

# Hälsoekonomi – en vetenskapsgren i tillväxt

## Marianne Hanning

Grundutbildning vid Handelshögskolan i Stockholm och doktorerade 2005 i hälso- och sjukvårdsforskning i Uppsala. År 2006 genomförde Forskningsrådet för arbetsliv och samhälle (FAS) en utvärdering av den svenska hälsoekonomiska forskningen i vilken hon medverkade. Hon skrev då tillsammans med Björn Smedby en översikt över hälsoekonomins utveckling i Sverige. Artikeln bygger delvis på denna översikt. E-post: Marianne.Hanning@socialstyrelsen.se.

Ragnar Berfenstams stora intresse för samhällsfrågor kom också att få stor betydelse för introduktionen av hälsoekonomi i Sverige. En seminarierie i slutet av 1970-talet var ett tidigt initiativ för att uppmärksamma denna nya disciplin. Seminarierien som senare blev en publikation med titeln: "Hälsoekonomi. Ett samlat synsätt på fördelning av resurser för hälsa" arrangerades av Institutionen för socialmedicin i Uppsala och Institutionen för förvaltningsekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm. I dag är hälsoekonomi en etablerad forskningsgren vid de flesta universitet och högskolor i landet och helt nyligen har en intresseförening för hälsoekonomer bildats. I denna artikel sammanfattas framväxten av hälsoekonomi i Sverige.

Ragnar Berfenstam's great interests for society and policy questions made him an important agent in the introduction of health economics in Sweden. A series of seminars at the end of the 1970's was one of the earliest initiatives in the establishment of this new discipline. The series of seminars later became a publication with the title: "Health economics. A comprehensive view for distribution of resources for health", and it was arranged by the Department of social medicine at Uppsala University and the Department of public administration at the Stockholm School of Economics. Today, health economics is an established discipline at most universities and university colleges in the country, and recently an association for health economics in Sweden was formed. In this article, the growth of health economics in Sweden is summarized.

## Hur det började

I mitten av 1970-talet träffade Ragnar Berfenstam av en tillfällighet en av sina gamla skolkamrater från Uddevalla. Det visade sig att kamraten, liksom han själv, gjort akademisk karriär och nu var professor i förvaltningsekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm. Hans namn var Thomas Thorburn. De båda professorerna hade från var sin horisont börjat intressera sig för hälsoekonomi och de beslutade att göra något tillsammans kring denna nya forskningsgren. Samarbetet manifesterades i en seminarierie i Stockholm under åren 1977-78. Seminarierna riktade sig såväl till forskare som till beslutsfattare på olika nivåer inom organisation, planering och administration av hälso- och sjukvård. Innehållet i seminarierna blev sedermera en publikation som gavs ut av Sprï (Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut) med titeln "Hälsoekonomi" (Berfenstam et al. 1979). Detta torde vara första gången som begreppet användes i Sverige. Forskning inom detta fält hade tidigare gått under beteckningen "sjukvårdsekonomi" eller "hälso- och sjukvårdsekonomi".

Hälsoekonomi kan ses som en sub-disciplin inom nationalekonomi och har sitt ursprung i den starka tillväxt som skedde inom hälso- och sjukvårdssektorn i de flesta västländer under åren efter andra världskriget. Detta ledde fram till ett behov av teorier och metoder för att analysera utvecklingen inom området för att få underlag till beslut om hur sektorn skulle finansieras och organiseras, liksom hur resurserna skulle användas på ett effektivt sätt

(Arrow 1963).

Även om det finns ett antal exempel från 1950- och 60-talen på forskare inom såväl samhällsvetenskaplig som medicinsk fakultet vilka hade en hälsoekonomisk inriktning (t ex Peterson et al. 1967, Smedby 1967, Mattson 1968) var det först under 1970-talet som hälsoekonomin skulle få sitt genombrott i Sverige. Det var framförallt två institutioner som var involverade: nationalekonomi i Lund och förvaltningsekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm.

