

Introduktion till hälsoekonomi

Rickard Mobäck

rickard.moback@regiongavleborg.se

Utredare, Samhällsmedicin

2025-05-07



Dagens presentation

- Om hälsoekonomi
 - Hälsoekonomisk utvärdering
 - Exempel på hälsoekonomisk utvärdering
 - Kostnader för hälso- och sjukvården
-
- Kontentan: mycket hälsa att vinna och resurser att spara på sjukdomsförebyggande arbete

Varför tänka i termer av hälsoekonomi?

- Maximera den nytta vi kan göra för människors liv och hälsa
- Minimera slöseri
- Rätt resurser på rätt ställe

- Triage är en form av hälsoekonomi

Nyttiga begrepp

- Alternativkostnad – varje spenderad krona hade kunnat spenderas på något annat. Alltså, den egentliga kostnaden = nyttan av det näst bästa alternativet att använda resursen på.
- Sunk cost fallacy – vår förmåga att fortsätta med något ovärt eftersom vi redan har lagt ner tid, energi eller pengar på det.
- Incitament – vi gör vad vi tror gynnar oss mest

Begränsningar av resurser

- Pengar
- Personal
- Tid
- Maskiner och materiel
- Nyrekrytering

Begränsningar av resurser

- Personal, tid, maskiner etc. kan omvandlas i pengar.
- Ökar vi personalstyrkan ökar vi också vårdkostnaderna. Vi får istället mindre av något annat, någon annanstans.

Hälsoekonomi

Vilka ekonomiska avvägningar finns inom hälso- och sjukvården?

- Hur stor andel av samhällets resurser ska gå till hälso- och sjukvården?
- Hur ska finansieringsbördan i befolkningen se ut?
- Hur ska de samlade vårdresurserna fördelas mellan olika verksamheter och tjänster för att få så stora positiva hälsoeffekter som möjligt?
- Hur ska vi nå ett effektivt resursutnyttjande i verksamheter och i hela hälso- och sjukvårdssystemet?



Hälsoekonomi

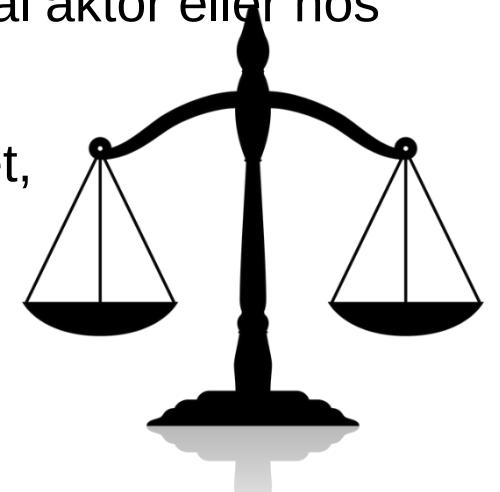
Givetvis inte bara ekonomi som styr

- Etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, tre generella principer:
 1. människovärdesprincipen
 2. behovs- och solidaritetsprincipen
 3. kostnadseffektivitetsprincipen

Hälsoekonomi

Hur ska vi fördela begränsade resurser på bästa sätt?

- En hälsoekonomisk analys kan visa att en insats är kostnadseffektiv, i jämförelse med en annan insats eller om ingenting görs.
- Ställa insatsens kostnader mot nyttan av en viss insats eller behandling.
- Kostnader och nyttor kan vara direkta, indirekta eller immateriella
- Nyttan kan exempelvis uppstå hos enskild patient, regional aktör, kommunal aktör eller hos försäkringskassan.
- Ett vanligt mått för beräkning av nyttan av en behandling är ökad livskvalitet, kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs).



