

# Hälsoekonomi och Folkhälsoarbete



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Förord

De effekter som folkhälsoinsatser har på befolkningens hälsotillstånd blir inte synliga förrän efter relativt lång tid, medan effekterna av vårdande och rehabiliterande insatser är omedelbara. Hälsoekonomiska bedömningar av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser kan tillföra väsentlig kunskap i många kommuners, landstings och regioners beslutsunderlag. Metoder behöver dock utvecklas som gör det möjligt att påvisa de samhällsliga vinsterna på lång sikt – förbättrad hälsa och uteblivna kostnader - som kan göras med kunskapsbaserade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Nätverket för landstingens folkhälsochefer har tagit initiativ till att fördjupa och utveckla argumentationen kring hälsoekonomiska metoder som ett viktigt verktyg i folkhälsoarbetet. I arbetet har olika aktiviteter genomförts. Ett symposium har anordnats kring etiska dilemman då man arbetar med hälsoekonomiska metoder, t.ex. hur effektivitet kan balanseras mot rättviseaspekter. En hälsoekonomisk bedömning har genomförts av det s.k. ”Metabola projektet” i Landstinget i Kalmar län, vilket syftade till att systematiskt finna effektiva sätt att fånga upp patienter i öppen vård som hade eller riskerade att få metabolt syndrom. Denna rapport ”Hälsoekonomi och Folkhälsoarbete” är en slutrapport från projektet. Den är skriven för tjänstemän och förtroendevalda som har stött på begreppet hälsoekonomi och vill veta mer om ämnets möjligheter. Rapporten avslutas med några förslag på vad Nätverket för landstingens folkhälsochefer anser vara viktiga utvecklingsområden.

Flera av landstingens folkhälsochefer, hälsoekonomer och andra experter, liksom företrädare för Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting har aktivt medverkat i arbetet. Ett särskilt tack riktas till Johan Jonsson, Västra Götalandsregionen som varit sammankallande i chefsgruppen och till Göran Henriksson, Västra Götalandsregionen som fungerat som gruppens sekreterare.

Min förhoppning är att denna rapport som har tagits fram av folkhälsocheferna ska inspirera till att hälsoekonomiska metoder utvecklas och används i större utsträckning i kommuner, landsting och regioner.

Stockholm i juli 2011



Göran Stiernstedt

Direktör

Avdelningen för Vård och Omsorg  
Sveriges Kommuner och Landsting

## Innehåll

- 7 Inledning
- 8 Folkhälsochefernas initiativ
- 10 Vad är Hälsoekonomi?
- 14 Hälsoekonomi inom folkhälsoarbetets ram
- 16 Vägen framåt
- 25 Vad behöver göras?
- 27 Lästips
- 28 Referenslista



## Inledning

Budskapet i denna rapport är att hälsoekonomiska bedömningar av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är underutnyttjade och skulle tillföra väsentlig kunskap i många av kommunernas, landstingens och regionernas beslutsunderlag.

Rapporten är inte en introduktion till hälsoekonomiska metoder. Snarare *framhåller* den användbarheten av dessa inom ramen för folkhälsoarbete. Den är skriven för tjänstemän och förtroendevalda som har stött på begreppet hälsoekonomi och vill veta mer om ämnets möjligheter. Rapporten avslutas med några förslag på vad Nätverket för landstingens folkhälsochefer anser vara viktiga utvecklingsområden för hälsoekonomi inom folkhälsoarbetets ram.

Förhoppningsvis kan den inspirera till att hälsoekonomiska metoder utvecklas och används i större utsträckning.

## Folkhälsochefernas initiativ

Nätverket för landstingens folkhälsochefer förde under 2006 en diskussion om hur effektiva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser skulle kunna implementeras i större utsträckning. Hälsoekonomiska metoder sågs som ett viktigt verktyg. Hälsoekonomiska analyser visar ofta att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser väl kan mäta sig med vårdande och rehabiliterande insatser vad gäller kostnadseffektivitet.

Resursfördelning sker vanligtvis inom ramen för budgetprocesser vilka har ett ettårigt eller som längst treårigt planperspektiv. Det är ofta en alltför kort tid för att se hälsoeffekter av hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande insatser. De effekter som effektiva folkhälsoinsatser har på befolkningens hälsotillstånd blir inte synliga förrän efter relativt lång tid, medan effekterna av vårdande och rehabiliterande insatser är omedelbara. Det är av strategisk vikt att utveckla metoder som gör det möjligt att påvisa de samhälleliga vinster – förbättrad hälsa och uteblivna kostnader – som kan göras med effektiva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Villkoren för folkhälsoarbetet idag har vissa likheter med miljöarbetet för ett par decennier sedan – den miljöförstöring som påvisades under 1960-talet ledde fram till en genomgripande debatt och så småningom miljölagstiftning och ökad medvetenhet om de konsekvenser som blir följden av en ohämmad utarmning av naturens resurser.

Varför kan hälsoekonomi vara till nytta för beslutsfattare? Hälsoekonomiska bedömningar ger besked om olika insatsernas kostnader i förhållande till de effekter insatserna har. Därmed kan beslutsfattare få bättre underlag för beslut om hur ändliga resurser bör fördelas för att nå hälso-politiska målsättningar.

Därför beslöt Nätverket för landstingens folkhälsochefer att fördjupa och utveckla argumentationen kring hälsoekonomiska metoder som ett viktigt verktyg i folkhälsoarbetet. I chefsgruppen deltog från Nätverket Kerstin



Bünsow Landstinget i Uppsala län, Margareta Dahlén Nord Region Skåne, Thomas Falk Örebro läns landsting, Johan Jonsson Västra Götalandsregionen, Åsa Ranung Landstinget Sörmland, Lisa Stark Gotlands kommun. Sveriges Kommuner och Landsting representerades av Karin Berensson och Stefan Ackerby (Ekonomidirektörernas nätverk). Från Statens Folkhälsoinstitut deltog Håkan Brodin. Göran Henriksson Västra Götalandsregionen, fungerade som gruppens sekreterare.

