

## 6 Diskussion och slutsatser

Frågeställningar rörande preventionens ekonomiska konsekvenser har haft stor betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvårdsekonomin. Hälso- och sjukvårdsekonomiska studier kring beslut som rör utnyttjandet av knappa resurser har publicerats sedan många år tillbaka. Enligt Jönsson och Ståhl (1979) i den första bibliografin över hälso- och sjukvårdsekonomisk litteratur i Sverige började ekonomerna redan under 1960-talet att ägna ett allt större intresse åt mikroekonomiska problem. För att belysa pris- och investeringsbeslut inom den offentliga sektorn utvecklades metoder som t.ex. kostnads-intäktsanalys och programbudgetering för användning vid investeringar i infrastruktur och i försvarssektorn. Successivt kom sådana metoder också att prövas på andra områden av offentlig verksamhet, exempelvis inom sjukvården.

Som framgår av Jönssons och Ståhls bibliografi utgjorde studier kring förebyggande åtgärder redan på 1970-talet en mycket stor del av de upptagna titlarna. Detta förhållande gäller, som vi kan se i Hertzmans sammanställning av svenska ekonomiska utvärderingar inom sjukvården från år 1992, även för senare år. Man kan fråga sig hur många förebyggande åtgärder som motiverats med att de ur samhällsekonomisk synvinkel skulle vara billigare eller mer lönsamma än behandling. Något klart svar på denna fråga kan vi dock inte ge. Det relativt stora intresset för ekonomiska utvärderingar av prevention antyder dock att kalkylerna kan ha en betydande inverkan på resursbeslut av kollektiv karaktär.

Vid en jämförelse mellan olika sektorer kan konstateras att man i Sverige har en mycket längre erfarenhet av att tillämpa ekonomiska utvärderingar som underlag för beslut om prevention inom trafiken än inom sjukvården. Studier av t.ex. Feldt (1958), Mattsson (1968) och Jonsson (1974) visar på de potentiella vinsterna av att reducera omfattningen av trafikolyckor, yrkesskador och rökning. Metodologiska

problem kring värdering av risker för personskador och förlust av människoliv diskuteras i studier av Ståhl och Ysander (1965), Hellqvist m.fl.(1967) och Mattsson (1974).

Flera av dessa tidiga studier avser trafiksäkerhet. Vägverket har som första och hittills enda myndighet i Sverige utvecklat metoder för rutinmässig användning av samhällsekonomiska kostnads-intäktskalkyler för sina investeringsbeslut. Detta har Vägverket gjort sedan slutet av 1960-talet.

Man kan också konstatera att man inom trafiken mycket tidigt försökte finna ett relevant värde på minskad risk för dödsfall och personskador. Resultat från empiriska studier i syfte att skatta betalningsvilligheten för riskreduktioner och indirekta metoder att värdera hälsoförändringar har använts av Vägverket under många år. De första försöken att beräkna ett s.k. humanvärde, som ett mått på samhällets värdering av att undvika ett dödsfall, beskrivs i Vägplan 70, SOU 1969:57. Senare års forskningsresultat har lett till omfattande revideringar av Vägverkets värdering av säkerhet, se t.ex. Persson (1992).

Inom sjukvården har betydande forskningsresurser använts för att studera den totala resursåtgången, dvs.de reala resurserna för hälso- och sjukvård. Detta har motiverats med att de samhällsekonomiska kostnaderna för t.ex. en viss behandling ofta skiljer sig kraftigt från sjukvårdens kostnader för behandlingen. Vidare finns en betydande substituerbarhet mellan olika produktionsfaktorer, t.ex. personal, utrustning, läkemedel och byggnader. Genom att forskningsresultaten kan leda till att såväl egenskaperna hos som proportionen mellan olika produktions faktorer kan förändras kan forskningen också medföra produktivitetshöjningar.