I Lund var det en grupp kring Ingemar Ståhl som startade den hälsoekonomiska forskningen. Den första disputationen kom 1976 då Bengt Jönsson försvarade sin avhandling "Cost-benefit analysis in public health and medical care" (Jönsson 1976). 1981 kom nästa avhandling av Björn Lindgren vilken behandlade frågan om "cost of illness" (Lindgren 1981). En annan forskare som tidigt intresserade sig för hälsoekonomi var Lars Borgqvist, också han från Lund men knuten till den företagsekonomiska institutionen. Hans avhandling från 1974 hade titeln "Organisationsnivåer inom sjukvården" med exempel från behandlingen av höftledsfrakturer bland äldre (Borgqvist 1974).

IHE och Sprï är två organisationer som hade stor betydelse för den tidiga utvecklingen av hälsoekonomi i Sverige. IHE (Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi) i Lund bildades 1979 med hjälp av donationer från läkemedelsindustrin. År 1988 tog Apteks-

bolaget AB över ägarskapet för institutet. IHE är en icke-vinstdrivande organisation med egen forsknings- och utredningsverksamhet. Varje år arrangerar institutet en konferens, vilken blivit en viktig samlingspunkt för såväl forskare som tjänstemän och politiker inom sektorn. Institutet har också ett aktivt nätverk.

Väsentlig betydelse för ämnets utveckling hade också Spri, en organisation där Ragnar Berfenstam kom att engageras som expert i många projekt. Redan 1971 kom en Spri-rapport med hälsoekonomisk inriktning ”Metoder att mäta värdefterfrågan” (Spri 1971) och ett år senare publicerades två artiklar i Läkartidningen som tog upp frågan om effektivitet och mått på effektivitet i vården (Jonsson & Johnsson 1972a och 1972b). En av författarna var Egon Jonsson som några år senare skulle bli den första att disputerat med en hälsoekonomisk avhandling vid Handelshögskolan i Stockholm (Jonsson 1980).

År 1977 beslutade Medicinska forskningsrådet (MFR) att göra en särskild satsning inom ett område som fick beteckningen ”hälso- och sjukvårdens effektivitet”. En mindre enhet etablerades för att stödja och påskynda utvecklingen av forskningen inom området. De två forskare som först kom att knytas till denna enhet var Björn Smedby och Göran Sterky, båda medicinare med inriktning på hälso- och sjukvårdsforskning. Även här fanns Ragnar Berfenstam med i bakgrunden då Björn Smedby var en av hans tidigare doktorander. Gruppen kom se-

nare att utökas med Stig Wall som var statistiker, Monica Johnsson, nationalekonom, och Bengt Brorsson, sociolog. Gruppens arbete kom att betyda mycket för etableringen av såväl hälsoekonomi som hälso- och sjukvårdsforskning i Sverige.

## Nästa steg – etableringen av medicinsk teknologiutvärdering

Det skulle dröja till 1982 innan den första professuren i hälsoekonomi kom till. Det skedde vid Linköpings universitet vid temainstitutionen, tema Hälsa och samhälle. Innehavare av tjänsten blev Bengt Jönsson. Under 1970- och 80-talen skedde en kraftfull utveckling av olika medicinska teknologier, vilket också kom att påverka hälsoekonomins inriktning, då välfärdsteoretiska metoder som t.ex. cost-benefit-analys kunde användas för att beräkna värdet av att införa de nya teknologierna. Intresset för och behovet av hälsoekonomiska utvärderingar manifesterades bl.a. genom bildandet av Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) vid Linköpings universitet 1984.