En tjänstemannagrupp bildades för det praktiska arbetet, framför allt den hälsoekonomiska bedömningen av Metabola Projektet i Landstinget i Kalmar län, se sidan 8 och "Etik-symposiet", se sidan 12. Gruppen bestod av Kjell-Ola Engman, ekonom Landstinget i Sörmland, Inna Feldman, epidemiolog Landstinget i Uppsala län, Lars Hagberg, hälsoekonom Örebro läns landsting, Lennart Hellström, projektledare Metabola projektet Landstinget i Kalmar län, Göran Henriksson, samhällsmedicinsk rådgivare (sammankallande) Västra Götalandsregionen, Pia Johansson, hälsoekonom Stockholms läns landsting samt Caroline Lundh, hälsoekonom Stockholms läns landsting.

## Vad är Hälsoekonomi?

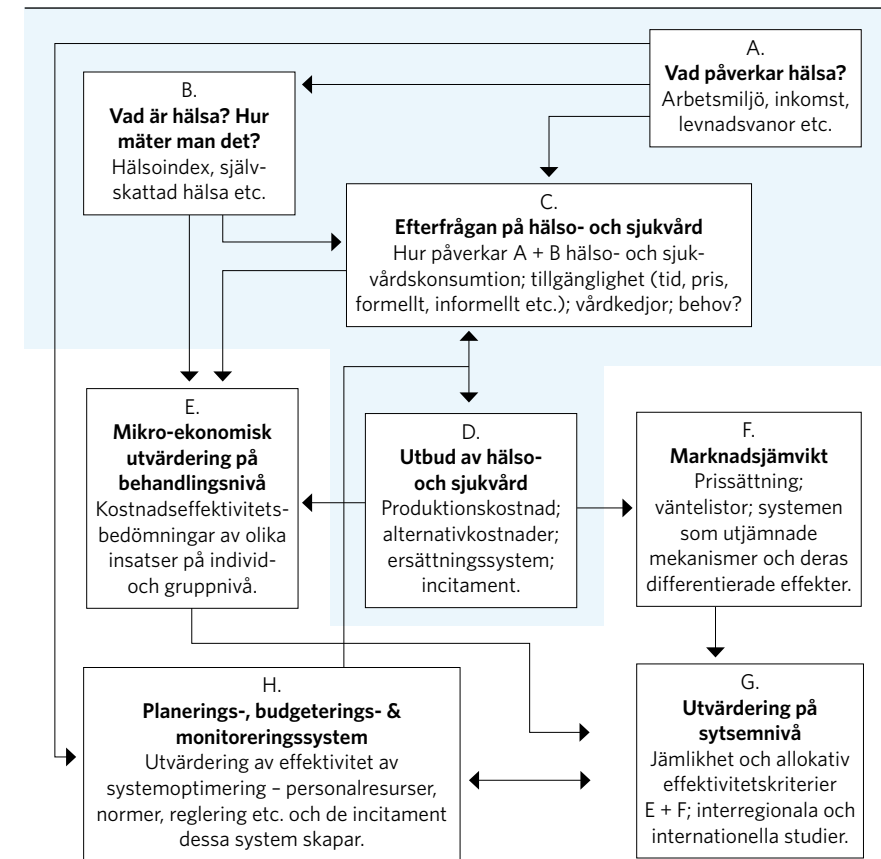
Hälsoekonomi har beskrivits som ett antal specifika forskningsområden länkade till varandra (Williams, 1987).

En omfattande kartläggning av svensk hälsoekonomisk forskning gjordes på initiativ av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) under 2005-06<sup>1</sup>. Genomgången omfattade både forskningsprojektens inriktning och en kartläggning av hälsoekonomisk kompetens. I slutrapporten dras slutsatsen att forskningen håller utmärkt kvalitet, i synnerhet i fältet ekonomisk utvärdering (box E). Däremot är andra viktiga områden eftersatta. Det gäller t.ex. analyser kring finansiering och resursallokering i hälso- och sjukvård, mätbarhet kring produktivitet och utvärderingar av hälso- och sjukvårdssystemet på makronivå. Boxarna G och H har direkt bäring på den prioriteringsdiskussion som är aktuell i Sverige, i synnerhet den del som brukar kallas *horisontell prioritering*, dvs. beslut om resursfördelning mellan verksamhetsområden eller mellan sjukdomsgrupper.

Horisontell prioritering kan till exempel vara valet av resursfördelning mellan olika specialistområden (ögon mot ortopedi) eller slutenvård och primärvård. Vanligtvis görs de *vertikala prioriteringarna* inom ramen för till exempel ett landstings verksamhet. Horisontella prioriteringar är ofta kopplade till politisk debatt och politiska beslut. Det finns ett behov av att utveckla utvärderingsmetodik på system- eller styrningsnivå. Dessa system bör utvärderas på samma sätt som mikrosystemen. Politiska beslut kan vara förödande för människors hälsotillstånd på samma sätt som en ineffektiv hälso- och sjukvård (Maynard, 2002).

<sup>1</sup> Drummond, M., G. Botten, et al. (2006). An evaluation of Swedish health economics research. Stockholm, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

FIGUR 1. Strukturen av ämnesområdet "hälsoekonomi" enligt Williams (1987)



Boxarna A, B, C och D beskrivs som hälsoekonomins "maskinrum" medan de övriga boxarna utgör tillämpningsområden. Andra författare menar att tyngdpunkten i den hälsoekonomiska verksamheten har legat på boxarna E, C, D och F ("the micro-economics of health care") vilket lett till ett fokus på kliniska hälsoekonomiska forskningar. Därmed har hälsoekonomiska utvärderingar oftast handlat om specifika behandlingsmetoder, läkemedelsutvärderingar eller utvärderingar av kostnadseffektiviteten i nya medicinska teknologier. Hälsoekonomi har haft en betydligt mer undanskymd roll som verktyg i planerings- och prioriteringsprocesser (box H) liksom vid bedömning av verksamheter på systemnivå (box G), och i synnerhet när det gäller avvägningen mellan effektivitet och rättvisaspekter.

### Hälsoekonomiska metoder

Det brukar sägas att ett val mellan olika typer av insatser, t.ex. i en resursfördelningssituation, bör omfatta en bedömning av såväl insatsens kostnader som dess konsekvenser, t.ex. i termer av effekter på hälsotillståndet. Detta är utgångspunkten för hälsoekonomiska metoder. Dessa brukar delas in i fyra grupper som skiljer sig med avseende på hur kostnader värderas, hur konsekvenser identifieras och hur konsekvenserna mäts. Dessa sammanfattas i *Tabell 1*.

TABELL 1. Översikt över de vanligaste hälsoekonomiska metoder vilka bedömer både kostnader och effekter (efter Drummond<sup>2</sup>).