Resultatet av ekonomernas forskningsinsatser i syfte att mäta och värdera effekten eller resultatet av hälso- och sjukvård med hjälp av storheter som anknyter till målet för verksamheten har under många år varit förhållandevis blygsamt. Åtminstone kan man förledas att tro det mot bakgrund av de många skilda försök som redovisas av Brooks (1991) vilka syftar till att finna index som skall sammanfatta olika dimensioner av begreppet hälsa.

Det är först under de allra senaste åren som empiriska studier har börjat publiceras i syfte att undersöka betalningsvilligheten för

riskreduktioner i sjukvården, se Johannesson m.fl.(1992). Vid prevention är ju frågan om vi genom resursinsatser kan minska sannolikheten att insjukna och avlida i olika sjukdomar.

Kan det rent av vara så att de metoder som tillämpats i trafiksäkerhetssammanhang, dvs.betalningsviljestudier, har vunnit större acceptans än t.ex. hälsoprofiler och hälsoindex, dvs.motsvarande metoder som man under många år försökt utveckla för att mäta nyttan av sjukvård?

Detta skulle kunna vara en bidragande förklaring till några av de metodologiska problem som hälso- och sjukvårdsekonomer råkar ut för, t.ex. vid diskontering av hälsoeffekter. Frånvaron av relevanta effektmått begränsar användningen av ekonomisk analys inom sjukvården. Det är också möjligt att bristen på relevanta effektmått under många år har gjort att ekonomer begränsat sig till att utföra ett stort antal COI-studier i syfte att peka på storleken av de potentiella besparingarna till följd av prevention i stället för att försöka besvara den relevanta frågan, nämligen: vad är värdet för samhällsmedborgarna av preventiva åtgärder?

Det är väsentligt att uppmärksamma att COI-studier och olika typer av ekonomiska utvärderingar som t.ex. C/B-kalkyler avser att belysa olika typer av frågeställningar. De konkurrerar alltså inte med varandra.

En konsekvens av COI-studier kan då vara risken att beslutsfattare förleds att tro att nyttan av prevention enbart utgörs av de potentiella kostnadsinbesparingarna i form av minskade sjukvårdskostnader och produktionsbortfall. Att nyttan av prevention är mera svårångad än så och inte är begränsad till kostnadsbesparingar hoppas vi ha visat med hjälp av de exempel som redovisats tidigare.

Exemplen primärprevention vid hypertoni och infektionsprofylax vid total höftledsplastik illustrerar också att Socialstyrelsens rekommendationer kring interventionsgränser och ortopedklinikernas val av preventionsprogram indirekt avslöjar beslutsfattarnas värdering av riskreduktionen i sig.

Vi fann t.ex. att de kliniker som enbart använde systemisk antibiotikaprofylax fick tillbaka pengarna för profylaxen på grund av minskade reoperationskostnader. En klinik som dessutom investerar i en operationsbox kan inte räkna med att få tillbaka ytterligare investerade

pengar till följd av den vidare reduktionen av reoperationskostnader. Den marginella riskminskningen på grund av en ytterligare investering i box kan endast betala tillbaka ungefär 60 procent av den marginella kostnadsökningen. Därmed är inte sagt att investeringen i box behöver vara olönsam om även värdet av den minskade sjukligheten i sig beaktas. Boxens lönsamhet beror på om det finns ett antal intresserade individer som är villiga att betala en summa — för att minska risken för djupa infektioner — som är så stor att den summerad över alla individer kan finansiera den extra kostnaden (utöver inbesparade reoperationskostnader) för investering i box.

Generellt kan man säga att för att besvara frågan om prevention lönar sig, måste man närmare studera teknologin, kostnaderna och individernas preferenser för riskreduktioner. Det räcker alltså inte att jämföra kostnader till följd av preventiva åtgärder med förväntade framtida inbesparade resurser. I vissa fall kan detta studeras genom att teknologin bjuds ut på marknaden och intresserade individer helt enkelt får betala för en försäkrans om att vid behov komma i åtnjutande av en preventiv åtgärd.

