kostnaden per vunnet levnadsår i olika vårdande eller preventiva insatser. Detta hade varit ett utmärkt tillfälle att sprida information om några av problemen i denna bransch. Det är tex långtifrån självklart att en sådan studie – utförd i ett land, vid en viss tidpunkt, med en given medicinsk teknologi, avseende en marginell förändring i vårdinsatser – går att överföra till andra länder och situationer.²⁹ Det händer ibland att man okritiskt samlar ihop ett antal sådana resultat för att belysa det resultat man fått i sin egen utvärdering. Här kunde utredningen bidragit till ett mer kritiskt förhållningssätt.

I samma avsnitt (4.3) konstaterar utredningen att det inte finns något "... sätt att objektivt fastställa hur stor del av samhällets totala resurser som skall användas för hälso- och sjukvård" (s 46). Med betoningen på "objektivt" är detta förvisso sant – det finns inte någon i strikt mening objektiv vetenskap. Å andra sidan borde man kanske påpekat att målet med en typ av hälsoekonomiska utvärderingsstudier – sk *cost-benefit* analyser – just är att ge ett vetenskapligt underlag till frågan om hur mycket resurser som bör gå till hälso- och sjukvården.³⁰

Till slut, alla vetenskapliga resultat inom nationalekonomin bygger på antaganden och axiom, och kan därför inte göra anspråk på universell och oomtvistad giltighet. (Detta delar naturligtvis ekonomin med andra vetenskaper.) En ekonomisk analys bör därför aldrig användas som enda beslutsunderlag vid viktiga samhällsbeslut. Hälsoekonomiska analyser befriar inte beslutsfattaren från ett självständigt ställningstagande. Detta

är självklart, men kan måhända behöva påpekas. Frågan är dock om det är nödvändigt att göra detta påpekande fyra gånger på de fem sidor som behandlar hälsoekonomi.

Slutord

Prioriteringsutredningens rapport markerar en efterlängtat start på en allmän debatt om prioriteringar i vården baserad på genomtänkta etiska principer. Utredningen beskriver på ett utmärkt sätt den komplexitet som följer av prioriteringsbeslutens karaktär och av att sådana beslut dessutom fattas på en rad olika nivåer.

Med tanke på hur länge denna debatt legat i träda är det naturligt att – som jag har försökt visa i detta inlägg – rätt mycket fortfarande återstår att göra. Det gäller såväl de grundläggande diskussionerna som steget över från etiska principer till praktiskt användbara riktlinjer för prioriteringar. I min analys av *Vårdens svåra val* har jag också försökt visa vilka bidrag den hälsoekonomiska forskningen kan ge.

²⁸ Detta kan tex leda till den sk humankapitalansatsen för att "värdera liv", vilken sedan många år är utrensad från ekonomisk analys såsom felaktig (utom för rena slaskalkyler).

²⁹ Se tex Gerard & Mooney [1993] samt Birch & Gafni [1992] för en rad konceptuella problem vid användandet av dessa metoder.

³⁰ Att hänföra avgörandet till vad som är "politiskt lämpligt eller möjligt" (s 46) förefaller mig vara en mycket defensiv hållning. Vill utredningen härmed antyda att man antar att politiska beslut i allmänhet på ett korrekt sätt avspeglar befolkningens värderingar eller etiska principer? Sådant vore för en ekonom mycket optimistiska antaganden. Se tex Mueller [1989].