Metod	Kostnadsvärdering	Konsekvenser	
		Identifiering	Mätning
Kostnadsminimeringsanalys	Kronor	Effekter ska vara identiska	-
Kostnadseffektanalys	Kronor	Gemensam för de jämförda alternativen; uppnådda i olika grad	Ett relevant och mätbart mått, t.ex. vunna levnadsår
Kostnadsintäktanalys	Kronor	En eller flera effekter vilka inte behöver vara identiska	En "översättning" av effekterna i kronor
Kostnadsnyttoanalys	Kronor	En eller flera effekter vilka inte behöver vara identiska	En "översättning" av effekterna till något "nyttomått", t.ex. QALY, kvalitetsjusterade levnadsår. (se faktaruta)

### QALY – KVALITETSJUSTERADE LEVNADSÅR

Eftersom olika insatser kan ha effekter både på livslängd och livskvalitet är det viktigt att i hälsoekonomiska metoder kunna väga in både kvantitet och kvalitet i bedömningen av vilka förändringar i hälsotillståndet som insatserna medför. Därför har under de senaste decennierna begreppet "kvalitetsjusterade levnadsår", ofta förkortat QALY, utvecklats. Principen är att en individ som under en viss tid befinner sig i ett visst hälsotillstånd, tilldelas en vikt motsvarande den hälsorelaterade livskvalitet som det aktuella hälsotillståndet är sammankopplat med. Full hälsa tilldelas vikten 1 medan ett tillstånd jämförbart med att vara död tilldelas vikten 0. Ett kvalitetsjusterat levnadsår motsvarar ett levnadsår i full hälsa, dvs. med vikten 1.

<sup>2</sup> Se Drummond, 1997

Fördelen med denna typ av effektmått är att det låter sig mätas oavsett typ av insats och kan därför – i princip – användas för att jämföra kostnadseffektivitet mellan hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, vårdande eller rehabiliterande insatser. Man måste emellertid vara medveten om att det är använt framför allt i bedömningar av kostnadseffektivitet i vårdande eller rehabiliterande insatser och i mindre utsträckning för sjukdomsförebyggande insatser. När det gäller insatser *utanför* hälso- och sjukvårdens verksamhetsområde, t.ex. för att påverka bestämningsfaktorer inom de första hälsopolitiska målområdena, finns det mycket få bedömningar av kostnadseffektivitet gjorda. Det beror på att kunskapen om orsakssamband eller mekanismer mellan bestämningsfaktorer och hälsa inte är lika väl utvecklade som motsvarande kunskaper beträffande vårdande och rehabiliterande insatser. Men mot bakgrund av den ökande mängden kunskap inom det folkhälsovetenskapliga området finns det anledning att vara optimistisk beträffande möjligheterna att mäta förändringar i hälsotillstånd och applicera hälsoekonomiska metoder på dessa förändringar.

### *Vad är gjort?*

Det har gjorts förhållandevis få kartläggningar av kostnadseffektivitet i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. En av de mest genomarbetade är den översikt som gjordes i CDUST-länen 2004<sup>3</sup>.

Flera landsting/regioner har gjort egna hälsoekonomiska bedömningar av vissa insatser. Det kan vara bedömningar av kostnadseffektivitet i skadepreventivt arbete, hälsoekonomiska bedömningar av kostnader och nytta för att minska lidandet från Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom eller att knyta samman gränsöverskridande samverkan i verksamheter för barn och unga med ekonomi- och styrprocessen. Många landsting/regioner har ett samarbete med hälsoekonomiska institutioner kring tillämpad forskning på området.

På det vetenskapliga området har hälsoekonomiska metoder utvecklats på fr.a. sjukdomsförebyggande insatser. Det finns ganska gott om exempel på hälsoekonomiska bedömningar av förebyggande *individinriktade* insatser men betydligt färre av befolkningsinriktade. Under senare år har flera avhandlingar och uppsatser baserade på hälsoekonomiska bedömningar av förebyggande insatser lagts fram<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Förebygga eller bota? Om kostnadseffektiva sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvård. CDUST. (CDUST är en akronym för de landsting som samverkat i bl.a. denna kartläggning: Landstinget i Uppsala län, Landstinget Sörmland, Landstinget Västmanland, Landstinget i Värmland och Örebro läns landsting). [http://www.orebroll.se/upload/OLL/Samhallsmedicin/Dokument/%C3%96vriga%20rapporter/Forebygga\\_eller\\_bota.pdf](http://www.orebroll.se/upload/OLL/Samhallsmedicin/Dokument/%C3%96vriga%20rapporter/Forebygga_eller_bota.pdf)

<sup>4</sup> Se t.ex. avhandlingsdatabaserna vid universiteten för exempel.

## Hälsoekonomi inom folkhälsoarbetets ram

Hösten 2007 kunde man i dagstidningarna<sup>5</sup> läsa att operation är den enda effektiva metoden mot för tidig död i fetmarelaterade dödsorsaker och det antydde att andra förebyggande insatser hade svag evidens för effektivitet. Ansvarig minister menade i en kommentar att fetmaoperationer borde få större utrymme.

Förespråkarnas argument är svåra att ignorera: finns det evidensbaserade metoder som fungerar, dvs. är effektiva, bör de av etiska skäl användas.

Problemet ligger i att det finns många insatser som ”fungerar” men med en begränsad budget har vi råd med ett fåtal av dem. Vilka prioriteringsprinciper bör tillämpas för att avgöra vilka av möjliga insatser – hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, vårdande och rehabiliterande – som ska genomföras?

### *Etiska aspekter*

Avgörandet måste bygga på någon form av kunskap om vilka hälsoeffekter de olika insatserna har samt resursbehovet för respektive insats. Först då kan man avgöra vilken kombination av insatser som maximerar ”hälsovinsten” med en given mängd pengar. Samtidigt måste man vara uppmärksam på samhälleliga konsekvenser av ett sådant övervägande. Det är t.ex. tänkbart att en viss kombination av insatser som leder till en maximering av ”hälsovinsten”, dvs. det genomsnittliga hälsoläget i befolkningen förbättras, samtidigt kan leda till en hälsopolitiskt icke önskvärd utveckling. Exempel på detta är om insatserna har som målgrupp redan gynnade befolkningsgrupper, vilket leder till en ökning av klyftorna mellan olika befolkningsgrupper beträffande hälsoläget.