QALY – Quality Adjusted Life Year

- Ett sätt att mäta effekten av en åtgärd eller behandling
- Kombinerar återstående livslängd med livskvalitet/hälsa
- En persons livskvalitet kan på olika sätt skattas mellan 0 och 1
- 1 QALY motsvarar att en fullt frisk person lever ett år. Lika mycket värt som att två personer lever ett år med "halv" hälsa.
- Möjliggör jämförelse mellan olika åtgärder, behandlingar och hälsotillstånd och kan sättas i relation till kostnader

Kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) alternativt vunnet levnadsår

Låg	Under 100 000 kronor per QALY alternativt vunnet levnadsår
Måttlig	100 000–499 999 kronor per QALY alternativt vunnet levnadsår
Hög	500 000–1 000 000 kronor per QALY alternativt vunnet levnadsår
Mycket hög	Över 1 000 000 kronor per QALY alternativt vunnet levnadsår

Hälsoekonomisk utvärdering

Olika typer av hälsoekonomiska utvärderingar

Exempelvis:

- Kostnadsminimeringsanalys (CMA) – analyserar endast kostnader
- Kostnadseffektanalys (CEA) – analyserar kostnad per effekt (t.ex. per enhets förbättring i depressionsskala eller per kilo viktnedgång)
- Kostnadsintäktsanalys (CBA) – Analyserar både kostnader och effekter översatt till kronor
- Kostnadsnyttoanalys (CUA) - analyserar kostnad per ”nyttomått” (vanligtvis vunna QALYs)



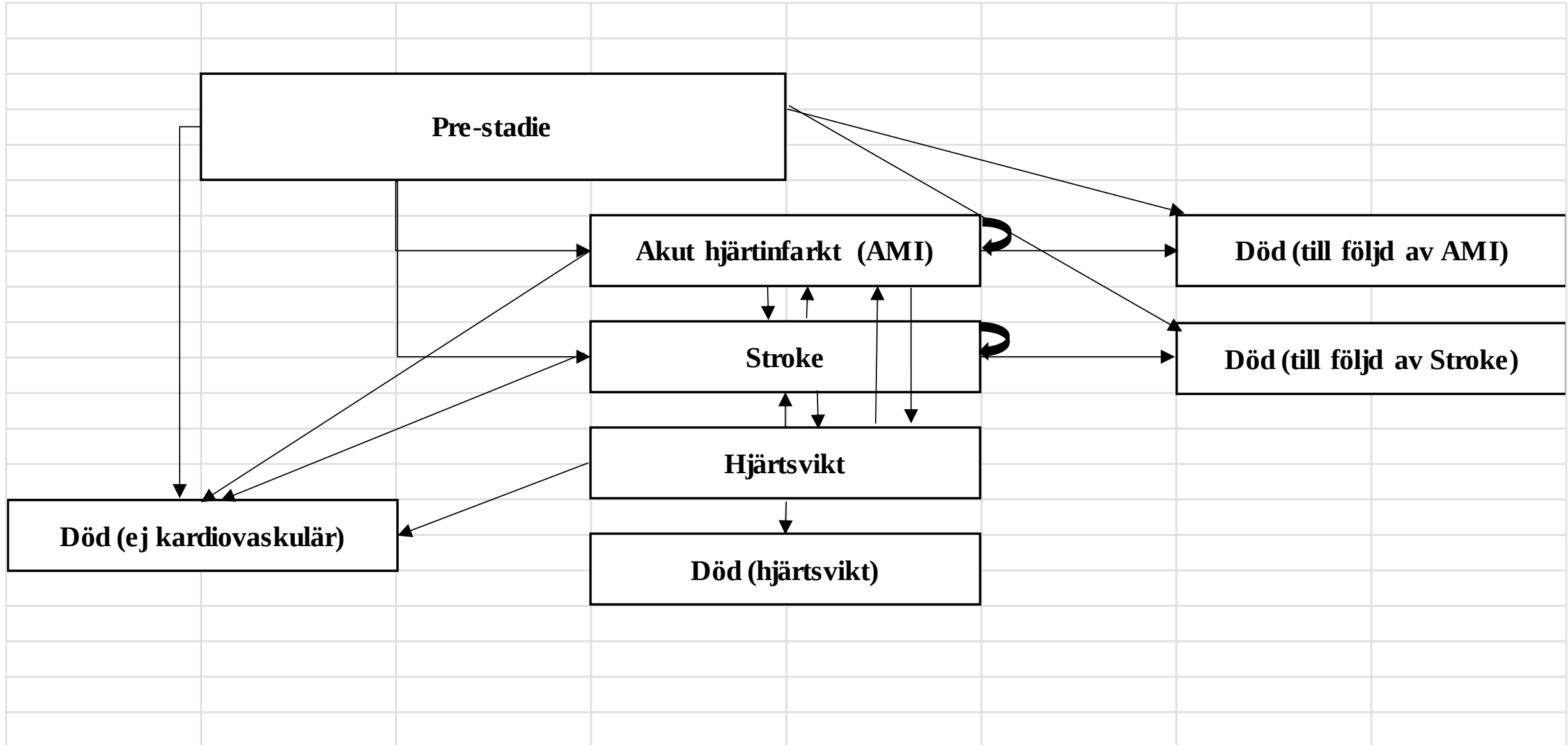
Exempel på hälsoekonomisk utvärdering – Behandling av hypertoni

