

## Hur mycket resurser bör vi lägga på hälso- och sjukvård?

DAVID GRANLUND

Den medicinska vetenskapen gör löpande stora framsteg och som ett resultat blir vi allt friskare och äldre. Ju mer som blir medicinskt möjligt, desto viktigare blir det dock att bestämma vad vi är beredda att betala för. Samtidigt som vården tack vare nya behandlingsmetoder blivit allt bättre dras den med stora problem. Flera av dessa, såsom överbeläggningar som orsakar ökad dödlighet (af Ugglas 2021), beror på alltför begränsade resurser. Begränsade resurser tar även mindre dramatiska former såsom att patienter nekas bättre mediciner, att screening- och vaccinationsprogram begränsas och att införandet av nya behandlingar fördröjs.

Coronapandemin har gjort resursbristen inom vården större och många är överens om att den ska tillföras mer resurser för att beta av vårdskulden som pandemin orsakat. Nu är dock ett bra tillfälle att även diskutera hur bra vård vi vill ha framgent eftersom det påverkar om vården ska planera för en temporär eller permanent resursförstärkning.

I denna artikel belyser jag frågan om Sverige lägger för lite eller för mycket resurser på vård. Inledningsvis förklarar jag varför offentlig subventionering av det slag vi har kan leda till både under- och överkonsumtion av vård. Därefter redogör jag för studier av befolkningens betalningsvilja för hälsa. Detta leder till slutsatsen att många behandlingar som Socialstyrelsen klassificerar som högkostnadsbehandlingar kan vara samhällsekonomiskt lönsamma.

### *Subventioner av vård kan leda till mindre vård*

I dag står hälso- och sjukvården för ungefär 11 procent av Sveriges BNP. Det är en liknande nivå som i de flesta andra länder i nordvästra Europa, men betydligt lägre än i USA där denna andel är 17 procent. Av hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige står staten, regionerna och kommunerna tillsammans för 85 procent, medan hushållens egenavgifter svarar för 14 procent. Den resterande procenten finansieras av företag eller privata sjukvårdsförsäkringar. Det är lätt att tro att en så hög subventionering leder till att för mycket vård konsumeras. Så skulle det också bli med en rak subvention, exempelvis om alla fick köpa den vård de önskade och endast betala 15 procent av kostnaden.

De offentliga medlen går dock i liten utsträckning till efterfrågestyrd vård. Tvärtom bestämmer politiker i de flesta fall vilken total mängd sjukvård som ska produceras. Detta görs genom att ge vårdcentraler och kliniker ersättningar som endast till liten del beror på vilken mängd som produceras. Exempelvis beror endast en liten del av ersättningarna till vårdcentraler på antalet patientbesök. Dessa får i stället fasta ersättningar för varje listad patient, som beror på ålder och socioekonomiska variabler. Detta gör att vårdcentraler oftast<sup>1</sup> bara kan öka sin omsättning på ett lönsamt sätt genom att öka antalet listade patienter. Eftersom antalet patienter som kan listas i en region är givet av befolkningens mängd kan de totala kostnaderna inte öka om politikerna inte beslutar att öka ersättningsbeloppen. Visserligen kan vårdcentraler med ett givet antal listade patienter öka sina intäkter något genom att öka antalet patientbesök. I de flesta fall täcker dock inte ersättningen för ett patientbesök den kostnad det medför, så att göra

### VALSYMPOSIUM

*David Granlund är docent i nationalekonomi vid Umeå universitet. Hans forskning berör främst läkemedelsmarknaden samt offentlig-ekonomiska frågeställningar kring beskattning och sjukvård.*

David.Granlund@umu.se

<sup>1</sup> Jag diskuterar undantagen i nästa avsnitt.

det skulle försämra lönsamheten.

När politiker väljer hur mycket vård som ska produceras är det möjligt att de väljer en mindre volym än den samhällsekonomiskt optimala. Som jag återkommer till i slutet av artikeln kan detta ske om politiker underskattar befolkningens betalningsvilja för vård. Det kan också ske om politiker över-skattar patienters möjligheter att själva köpa till bättre vård. Fortfarande är det dock få svenskar som köper vård. Anledningen är att det finns begränsade möjligheter till *topping up*, dvs att betala enbart merkostnaden, inte hela kostnaden. Personer som utan en skattefinansierad vård hade valt att teckna en sjukförsäkring som gav en bättre vård, exempelvis på kliniker utan överbeläggningar, avstår i de flesta fall från det när det finns en skattefinansierad vård. De begränsade möjligheterna till *topping up* innebär därför att politikens beslut påverkar den totala mängd vård som tillhandahålls, inte bara andelen som finansieras via skatter.

Det finns dock vissa möjligheter till *topping up*. Ett exempel är tandvård där patienter bara behöver betala mellanskillnaden i pris om de i stället för exempelvis behandling i folktandvården väljer en tandläkare med högre timtaxa men kortare väntetid. Denna artikel handlar därmed främst om den vård som inte rör tänderna.