<sup>5</sup> T.ex. Svenska Dagbladet 23 augusti 2007 med rubriken: ”Studier talar för fetmaoperation”.



Det innebär med andra ord att resursfördelning bör baseras både på en bedömning av kostnadseffektivitet i förhållande till hälsopolitiska målsättningar och en bedömning av etiska aspekter. De båda perspektiven förutsätter varandra.

Men för vissa folkhälsoinsatser är effekterna svåra att mäta. Det gäller i synnerhet sådana insatser som syftar till att påverka bestämningsfaktorer inom de första folkhälsopolitiska målområdena, de som har med ökad delaktighet och inflytande samt ekonomiska förutsättningar att göra. Vid en okritisk användning av hälsoekonomiska bedömningar riskerar därför sådana insatser att ignoreras.

Detta är emellertid knappast ett argument *mot* att använda hälsoekonomiska metoder. Hälsoekonomiska metoder kan bidra till att tydliggöra de olika handlingsalternativ beslutsfattare har att ta ställning till i den prioritering av olika insatser och verksamheter som görs. En mer konsekvent användning av hälsoekonomiska bedömningar tillsammans med etiska kommer att göra behovet av att utveckla hälsoekonomiska metoder även inom hälsofrämjande områden tydligare, på samma sätt som idag sker inom sjukdomsförebyggande områden.

De kartläggningar och undersökningar som ligger till grund för beslut behöver utvecklas från att vara beskrivande till att mer fokusera på effekter av insatser och verksamheter vars syfte är att påverka hälsans bestämningsfaktorer.



## Vägen framåt

Den svenska folkhälsopolitiken syftar till att ”skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Därmed understryks att det sätt på vilket samhället organiseras har betydelse för befolkningens hälsotillstånd. Hur arbetsmarknaden utvecklas, hur bostadsmarknaden, näringsliv och offentliga institutioner utvecklas, påverkar befolkningens hälsotillstånd. Det finns en politisk enighet bakom ambitionen att folkhälsopolitiken ska vara tvärssektoriell och att det ”krävs insatser från de flesta sektorer i samhället – från det offentliga, från det privata och från de ideella organisationerna samt från människor själva”<sup>6</sup>.

### Hälsoekonomi i beslutsprocessen

Befolkningens hälsotillstånd kan alltså påverkas genom effektiv styrning av verksamheter och insatser. Förutsättningarna för att kunna styra effektivt är emellertid begränsade när det gäller att påverka bestämningsfaktorer för hälsa.

Eftersom de tillgängliga resurserna dessutom är ändliga och antalet tänkbara insatser för att möta hälsoproblem kan vara många, krävs också någon form av prioritering mellan olika insatser eller verksamheter. Det måste därför finnas en kunskap om den uppsättning av insatser som står till buds.

Beslutet om hur resurser ska fördelas för att i så stor utsträckning som möjligt nå hälsopolitiska mål bör bygga på svaren på tre frågor:

1. Hur ser det ut? Hur ser hälsotillståndet i befolkningen ut; hur fördelas bestämningsfaktorer för hälsa i befolkningen?
2. Varför ser det ut som det gör? Vilka är orsakssambanden eller mekanismerna till att hälsotillståndet ser ut som det gör eller att bestämningsfaktorerna fördelar sig i befolkningen på det sätt de gör?

<sup>6</sup> Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik. (2007), särskilt avsnitt 5.

3. Vad kan man göra för att påverka hur bestämningsfaktorerna fördelar sig i befolkningen? Vilka insatser eller verksamheter är effektiva?

Den första frågan är föremålet för den *beskrivande* epidemiologin och ofta väl utvecklad i landstingen och regionerna. Det finns i regel en väldigt god kunskap om hur t.ex. självskattad hälsa eller sjukdomspanoramata ser ut liksom hur olika bestämningsfaktorer, t.ex. barnfattigdom och behörighet till gymnasiet, fördelar sig i befolkningen.

Den andra frågan är mer analytisk och svaren betydligt färre i landstingens och regionernas folkhälsorapportering. Svaren på den tredje frågan är avsevärt färre än svaren på de andra och innehåller en redovisning av de tillgängliga insatser eller verksamheter som beslutsfattaren har att ta ställning till för att nå de önskvärda målen.

Detta ställer beslutsfattaren i svårigheter: har vi dåliga kunskaper om vilka orsakssambanden är mellan insatser, bestämningsfaktorer och hälsa eller om mätbarheten är låg, tenderar styrningen av verksamheter och hur resurser ska fördelas att vara symbolisk eller ”rituell” (Brunsson, 1986).

Hälsoekonomi har direkt fokus på den tredje frågan. Hälsoekonomiska bedömningar syftar till att ge besked om hur stor effekt man kan förvänta av en viss insats och till vilken kostnad. Finns sådan kunskap för relevanta insatser eller verksamheter kan beslutsfattaren fördela resurserna så att största möjliga måluppfyllelsegrad nås givet en viss mängd resurser. Sådana kunskaper möjliggör också prognostiseringar av framtida hälsoutfall givet ”investeringar” idag.

Hälsoekonomiska metoder kan förse beslutsfattare med nödvändig kunskap om insatsers effektivitet i förhållande till deras kostnader. Det krävs emellertid en systematisk uppbyggnad av kunskapsmassan kring kostnadseffektivitet i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, i synnerhet beträffande insatser inom de första hälsopolitiska målområdena, för att sådana folkhälsoinsatser ska kunna komma ifråga och vara jämförbara med vårdande och rehabiliterande insatser.

I det följande ges några exempel på hur hälsoekonomiska bedömningar använts på områden som inte är de traditionella.

### Resursfördelning

Erfarenheter från tidigare genomförda hälsoekonomiska utvärderingar på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser visar att dessa kan vara väl så kostnadseffektiva som vårdande och rehabiliterande insatser. Om detta inte beaktas i resursfördelningen riskerar man att det leder till en suboptimal resursfördelning, dvs. genom att initiera vissa (mer kostnadseffektiva) hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser skulle en högre hälso-

vinst erhållas i befolkningen än om man fördelade samma mängd resurser till vårdande insatser.