Referenser

- Birch, S & Gafni, A, [1992], "Cost Effectiveness/Utility Analyses: Do current decision rules lead us to where we want to be?" *Journal of Health Economics*, vol 11, s 279–296.
- Cromwell, J & Mitchell, J B, [1986], "Physician-induced demand for surgery". *Journal of Health Economics*, vol 5, s 293–313.
- Culyer, A J, [1989], "The normative economics of health care provision and finance". *Oxford Review of Economic Policy*. Omtryckt i McGuire, A, Fenn, P & Mayhew, K (red), *Providing Health Care*. Oxford University Press, Oxford 1991.
- Culyer, A J, [1991], "Health care and health care finance in Sweden: the crisis that never was; the tensions that ever will be". *SNS Occasional Paper* 33.
- Culyer, A J m fl, [1991], "International Review of the Swedish Health Care System". *SNS Occasional Paper* 34.
- Culyer, A J, Maynard, A, & Posnett, J, (red), [1990], *Competition in Health Care. Reforming the NHS*. MacMillan.
- Culyer, A J, Van Doorslaer, E & Wagstaff, A, [1992a], "Utilisation as a Measure of Equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard". *Journal of Health Economics*, vol 11, s 93–98.
- Culyer, A J, Van Doorslaer, E & Wagstaff, A, [1992b], "Access, Utilisation and Equity: A Further comment". *Journal of Health Economics*, vol 11, s 207–210.
- Culyer, A J & Wagstaff, A, [1993], "Equity and Equality in Health and Health Care". *Journal of Health Economics*, vol 12, s 431–457.
- Eckerlund, I & Gårdmark, S, [1986], *Ekonomiska konsekvenser av skillnader i praxis: jämförande studie av kvinnokliniker*. Spri rapport 204, Stockholm.
- Gerard, K & Mooney, G, [1993], "QALY League Tables: Handle with Care". *Health Economics*, vol 2, s 59–64.
- Hansson, I, [1984], "Marginal Cost of Public Funds for Different Tax Instruments and Government Expenditures", *Scandinavian Journal of Economics*, vol 86, s 115–130.
- Iversen, T & Nord, E, [1992], "Priorities Among Waiting List Patients", i Zweifel, P & Frech, H E III (red), *Health Economics Worldwide*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, s 203–216.
- Kommunikationsdepartementet [1985], *Investeringsplanering inom transportsektorn*, Ds K 1985:4.
- Lindgren, B, [1981], *Costs of Illness in Sweden 1964–1975*. Lund Economic Studies no 24.
- Lindgren, B, [1993], Hälsoekonomi – en introduktion". I Lindgren, B (red), *Hälsoekonomi. Igår, idag, imorgon*. Studier i hälsoekonomi 2. Institutionen för klinisk samhällsmedicin och Institutet för ekonomisk forskning, Lunds universitet.
- Lindgren, B, [1994], "Ekonomi och prevention". *Ekonomisk Debatt* 2, årg 22, nr 5 s 537–545.
- Lyttkens C H, [1993], "Avreglering av svensk sjukvård: Seglats på öppna men stormiga hav?". I Collin, S & Hansson, L (red) *Kommuner och landsting i förändring*. Studentlitteratur, Lund.
- Lyttkens, C H, [1994], "Access, need, equity and priorities in health care". I Westerhäll, L & Phillips, C (red), *Patients' Rights: Informed Consent, Access and Equality*. Nerenius & Santérus förlag, Stockholm, s 155–169.
- Matsaganis, M & Glennester, H, [1994], "The Threat of 'Cream Skimming' in the Post-reform NHS". *Journal of Health Economics*, vol 13, s 31–60.
- McGuire, A, Henderson, J & Mooney, G, [1988], *The Economics of Health Care*. Routledge & Keegan Paul, London.
- McPherson, K m fl, [1982], "Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway". *New England Journal of Medicine*, vol 307, s 1310–1314.
- Mooney, G m fl, [1991], "Utilisation as a measure of equity: Weighing heat?". *Journal of Health Economics*, vol 10, s 475–480.
- Mooney, G m fl, [1992], "Reweighting heat: Response to Culyer, Van Doorslaer and Wagstaff". *Journal of Health Economics*, vol 11, s 199–205.
- Mueller, D C, [1989], *Public Choice II*. Cambridge University Press, New York.
- Pauly, M V, [1986], "Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy". *Journal of Economic Literature*, vol 24, s 629–75.
- Pålsson Syll, L, [1993], "Wicksell on Harmony Economics: The Lausanne School vs. Wicksell". *Scandinavian Economic History Review*, vol 41, s 172–188.

- Rawls, J, [1971], *A Theory of Justice*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Robinson, L & Le Grand, J (red), [1994], *Evaluating the NHS Reforms*. Kings Fund Institute.
- Rochaix, L, [1993], "Financial incentives for physicians: The Quebec experience". *Health Economics*, vol 2, s 163–176.
- SOU 1993:93, *Vårdens svåra val*. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- Steen, K, [1993], "Equality of Access – Definitions and Implications", paper presented at the Health Economists Study Group Meeting. Glasgow.
- Van Doorslaer, E, Wagstaff, A & Rutten, F, [1993], *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press, Oxford.
- van de Ven, W & van Vliet, R, [1992], "How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the '90s". I Zweifel, P & Frech, H E III (red), *Health Economics Worldwide*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, s 23–46.
- Wagstaff, A, [1991], "QALYs and the Equity-Efficiency Trade-off". *Journal of Health Economics*, vol 10, s 21–41.
- Wiggins, D, [1987], *Need, values, truth*. Basil Blackwell, Oxford.
- Williams, A, [1978], "'Need' – an Economic Exegesis". Omtryckt i Culyer, A, [1991] *The Economics of Health*, vol 1. Edward Elgar, Aldershot 1991, s 259–272.