Även den MFR-baserade hälso- och sjukvårdsforskningen kom alltmer att koncentrera sin verksamhet kring utvärdering av medicinsk teknologi och vid Spri inrättades 1981 en särskild enhet för hälsoekonomi med inriktning på teknologivärdering. En del av verksamheten kring teknologivärdering var de USA-inspirerade konsensuskonferenserna och state-of-the-art-konferenserna som MFR och Spri gemensamt arrangerade. I de paneler som vid

dessa konferenser hade till uppgift att värdera olika teknologier och ta fram rekommendationer för deras tillämpning i sjukvården ingick alltid hälsoekonomer. Stig Wall och Bengt Brorsson skrev också på uppdrag av MFR en metodöversikt av teknologivärdering inom hälso- och sjukvård, vilken kom att få betydelse för etableringen av den fortsatta forskningen på området (Brorsson & Wall 1985). Intresset för teknologivärdering växte ytterligare och 1987 tog MFR och Spru initiativ till en organisation som 1992 blev en fristående myndighet med namnet Statens beredning för utvärdering av medicinsk teknologi (SBU). Egon Jonsson blev organisationens första chef.

## 1990- och 2000 talen – konsolidering, expansion och internationellt samarbete

Viktigt för etableringen av hälsoekonomi var naturligtvis att nya hälsoekonomer utbildades och att det tillkom fler forskningsmiljöer i landet. Ett betydelsefullt steg togs när Handelshögskolan i Stockholm 1991 beslutade att inrätta en professur och en särskild enhet för hälsoekonomi. Bengt Jönsson var den som kom att leda verksamheten och under 1990-talet kom Handelshögskolan att inta en central position inom hälsoekonomisk forskning, inte bara i Sverige utan också internationellt.

Vid universitet i Lund fortsatte hälsoekonomi att växa. Björn Lindgren tillträdde som professor år 1991. Tio år senare inrättades nästa professur i hälsoekonomi, finansierad av Folkhäl-

soinstitutet. Den kom att innehas av Ulf G Gertham. I Lund startade också tidigt undervisning i hälsoekonomi och de första akademiska kurserna gavs redan i slutet av 1970-talet som en del av doktorandutbildningen i nationalekonomi. Över åren byggdes undervisningen ut och såväl forskning som undervisning pågick vid flera ekonomiska institutioner. År 1998 beslutades att de olika hälsoekonomiska grupperingarna i Lund skulle gå samman i ett mer formellt samarbete inom ramen för Lunds universitets centrum för hälsoekonomi (LUCHE).

Från slutet av 1990-talet och framåt har hälsoekonomi kommit att expandera kraftigt och idag finns det hälsoekonomiska forskargrupper vid de flesta universitet och högskolor, antingen som en del av ekonomiska institutioner eller vid medicinska fakulteter. Hälsoekonomi ingår numer också oftast i undervisningen på grundutbildningsnivå inom läkarutbildningen liksom i utbildningen för andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Bildandet av Vårdalinstitutet 2001 har också haft inflytande på spridningen och tillväxten inom ämnesområdet. Den forskning som bedrivs med stöd av institutet är tvärvetenskaplig och hälsoekonomi ingår som en integrerad del av såväl utbildning som forskningsprojekt.

Utvärdering av medicinska metoder och då inte minst nya läkemedel är en omfattande del av hälsoekonomin och många hälsoekonomer har också kommit att knytas till läkemedelsindustrin. När Läkemedelsförmånsnämnden, numera Tandvårds- och läkemedels-

förmånsverket (ILV), startade sin verksamhet år 2002 ökade också efterfrågan på hälsoekonomisk kompetens och många hälsoekonomer har fått anställning inom myndigheten.

Svenska hälsoekonomer har haft ett betydande internationellt utbyte. En tidig utländsk kontakt var professor Alan Williams från universitetet i York, som redan 1977 utnämndes till hedersdoktor vid universitetet i Lund. År 1995 var Handelshögskolan i Stockholm och Lunds universitet arrangörer för den tredje Europeiska hälsoekonomikonferensen och 2007 var Lunds universitet medarrangör i den hälsoekonomiska världskongressen i Köpenhamn.

Ett nordiskt samarbete har också funnits under lång tid och i augusti 2010 arrangerades den 31:a nordiska konferensen. Den hälsoekonomiska enheten vid Umeå universitet stod för värdskapet.