Ett problem som beslutsfattaren ställs inför är att vårdande insatser förutsätter omedelbar tillgång till nödvändiga resurser för att ge den förväntade mindre hälsoeffekten omgående medan hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande insatser kräver omedelbara resurser för att nå förväntade större hälsoeffekten någon gång i framtiden. Dessutom är det svårt att bortse från det lidande och nedsatt funktionsförmåga som redan uppstått genom pågående sjukdomar eller inträffade skador. Sammantaget tenderar därför tillgängliga resurser att fördelas till vårdande och rehabiliterande insatser även om det i ett samhällsekonomiskt perspektiv skulle ge ”mer hälsa för pengarna” om en del av dessa resurser investerades i vissa hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Det går emellertid att med relativt små medel åstadkomma betydelsefulla effekter. En anledning till att många hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande insatser är kostnadseffektiva är att de inte kräver några större investeringar i dyrbar teknik, behandlingar eller i personal och därför blir kostnaden relativt låg.

#### **Exempel: Metabola Projektet**

Ett exempel på detta är det s.k. ”Metabola projektet” i Landstinget i Kalmar län. Projektet syftade till att systematiskt finna effektiva sätt att fånga upp patienter i öppen vård som hade eller riskerade att få Metabolt syndrom.

Inom ramen för Nätverkets för landstingens folkhälsochefer initiativ gjordes en hälsoekonomisk bedömning av detta projekt<sup>7</sup>. Avidentifierade patientdata användes för att gruppera de som deltog i projektet i olika svårighetsgrader av metabolt syndrom. Befintlig vetenskaplig litteratur användes för att ”översätta” symtomen från det metabola syndromet till försämring av livskvalitet, mätt i kvalitetsjusterade levnadsår. Dessa data låg sedan till grund för en s.k. Markov-modell vilken användes för att kvantifiera de förändringar i kvalitetsjusterade levnadsår som det metabola projektet medförde. Slutsatsen blev att de insatser som initierades inom ramen för Metabola projektet var mycket kostnadseffektiva. Ett sätt att uttrycka detta är att kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår var ca 30 000 kronor, vilket är en mycket hög kostnadseffektivitet jämfört med många andra insatser inom hälso- och sjukvården.

<sup>7</sup> Engman KO, Feldman I, Hagberg L, Hellström L, Henriksson G, Johansson P (2008) Hälsoekonomisk utvärdering av Metabola projektet i Kalmar län, Arbetsmaterial, Landstinget i Kalmar län.



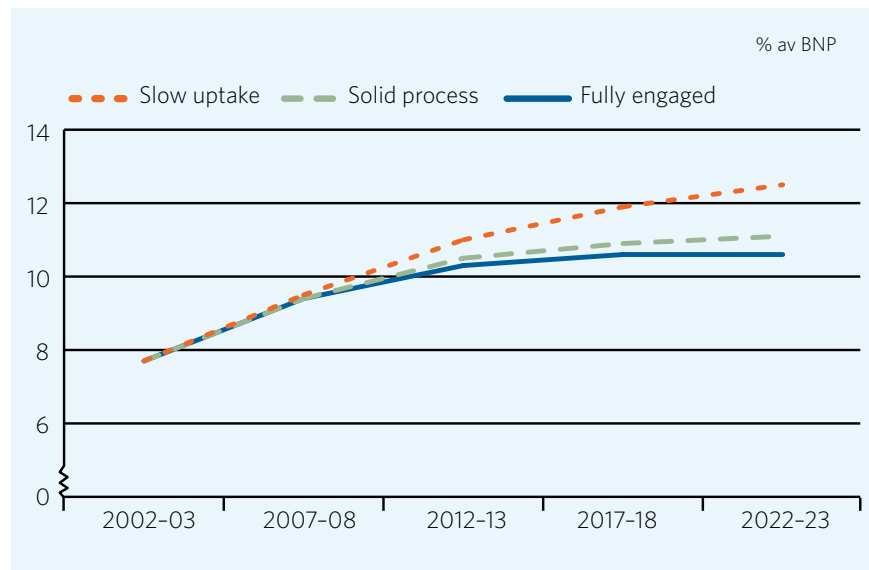
Hälsoekonomiska bedömningar av sjukdomsförebyggande insatser har blivit vanligare. Flertalet har bedömt insatser inom ramen för förebyggande verksamhet som görs inom hälso- och sjukvård medan det finns färre bedömningar av insatser utanför sjukvårdens väggar. Detta kommer att leda till att beslutsfattare i ökande grad kommer att ha tillgång till kunskap om kostnadseffektivitet i förebyggande insatser vars effekter kan jämföras med kostnader och effekter i vårdande och rehabiliterande insatser. Detta kan gynna en investering i kostnadseffektiva sjukdomsförebyggande insatser.

Däremot kan avsaknaden av hälsoekonomiska bedömningar av hälsofrämjande insatser leda till ett ljummare intresse för investeringar i den typen av insatser. Det torde vara ett problem fr.a. på hög politisk nivå i samband med beslut om resursfördelning mellan olika typer av verksamhetsområden. Skulle man kunna visa att vissa verksamheter inom t.ex. kultursektorn hade mycket gynnsamma effekter på befolkningens hälsotillstånd per satsad krona jämfört med vissa verksamheter i andra sektorer skulle det kunna vara ett av argumenten i vågskålen för kultursatsningar.

#### **Prognostisering**

En annan del av utvecklingsområdet hälsoekonomi bör belysa möjligheterna att göra prognoser om framtida resursbehov. Ett exempel på en sådan prognos är den s.k. Wanless-rapporten (Wanless, 2004). I denna rapport används ekonomiska verktyg tillsammans med kunskap om effektivitet och kostnader i insatser som syftar till att minska den brittiska befolkningens ohälsa beträffande de prioriterade sjukdomsgrupperna, för att konstruera tre olika scenarier för framtida resursbehov. Det ena scenariot bygger på antagandet att man kan maximera implementeringen av kostnadseffektiva hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och vårdande insatser och att resurserna styrs företrädesvis till dessa insatser. Det andra scenariot bygger på antagandet att resursfördelningen bedrivs enligt dagens principer och det tredje scenariot är ett (möjligen mer realistiskt) mellanting mellan de båda andra. Resultatet av analysen redovisas i *Figur 2*.

FIGUR 2. Resultatet av tre framtida prognoser av resursbehovet i NHS enligt Wanless-rapporten.