Administrativa problem och transaktionskostnader för att genomföra sådana test kan dock många gånger bli betydande. Tekniska lösningar av flera slag har t.ex. prövats inom trafiken. Ett vanligt sätt i många länder är att avgiftsbelägga vägar. Genom att avkräva trafikanterna vägavgifter för snabba och säkra motorvägar kan man säga att de i viss mån får betala en försäkringspremie för att få tillträde till vägen.

Speciella survey-undersökningar (contingent valuations) i syfte att skatta individers betalningsvilja för riskreduktioner kan i sig också bli resurskrävande. Sådana kostnader skall dock jämföras med de ekonomiska konsekvenser som kan bli följden av att politiker och myndigheter formulerar mål och utformar rekommendationer. Huruvida riksdagens formulering av trafiksäkerhetsmålen har förankring hos medborgarna även efter det att kostnaderna för att uppnå målen blivit kända kan säkert diskuteras. Det är också intressant att fråga sig om regleringsmyndigheterna hade gått lika långt i sin strävan att eliminera risken för salmonella i kycklingar om man på förhand hade tillfrågat konsumenterna om deras betalningsvilja för riskreduktionen i sig.

Den genomgång av ett antal studier kring prevention och ekonomi som presenterats här tyder på att man många gånger kan förvänta sig att ytterligare prevention sparar in resurser — dock endast i undantagsfall i sådan omfattning att inbesparingarna uppväger investeringen. Detta gäller för ett samhälle som det svenska, där vi inom många områden redan nått förhållandevis långt i vår strävan att förebygga olyckor, sjukdomar och komplikationer.

I samhällen där man satsat mindre på förebyggande åtgärder finns det anledning att misstänka att ytterligare investeringar i prevention kan ge pengarna tillbaka i många fall. Det kan t.ex. vara så att tillgänglig teknologi ännu inte utnyttjats i sådan omfattning att totalt kostnadsminimum uppnåtts. Salmonellakontrollen kan vara mycket blygsam och andelen salmonellasmittade djur kan vara stor i fattiga länder. Risken att dödas i en trafikolycka är högre i länder som Portugal och Spanien med lägre inkomst per capita än Tyskland, Storbritannien och de skandinaviska länderna med relativt hög inkomst per capita.

Vårdkostnader och produktionsbortfall till följd av salmonella och trafikolyckor kan emellertid vara lägre i relativt fattiga länder, varför potentiella kostnadsinbesparingar också blir mindre och kostnadsminimum ligger på en helt annan nivå än i rikare länder. Motsvarande resonemang kan naturligtvis föras inte bara mellan länder utan även mellan olika regioner inom ett och samma land.

Ny teknologi kan t.ex. ha spridit sig olika snabbt i olika landsdelar. Det kanske fortfarande finns ortopediska kliniker i Sverige eller i något annat land som ännu inte investerar i respektive kostnadsminimerande hygieniska regim vid totala höftledsoperationer.

Om man vågar sig på att generalisera utifrån studien av infektionsprofylax vid totala höftledsplastiker kan man dock misstänka att huvuddelen av kostnadsbesparande åtgärder, med tillgänglig teknologi, redan har vidtagits i Sverige. Emellertid introduceras ständigt ny teknologi, vilket gör det fortlöpande aktuellt och nödvändigt att utvärdera dess ekonomiska konsekvenser.

De här redovisade studierna av infektionsprofylax vid höftledsoperationer och vid läkemedelsbehandling mot hypertoni tyder snarast på att ytterligare insatser i preventivt syfte huvudsakligen måste motiveras utifrån individens betalningsvilja för att minska riskerna för

hälsöförluster i sig. Detta gäller då endast under antagande av given teknologi.

Vidare skall det återigen påpekas att marginella åtgärder är lönsamma om individerna är villiga att betala de extra resurserna för att komma i åtnjutande av den kvalitativa förbättring dessa åtgärder kan innebära. Prevention och dess lönsamhet kan alltså endast bedömas från fall till fall.