- Högt systoliskt blodtryck är förknippat med högre risk för bland annat hjärtsvikt, stroke och hjärtinfarkter.
- Ungefär 40% av personer med hypertoni får behandling och ungefär hälften av dessa lyckas minska sitt blodtryck till under målvärdet på 140 mmHg.
- Frågeställningar: Vilka hälsoekonomiska konsekvenser skulle vi kunna få av att behandla alla med hypertoni? Vad händer om målvärdet skulle sänkas till 130 mmHg?

Exempel på hälsoekonomisk utvärdering – Behandling av hypertoni

- Data från alla listade i Region Uppsala över 20 års ålder som har uppmätt blodtryck i primärvården under en treårsperiod. Totalt ca 190 000 av ca 400 000 listade patienter.
- Årliga individuella risker för hjärtsvikt, hjärtinfarkt, stroke och död kalkylerade med framförallt SCORE2 och data från Socialstyrelsen.
- Schablonkostnader och QALY-vikter för sjukdomarna/tillstånden baserat på tidigare forskning.
- Matematisk modellering av hälsoutfall med en markovmodell

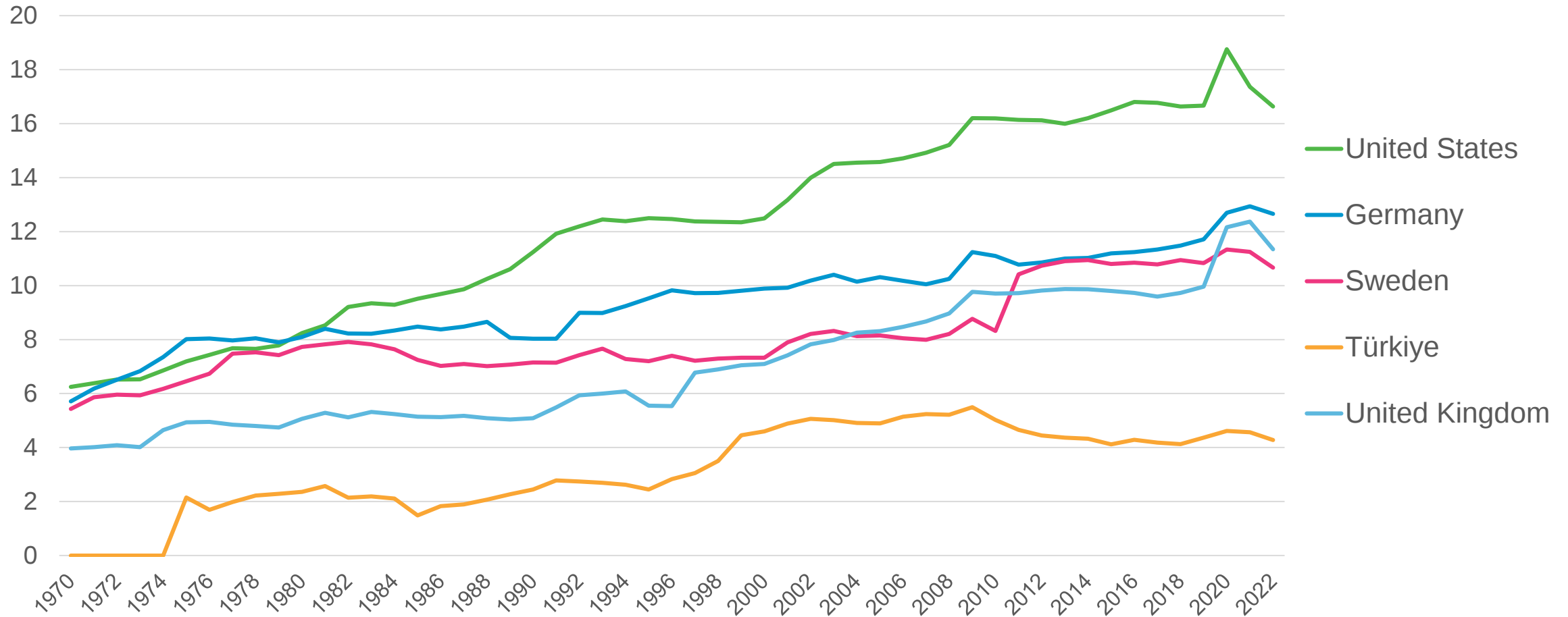
Markovmodell för att simulera hälsoutfall beroende på systoliskt blodtryck