Fram till år 2020 beräknas resursbehovet enligt scenariot med lägst ambitionsnivå ("Slow uptake") att uppgå till omkring 12,5% av BNP medan i det mest ambitiösa scenariot ("Fully engaged") stannar behovet vid ca 10,5% av BNP. Mittenalternativet ("Solid progress") stannar vid omkring 11 % av BNP. En procentenhet av den brittiska bruttonationalprodukten motsvarar ungefär 10 miljarder pund! Rapporten omfattar en ambitiös redovisning av betydelsen av att systematiskt initiera och följa upp insatser för att påverka de s.k. bestämningsfaktorerna för hälsa. En slutsats är att

*"den ekonomiska utvärderingen inom folkhälsoarbete skiljer sig i princip inte från ekonomiska utvärderingar av andra interventioner i hälso- och sjukvård. Icke desto mindre är den samlade kunskapen om ekonomiska konsekvenser av folkhälsoinsatser liten i förhållande till den motsvarande inom hälso- och sjukvård. Det finns praktiska svårigheter men de borde vara möjliga att överbrygga för att åstadkomma högkvalitativa, övertygande utvärderingar av folkhälsointerventioner. För att nå målet om att fördela resurser mer effektivt mellan hälso- och sjukvård och folkhälsoarbete är det avgörande att jämförbara analytiska metoder används för båda."*<sup>8</sup>

### Hälsa och tillväxt

Ett tredje område är att använda ekonomiska metoder för att belysa hur hälsotillståndet i en befolkning påverkar förutsättningarna för en hållbar till-

växt, inte bara beträffande de sociala och miljömässiga dimensionerna utan kanske i synnerhet även den ekonomiska. Kunskapsutvecklingen på detta område är stark. Varje år publiceras flera hundra vetenskapliga artiklar med sökbegreppen "economic growth" och "health". Under 2007 publicerades en kunskapsammansättning över hur hälsotillståndet i östra Europa påverkar den ekonomiska tillväxten i området (Suhrccke, Rocco, & McKee, 2007). I rapporten varnas för alltför stora förhoppningar om att den tillväxt som har setts under de senaste åren ska bli bestående. Rapporten innehåller en rad empiriska belegg för att hälsa på ett betydande sätt påverkar den ekonomiska utvecklingen. Nedsatt hälsa spelar en betydande roll för hur människor uppträder på arbetsmarknaden. Vidare menar författarna på basis av studien att:

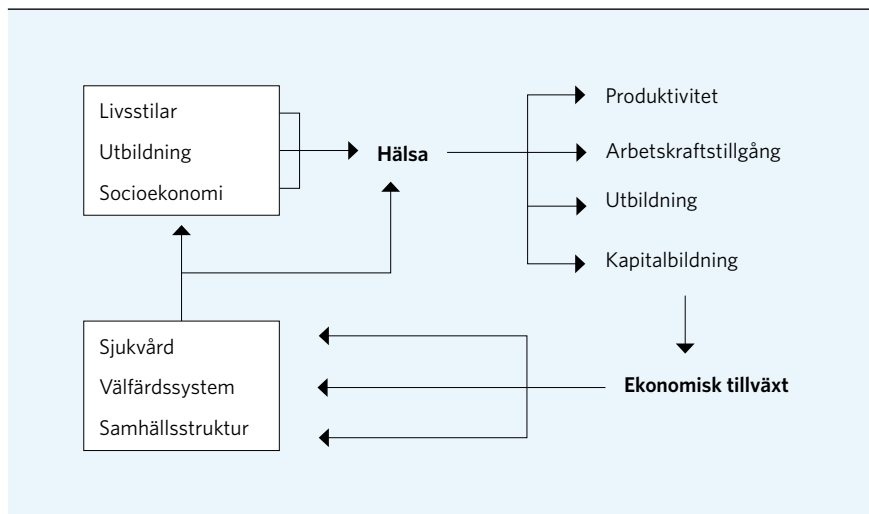
*"Länder i denna region (östra Europa) behöver utveckla ett bredare folkhälso-perspektiv som identifierar existerande och uppseglade hälsobehov samt utveckla en effektiv politik för att möta dessa. Det finns mycket att vinna genom att investera i hälsa på ett sätt som går bortom de traditionella formerna för hälso- och sjukvårdsinvesteringar: investeringar i god styrning och ledning samt i socialt kapital lyfts fram som två sådana exempel. Evidensbaserade, kostnadseffektiva metoder finns för att förbättra hälsosituationen genom styrningsåtgärder inom och utanför hälso- och sjukvårds-systemet."*<sup>9</sup>

I en kunskapsöversikt med EU-kommissionen som uppdragsgivare (Suhrccke, McKee, Arce, Tsoleva, & Mortensen, 2005) dras slutsatsen att hälsotillståndet i befolkningen påverkar inte bara tillgången på arbetskraft utan även produktiviteten (en god hälsa underlättar ett effektivare användning av utrustning, maskiner och annan teknologi), den generella utbildningsnivån (vilket har betydelse för företagets kompetensförsörjningsmål) och sparandet (ökar tillgången till investeringsbart kapital för näringsliv och offentliga investeringar).

8 "The economic evaluation of interventions in public health does not differ conceptually from the evaluation of other health care interventions. Nevertheless, the body of economic evidence relating to public health interventions is small in comparison to that related to health care. There are practical difficulties but they should be capable of being overcome to produce high quality, convincing evaluations of public health interventions. To achieve the objective of allocating funding more efficiently between health care and public health, it is vital that similar analytic methods are used for both." (Wanless, 2004).

9 "Countries of this Region need to develop a broader public health perspective that will allow them to identify existing and emerging health needs and to develop effective policies to address them. Much could be gained from investing in health in ways that go beyond the traditional forms of health care investment: investments in the quality of governance and in social capital are highlighted as two such examples. Evidence-based, cost-effective interventions exist to improve the health situation through policy measures within and outside the health system." (Suhrccke, Rocco, & McKee, 2007)

FIGUR 3. Relationsdiagram över hur hälsa kan påverka ekonomisk tillväxt (efter Suhrcke m fl 2005).