## Var befinner sig hälsoekonomin idag?

År 2006 – ca 30 år efter de första svenska akademiska avhandlingarna med hälsoekonomisk inriktning – lät Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) en grupp utländska forskare utvärdera den svenska hälsoekonomiforskningens ställning (FAS 2006). Utvärderingen visade att den teoretiska och empiriska nivån på svensk hälsoekonomisk forskning är hög och att Sverige på flera områden intar en ledande position. Ett sådant område är ekonomisk utvärdering, där

den svenska forskningen bedömdes vara världsledande.

Mot bakgrund av utvärderarnas egna erfarenheter från sina respektive länder (England, Norge, Finland och Danmark) noterade man emellertid att det i Sverige i mindre utsträckning forskats på de större systemfrågorna, exempelvis hur resursfördelningen ser ut ur ett jämlikhetsperspektiv, hur hälso- och sjukvårdssystemets effektivitet kan mätas och följas upp och effekter av ekonomiska incitament inom sektorn. I de länder utvärderarna representerade har myndigheterna eller de organisationer som svarar för hälso- och sjukvårdsutbudet (motsvarande landstingen) i större utsträckning lagt ut forskningsuppdrag inom hälsoekonomi.

I de intervjuer som genomfördes med forskare och beslutfattare framfördes att det fortfarande fanns en brist på utbildade hälsoekonomer. Utvärderarna menade att det fanns flera orsaker till detta, men att den främsta sannolikt var att det inte förrän 2003 startades en masterutbildning i ämnet, vilket kan jämföras med att det första programmet i England startade 1977. Ett annat skäl för att det inte tillkommit fler forskare inom hälsoekonomi är att det trots kurser för doktorander verkar vara svårt att få finansiering för dessa forskarstuderande. För dem som doktorerat inom medicinska vetenskaper är utbildningen i hälsoekonomi alltför begränsad för att de senare ska kunna söka medel för egen forskning inom området. Ytterligare ett skäl är att det saknas forskarutbildade hälsoekonomer i offentlig förvaltning därför att

det inte finns några bra karriärvägar där. Istället väljer många som doktorerat att gå till läkemedelsindustrin där de har bättre utsikter vad gäller både forskning och karriär.

Utvärderarna noterade att utbildning och forskning i hälsoekonomi bedrivs med basen antingen vid ekonomiska institutioner eller vid institutioner med hälso- och sjukvårdsinriktning alternativt ”medicinska centra”. En stark anknytning till modervetenskapen underlättar en mer teoretiskt inriktad forskning, medan anknytningen till institutioner och centra inom medicinsk vetenskap innebär att hälsoekonomi ingår i en tvärvetenskaplig forskningsmiljö. Utvärderarna skulle gärna se att det skapades ett nationellt forskningsprogram där dessa båda miljöer kunde mötas och helst såg man att det också kunde inrättas fasta organisationer där hälsoekonomer skulle kunna verka utifrån både ekonomisk och medicinsk vetenskap. Detta är förslag som med all sannolikhet skulle ha fått Ragnar Berfenstams helhjärtade stöd. I linje med detta noterades i utvärderingen att såväl samarbetet inom LUCHE som det mellan Handelshögskolan och Karolinska Institutet var viktiga som förebilder för andra mindre grupperingar i landet.

Ytterligare synpunkter var att även om forskarna inom området hade varit skickliga att få forskningsresurser, var det ofta i form av kortvariga projekt eller satsningar, vilket skapar en osäkerhet inom undervisningen och för mer långsiktiga forskningssatsningar. Gruppen pekade också på att delar

av den hälsoekonomiska forskningen bygger på registerdata och att de svenska forskarna har ett gynnsamt läge i detta avseende, något som man inte utnyttjade till fullo enligt utvärderarna. Det är oklart hur utvärderingen har påverkat utvecklingen inom hälsoekonomi, men mycket tyder på att antalet hälsoekonomer ökar och att myndigheter och hälso- och sjukvårdshuvudmän har fått ett allt större intresse för att knyta hälsoekonomisk kompetens till sin verksamhet. Ekonomiska incitament har blivit vanligare som styrinstrument och framtida problem med finansiering av en sektor i ständig tillväxt skapar behov av metoder för att prioritera, styra och utvärdera olika verksamheter. Ett exempel på detta är att Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) nyligen publicerat två rapporter med inriktning på hälso- och sjukvårdssystemet (Anell 2010, Winblad & Andersson 2010).