Preliminära resultat per 1000 screenade patienter

Scenario	Antal undvikna händelser			Undvikbara kostnader	Vunna QALYs	Maxkostnad (100kkr per QALY)
	AMI (fatal och icke-fatal)	Stroke (fatal och icke-fatal)	Hjärtsvikt			
Alla över 140 till 139	8,37	8,92	11,17	10 487 119 kr	190,07	30 msek
Alla med hög kardiovaskulär risk till 129; Om ingen risk i intervallet 130-139 görs ingenting; Alla över 140 till 129.	14,10	15,01	18,18	17 085 554 kr	303,32	47 msek

Hälso- och sjukvårdsutgifter, % av BNP

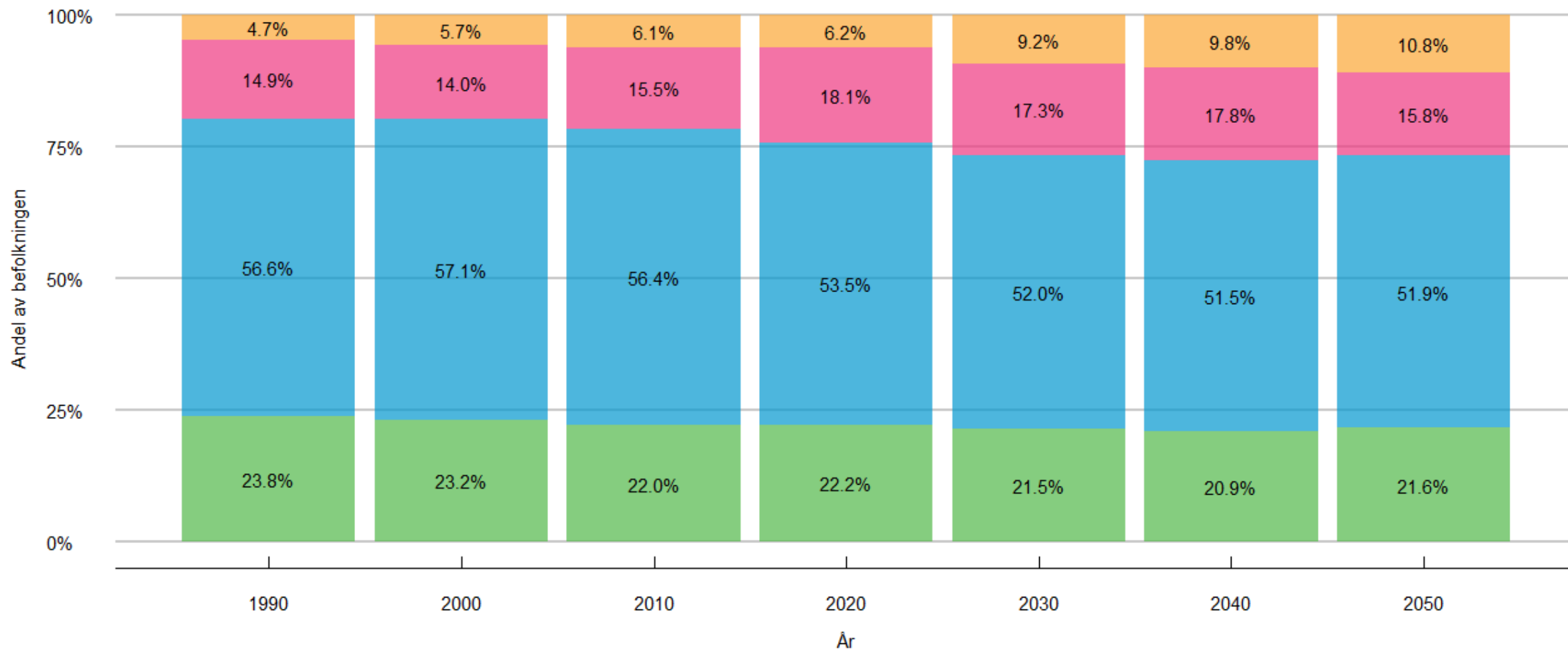


Andel av befolkningen i olika åldersgrupper

1990-2020: Historisk data

2030-2050: Prognos

Åldersgrupper 0-19 år 20-64 år 65-79 år 80+ år



Kostnader för hälso- och sjukvården

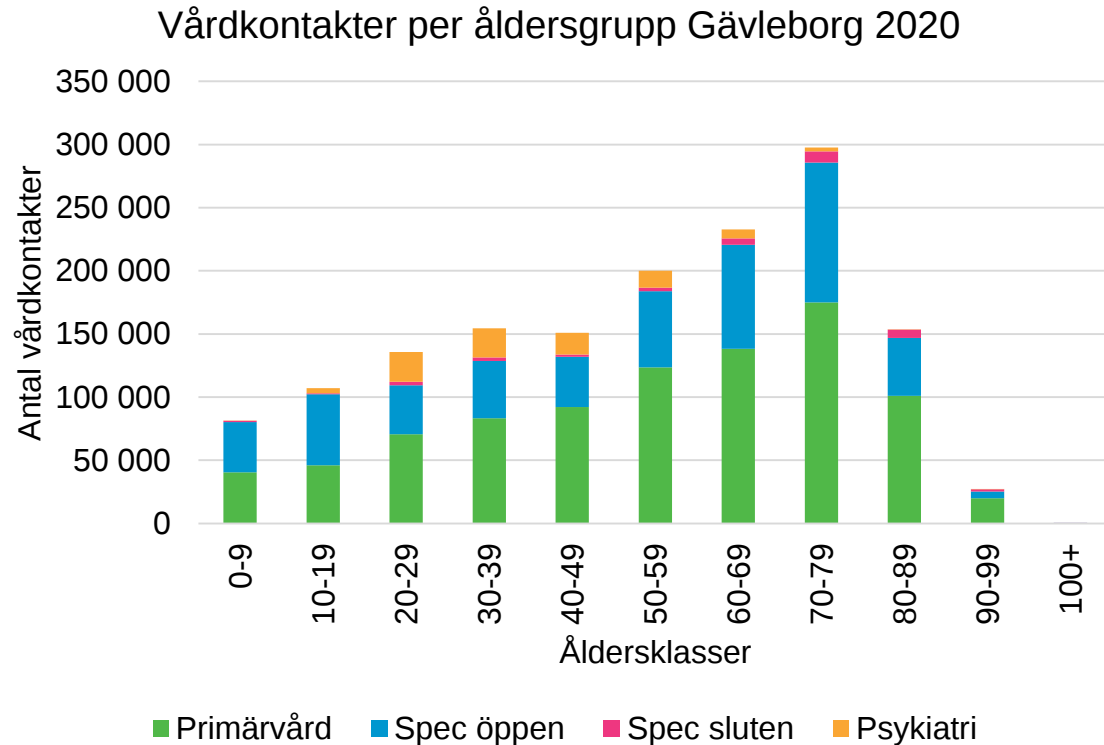
4 procent i befolkningen står för 10 procent av besök och 60 procent av kostnader i specialiserad vård