Författarna redovisar sedan en litteraturgenomgång över hur de teoretiska sambanden återspeglas i empiriska undersökningar. Slutsatserna är att hälsans betydelse för produktivitet, arbetskraftstillgång, utbildning och kapitalbildning, är av växlande styrka men att den samlade slutsatsen måste vara att hälsotillståndet påverkar den ekonomiska tillväxten även i EU:s ”gamla” medlemsstater på ett sätt som motiverar att samhället investerar i hälsa:

*”Genom att uppmärksamma de belägg som presenteras i denna rapport kommer beslutsfattare som är intresserade av att förbättra de ekonomiska utfallen, att ha starka argument för att överväga investeringar i hälsa som ett av deras alternativ för att uppnå de ekonomiska målsättningarna.”<sup>10</sup>*

Baserat på förhållandet att sjukdomsburden i EU-området domineras av kroniska sjukdomstillstånd, vilka till stor del beror på levnadsförhållanden och livsstilar, pekar författarna vidare på betydelsen av att sådana hälsoinvesteringar måste omfatta insatser som ligger utanför den traditionella hälso- och sjukvårdssystemet. Investeringar i hälsa kräver därmed en samverkan på en rad olika politikområden.

Detta är i god överensstämmelse med den svenska folkhälsopolitiken.

<sup>10</sup> "Following the evidence presented in this book, policy-makers who are interested in improving economic outcomes would have a strong case for considering investment in health as one of their options by which to meet their economic objectives." (Suhrcke, McKee, Arce, Tsovala, & Mortensen, 2005).

### Hälsoekonomiska metoder och etiska värderingar

Det är lätt att tänka sig att sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser riktade till grupper med låga inkomster och låg utbildning kräver större resurser för att nå framgång än samma typ av insatser riktade till välutbildade höginkomsttagare. En given mängd resurser skulle kunna få större effekt om insatserna riktade sig till den mer gynnade gruppen. Få beslutsfattare skulle emellertid bortse från rättviseaspekterna för att maximera effekten av insatserna.

### Hälsoekonomi och etik – ett seminarium

Inom ramen för Nätverkets initiativ anordnades 2008 ett symposium kring etiska dilemman då man arbetar med hälsoekonomiska metoder<sup>11</sup>. Under symposiet visade epidemiologen Inna Feldman och hälsoekonomen Pia Johansson att förebyggande insatser för att förhindra ohälsa kan vara väl så kostnadseffektiva som etablerade behandlande metoder för att bota eller lindra samma typer av ohälsa samt att det finns metodik för att beräkna kostnadseffektivitet. I dessa fall finns det knappast några rationella invändningar mot att satsa på förebyggande insatser. Snarare finns det etiska invändningar mot att man inte gör det – om man i större utsträckning skulle satsa på kostnadseffektiva förebyggande insatser skulle man frigöra de resurser som annars måste användas till att behandla denna ohälsa.

Professor Lars Lindholm pekade på att begreppet ”folkhälsa” inte bara handlar om nivån på befolkningens hälsotillstånd utan också hur hälsa fördelar sig i befolkningen. Det handlar inte bara om att hälsan ska vara så god som möjligt utan också att den ska vara rättvist fördelad. Därmed kan en ensidig nyttomaximering motverka rättvisemålet. Hur man ska balansera detta är föremål för en diskussion hälsoekonomier emellan. Man kan identifiera två huvudriktningar i denna debatt. Den ena mer förankrad i ”traditionell” ekonomisk teori och den andra, som mer betonar hälsopolitiska målsättningar och resursfördelning i offentlig sektor<sup>12</sup>.

Det förefaller som om kostnadseffektivitetsprincipen har större praktisk betydelse vid prioritering av olika insatser inom ett verksamhetsområde (vertikal prioritering) än vid prioritering av insatser mellan verksamhetsområden. Hälsoekonomen Lars Hagberg belyste problematiken då mycket kostnadseffektiva sjukdomsförebyggande insatser inte ens övervägs vid prioriteringar. Det beror ofta på att vårdande och rehabiliterande insatser

<sup>11</sup> Hälsoekonomi och etik – ett resursfördelningsperspektiv. Symposium 8-9 april 2008, Göteborg. Dokumentationen finns att ladda ner från <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/start-sida/Vard-och-halsa/Folkhalsa/Rapporter-och-dokument-/Dokumentation-fran-symposiet-Haloekonomi-och-etik---ett-resursfordelningsperspektiv-Goteborg-8-9-april-2008-/>

<sup>12</sup> För en diskussion om dessa riktningar se t.ex. (Tsuchiya & Williams, 2001)

ofta är riktade mot specifika ohälsoproblem vilka pochar på beslutsfattares uppmärksamhet medan sjukdomsförebyggande insatser dels mer sällan är sjukdomsspecifika, dels handlar om något som inte är synligt på samma sätt som etablerade hälsoproblem – insatserna syftar till att förebygga sådant som ännu inte inträffat och därmed förblir osynligt. Det saknas storsystem som är inriktade på att följa upp effekterna av olika insatser i förhållande till insatsernas kostnader.

En viktig del av hälsoekonomi som utvecklingsområde bör därför bestå i att bygga upp en bättre kunskapsnivå kring kostnadseffektivitet i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser vilket förutom den mer ”tekniska” sidan av hälsoekonomiska bedömningar även omfattar etiska aspekter, t.ex. hur *effektivitet* kan balanseras mot *rättviseaspekter*.

#### **Folkhälsoinstitutets nätverksinitiativ**

Statens Folkhälsoinstitut tog under 2009 initiativ till ett Nationellt Nätverk för Folkhälsoekonomi. Syftet är att stärka området ”folkhälsoekonomi” genom att vara en mötesplats för praktiker inom folkhälsoområdet och forskare inom hälsoekonomi, nationalekonomi och företagsekonomi. Nätverket konstituerades vid ett möte i Stockholm under hösten 2009.



## Vad behöver göras?

Hälsoekonomi inom folkhälsoarbetets ramar är av strategiskt värde för att lyfta fram effektiva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser och verksamheter samt för att påvisa betydelse av befolkningens hälsotillstånd för en hållbar utveckling. Det finns ett värde i att använda hälsoekonomisk metodik i större utsträckning i styrning och ledning av offentligt finansierad verksamhet med syfte att ”skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor i befolkningen”.

#### **Förslag:**

Vi behöver öka antalet hälsoekonomiska bedömningar av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser. Det finns idag en slagsida åt hälsoekonomiska bedömningar gjorda för vårdande och rehabiliterande insatser.