Som ett tecken på att hälsoekonomi numer är en etablerad verksamhet i den svenska hälso- och sjukvården bildades hösten 2010 Svensk hälsoekonomisk förening ([www.sfhe.se](http://www.sfhe.se)) och Bengt Jönsson valdes till föreningens första ordförande. Hittills har ca 130 personer anslutit sig som medlemmar i föreningen som kommer att verka för:

- utvecklingen av hälsoekonomi som vetenskaplig disciplin,
- utvecklingen av hälsoekonomi som teoretisk och tillämpad vetenskap,
- användningen av hälsoekonomisk metodik och kunskap i samhället,
- spridningen av information om hälsoekonomiska forskningsresultat,
- utbildning och kompetensutveckling

i hälsoekonomi,  
- internationellt samarbete inom det  
hälsoekonomiska området.

## Referenser

- Anell A. Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Stockholm: Finansdepartementet (ESO-rapport 2010:7), 2010.
- Arrow JK. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 1963; 53:941-73.
- Berfenstam R, Jonsson E, Smedby B, Sterky G, Thorburn T, Wennström G. Hälsoekonomi. Ett samlat synsätt på fördelning av resurser för hälsa. Stockholm: Spri (Spri S115), 1979.
- Borgqvist L. Organisationsnivåer inom sjukvården. Lund: Lunds universitet, Institutionen för företagsekonomi, 1974. Akad. avh.
- Brorsson B, Wall S. Assessment of medical technology – problems and methods. Stockholm: Swedish Medical Research Council, 1985.
- Drummond M, Botten G, Häkkinen U, Møller Pedersen K. An Evaluation of Swedish health economics research. Stockholm: FAS, 2006.
- Jönsson B. Cost-benefit analysis in public health and medical care. Lund: Lunds universitet, Institutionen för nationalekonomi (Lund Economic Studies No.12), 1976. Akad. avh.
- Jonsson E, Johnsson T. Effektivitet och effektivitetsmått inom sjukvården. *Läkartidningen* 1972a; 69(47):5509-15.
- Jonsson E, Johnsson T. Medelvårdtiden som effektivitetsmått för den slutna vården. *Läkartidningen* 1972b; 69(48):5660-8.
- Jonsson E. Studies in health economics. EFI, Stockholm, 1980. Akad. Avh.
- Lindgren B. Cost of illness in Sweden 1964-1975. Lund: Lunds universitet, Nationalekonomiska institutionen, 1981. Akad. Avh.
- Lindholm B. Poliovaccinets ekonomiska lönsamhet. *Läkartidningen* 1973; 70(12):1174-8.
- Mattson B. Vägtrafikolyckornas ekonomiska kostnader. Stockholm: Statens Trafiksäkerhetsråd, Rapport 116, 1968.
- Peterson OL, Burgess AM, Berfenstam R, Smedby B, Logan RFL, Pearson RJ. What is value for money in medical care? Experiences in England and Wales, Sweden, and the USA. *The Lancet* 1967; 1(7493):771-6.
- Smedby B. Vårdtiden för bräckoperation vid olika sjukhus. *Läkartidningen* 1967; 64(36):3525-3530.
- Spri. Metoder att mäta värdefterfrågan. Stockholm: Spri (Spri Rapport 10/71), 1971.
- Winblad U, Andersson C. Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Finansdepartementet (ESO 2010:11), 2010.