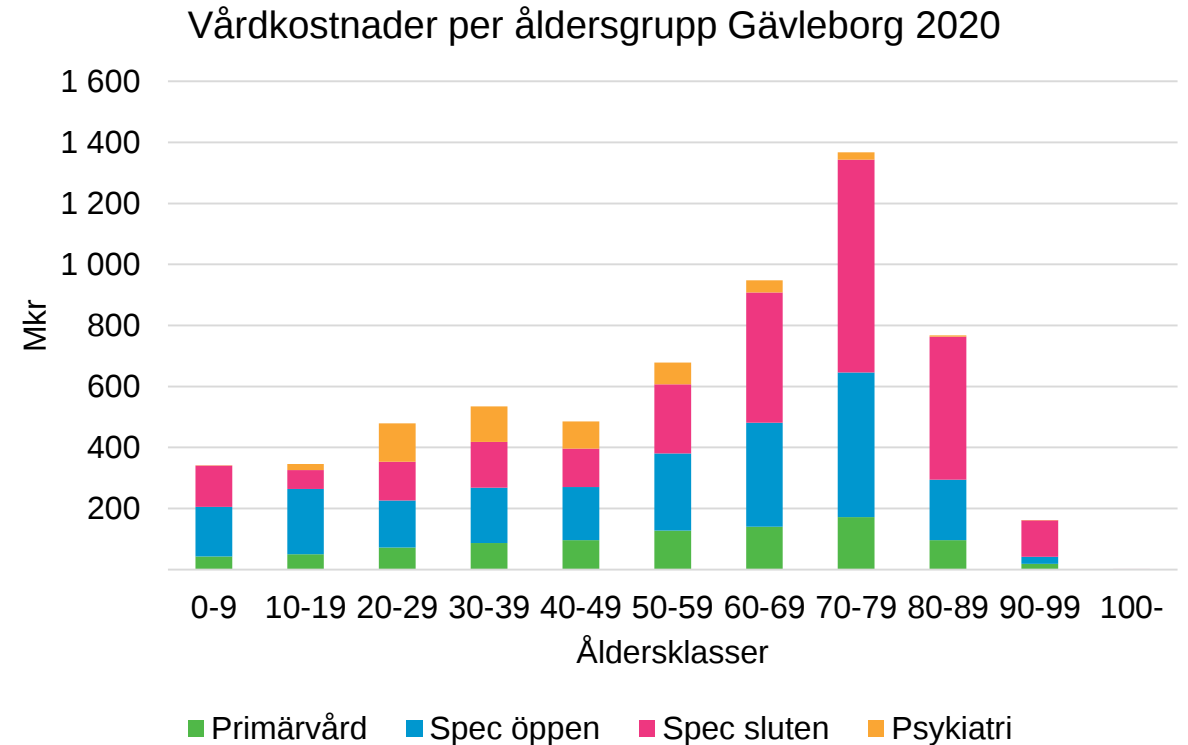
I ett räkneexempel har kostnaderna inom den specialiserade öppna och slutna vården i Gävleborg 2017 sammanställts.

En grupp på 12 212 individer, vilket motsvarar 4 procent i befolkningen, står för 10 procent av besöken i den specialiserade vården och 60 procent av kostnaderna.