- › Det måste till en systematisk satsning på att bygga upp en kunskap om kostnadseffektivitet i sjukdomsförebyggande insatser och verksamheter.
- › Det måste till en systematisk kunskapsbildning kring hur man kan öka mätbarheten i hälsofrämjande insatser, i synnerhet insatser och verksamheter som syftar till att påverka fördelningen av bestämningsfaktorer för hälsa.
- › Vi behöver bli bättre på att mäta effektiviteten i insatser som syftar till att minska ojämlikhet i hälsa mellan olika befolkningsgrupper.
- › Utbildningen i hälsoekonomi bör utvidgas betydligt. Grundläggande utbildning bör vara en del av folkhälsovetenskapliga grundutbildningar men även ingå i medicinska, sociala och omvårdnadsutbildningar.
- › Högre utbildning och forskning i hälsoekonomi bör utvidgas mot folkhälsovetenskapliga frågeställningar, i synnerhet kring insatser och verksamheter med syfte att motverka ojämlikhet i hälsa.

Vi behöver i högre grad se satsningar på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som investeringar snarare än som kostnader. Eftersom man knappast kan förvänta några effekter på befolkningens hälsotillstånd på kort sikt, även med effektiva hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande insatser, minskar incitamenten att satsa resurser på sådana insatser. Istället bör man se insatser och verksamheter vilka syftar till att förbättra befolkningens hälsotillstånd som *investeringar i hälsa* ungefär på samma sätt som satsningarna på en folkskola i mitten på 1800-talet sågs som en investering i befolkningens bildning.

Man måste samtidigt vara observant på en övervältring av kostnader mellan huvudmän. Det eroderar sannolikt en klok resurshushållning i det långa loppet.

- › Det måste till en argumentation som stärker långsiktighet i budgetprocesser.
- › Samverkan mellan olika huvudmän bör uppmuntras. Finansiell samordning och samordningsförbunden kan vara förebilder.
- › Inom de offentliga förvaltningarna bör hälsoekonomiska bedömningar tillämpas i större utsträckning för att påvisa betydelsen av en god hälsa i hela befolkningen för en hållbar utveckling.
- › Förvaltningarna bör uppmuntras till att söka samarbete med andra aktörer. Det kan vara mellan olika regioner och landsting, vilket Nätverkets initiativ är ett exempel på, men också mellan landsting och kommuner eller statliga förvaltningar. Samarbete bör uppmuntras mellan offentliga förvaltningar och akademiska institutioner.

#### ***Något att börja med?***

- › Ta initiativ till en kartläggning bland landsting och regioner beträffande beredvilligheten att använda hälsoekonomiska metoder i resursfördelningssammanhang.
- › Ta initiativ för att förstå hur kunskaper om kostnadseffektivitet i hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, vårdande och rehabiliterande insatser för något eller några hälsopolitiskt prioriterade ohälsoproblem ska kunna tillämpas i resursfördelning och budgetering, t.ex. psykisk ohälsa.
- › Initiera något eller några projekt som belyser om och hur olika hälsomått kan användas vid horisontell prioritering.
- › Påbörja ett arbete kring prognostisering av resursbehov för något hälsopolitiskt prioriterat område, där hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser vägs in.

## Lästips

### **En allmän introduktion i hälsoekonomi ges i**

- › Brodin, H. och A. Andersson (1998). Hälsoekonomins grunder. Lund, Studentlitteratur.
- › Ferraz-Nunes, J., I. Karlberg och Bergström, G. (2007). Hälsoekonomi : begrepp och tillämpningar. Lund, Studentlitteratur.

### **För introduktion till folkhälsoekonomi i praktiken kan man läsa**

- › Statens folkhälsoinstitut (2011). Folkhälsoekonomi i praktiken. Östersund. Boken finns också i pdf-format Folkhälsoinstitutets webbplats: <http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Folkhalsoekonomi-i-praktiken/>

### **För en mer folkhälsorelaterad hälsoekonomi kan man läsa**

- › Hälsoekonomi för folkhälsoarbete (2003): introduktion och debatt. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut. Boken finns också i pdf-format på Folkhälsoinstitutets webbplats: <http://fhi.se/sv/Publikationer/Alla-publikationer/Halsoekonomi-for-folkhalsoarbete/>  
Detta är en antologi i vilken åtta framträdande forskare och praktiker medverkar. Den första delen av antologin består av en introduktion i hälsoekonomins teori och metod. Den andra delen diskuterar ett antal hälsoekonomiska frågor inför framtiden.

## Referenslista

Brunsson, N. (1986). Politik och ekonomi: en kritik av rationalitet som samhällsföreställning. Lund: Doxa ekonomi.

Drummond, M., Botten, G., Häkkinen, U., Møller Pedersen, K., & Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (2006). An evaluation of Swedish health economics research. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

Drummond, M. F. (1997). Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press.

Maynard, A. (2002). Health economics: continuing imperialism? In D. Kernick (Ed.), Getting health economics into practice pp. 319-324). Abingdon: Radcliffe Medical Press.

Suhrcke, M., McKee, M., Arce, R. S., Tsolova, S., & Mortensen, J. (2005). The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Suhrcke, M., Rocco, L., & McKee, M. (2007). Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. WHO European Office for Investment for Health and Development and European Observatory on Health Systems and Policies.

Tsuchiya, A., & Williams, A. (2001). Welfare economics and economic evaluation. In M. F. Drummond & A. McGuire (Eds.), Economic evaluation in health care : merging theory with practice (p. 286 p.). Oxford ; New York: Oxford University Press.



Wanless, D. (2004). Securing Good Health for the Whole Population: Final Report. HM Treasury UK.

Williams, A. (1987). Health economics: the cheerful face of a dismal science. In A. Williams & British Association for the Advancement of Science. Section F (Economics) (Eds.), Health and economics : proceedings of Section F (Economics) of the British Association for the Advancement of Science, Bristol, 1986 (p. 212p). Basingstoke: Macmillan.





## Hälsoekonomi och Folkhälsoarbete

---

Folkhälsoinsatser är långsiktiga och effekterna på befolkningens hälsotillstånd blir inte synliga förrän efter relativt lång tid, medan effekterna från vårdande och rehabiliterande insatser kommer snabbt. Rapporten ”Hälsoekonomi och Folkhälsoarbete” är skriven för förtroendevalda och tjänstemän som vill veta mer om begreppet hälsoekonomi och ämnets möjligheter. Rapporten kan inspirera till att hälsoekonomiska metoder utvecklas och används i större utsträckning i kommuner, landsting och regioner.

Beställ eller ladda ner på [www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer)

ISBN 978-91-7164-709-2



**Sveriges  
Kommuner  
och Landsting**

Post: 118 82 Stockholm  
Besök: Hornsgatan 20  
Telefon: 08-452 70 00  
[www.skl.se](http://www.skl.se)