Vårdkontakt och kostnad per åldersklass

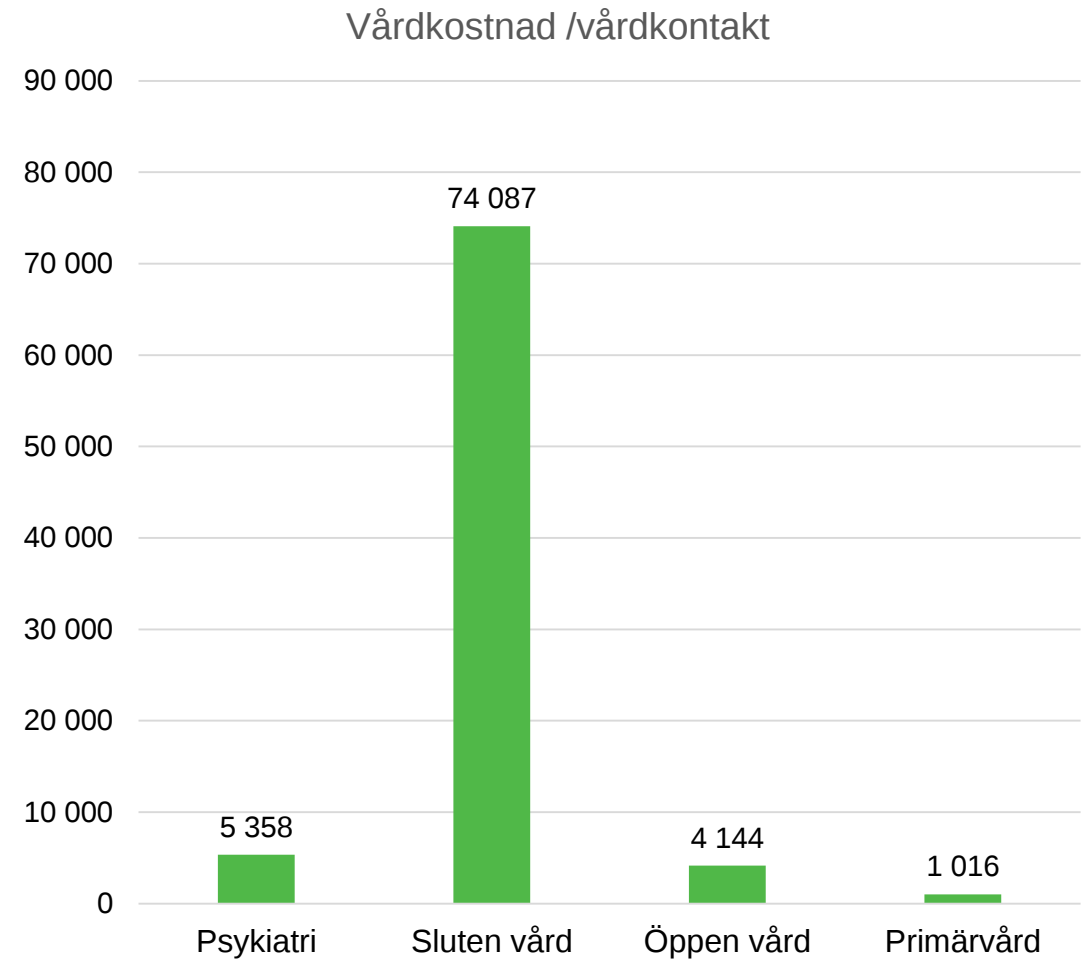
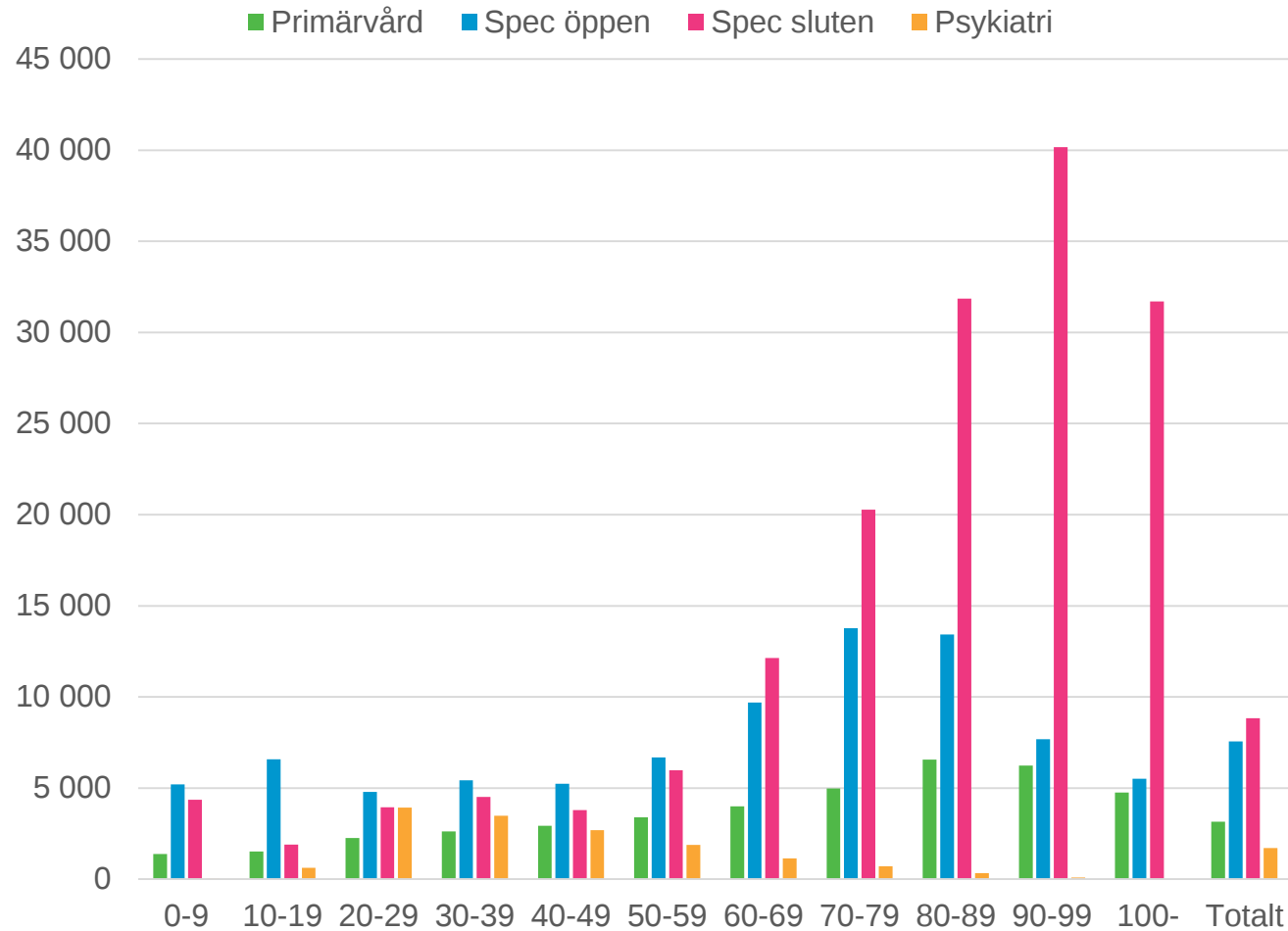


Summa vårdkontakter: 1 541 433



Kostnad: 6 110 mnkr

Regionens vårdkostnader år 2020 per capita i olika åldersgrupper för olika vårdformer



Sammanfattning

- Vi har knappa resurser att förhålla oss till och behöver ta hänsyn till alternativkostnaden.
- Hälsoekonomi hjälper oss att undersöka och förstå hur vi kan använda våra resurser för att ge patienterna så bra och mycket vård som möjligt
- Efterfrågan och kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar och har ökat över lång tid.
- Befolkningen i Sverige och Gävleborg blir allt äldre, vilket kommer kräva mer resurser från hälso- och sjukvården.
- Kostnadseffektivt sjukdomsförebyggande arbete behövs för att lösa ekvationen!



TACK!

Frågor?

Kontakt: rickard.moback@regiongavleborg.se