#### *Överkonsumtion av viss typ av vård*

Varför har vi då överkonsumtion av viss vård, dvs att vård konsumeras trots att kostnaderna för denna överskrider värdet? Överkonsumtion kan givetvis uppstå i enskilda fall för att vårdgivare missbedömer vilken hälsoeffekt en behandling kommer att få, eller kostnaden med denna. Överkonsumtion kan även ske på klinker eller vårdnivåer om poli-

tikerna har fördelat anslagen allt för fel. Här kommer jag dock att fokusera på situationer där vårdgivare har incitament att ge efterfrågestyrd vård av så ringa värde att den inte är samhällsekonomiskt motiverad. Detta händer när den ersättning vårdgivaren erhåller är högre än dess kostnader och kostnaderna i sin tur är högre än värdet av vården.

Digital vård kan på grund av dess låga kostnad ibland vara mer kostnadseffektiv än fysiska vårdbesök. Överkonsumtionen av digital vård är ändå ett problem och jag ser två möjliga ekonomiska styrinstrument som kan minska problemet. Det första kan man se om man frågar sig varför patienter vänder sig till digitala vårdgivare trots att den digitala vården inte sällan är hälsovårdsmässigt sämre (exempelvis därför att läkarna kan ha svårare att ställa rätt diagnos på patienter de inte träffar fysiskt).

Svaret ligger nog i att den privata kostnaden är betydligt lägre för digital vård. Dessa privata kostnader påverkar både patienters val om att alls söka vård och val av vårdgivare, exempelvis mellan fysiska och digitala vårdcentraler. Patientavgifterna är noll kr för de som nått taket i högkostnadsskyddet, är under 20 eller över 85 år och mellan 100 och 300 kr beroende på regionen för andra som besöker en allmänläkare.<sup>2</sup> För fysiska vårdbesök är dock ofta kostnaden för patientens tid huvuddelen av den privata kostnaden. Den uppgår exempelvis till kring 300 kr i lägre nettoinkomst för en medelinkomsttagare som tar två timmar ledigt från jobbet för ett läkarbesök. För patienten tar ett digitalt besök ofta betydligt kortare tid. Tidsbesparingen för patienten kan vara än större om ett digitalt läkarbesök ersätter ett besök på en akutmottagning med timplånga väntetider.

Det är givetvis bra att patienter kan

<sup>2</sup> Spannet 100–300 kr gäller även för digitala läkarbesök inom primärvården, <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/patientavgifter.14668.html>.

få vård så snabbt och enkelt i vissa fall, men det är inte önskvärt att så stor del av värdet av denna tidsbesparing tillfaller patienterna. Anledningen är att de privata kostnaderna för vård (inklusive patientavgifter och tidskostnaderna) är ett verktyg att ransonera vården så att patienter avstår att söka vård för lindriga och snabbt övergående besvär. Att de privata kostnaderna för digital vård är så låga innebär att allt för många patienter har incitament att söka digital vård. När politikerna bestämmer patientavgifterna bör de tänka på att dessa bara utgör en del av patienters kostnad och de bör differentiera egenavgifterna mellan digitala och fysiska läkarbesök så att patienternas incitament att söka digitala vård inte blir för starka. I dag är patientavgifterna för digitala vårdkontakter inom primärvården samma eller lägre än de för fysiska besök.<sup>3</sup>

En annan åtgärd för att minska överkonsumtionen av digital vård är att ta ytterligare steg för att minska vårdgivares incitament att erbjuda vård av litet hälsomässigt värde. Sveriges kommuner och landsting (2019) rekommenderar att regionerna framgent inte ska ge ersättning för rådgivning eller bedömning av symtom som inte kräver vård. Dessutom rekommenderade de att utomlänsersättningen för digitala vårdkontakter ska sänkas till 500 kr, från att ha varit 1 800 kr för ett par år sedan (Lindgren 2019). Dessutom föreslår regeringen att patienters möjlighet att byta vårdgivare de är listade hos begränsas till två gånger per år (Regeringens proposition 2021/22:72), vilket minskar möjligheten för digitala

vårdgivare att få de fasta ersättningar som utgår för listade patienter.

Huvuddelen av de digitala vårdbesöken görs av yngre personer med luftvägsinfektion, hudutslag och hosta som vanligaste diagnoser (Gabrielson-Järhult m fl 2019) och provtagning, röntgen eller annan utredning behövs sällan (Svenska Distriktsläkarföreningen m fl 2019). Även en ersättning på 500 kr kommer därför att överskrida kostnaden för många digitala besök. För att minska incitamenten att erbjuda vård av ringa nytta bör det därför övervägas att sänka ersättningen ytterligare, antingen rakt av, eller genom att differentiera besöksersättningarna baserat på exempelvis ålder, socioekonomiska variabler och sjukdomshistorik.<sup>4</sup> Om ersättningen minskas så mycket att den inte längre överskrider vårdgivarnas kostnader per vårdbesök blir konsekvensen att vårdgivarna för digital vård måste prioritera vilka patienter som ska få läkarbesök, vilket redan är fallet för fysiska läkarbesök. En annan konsekvens är att vårdgivare då inte kan specialisera sig på att endast erbjuda digital skattefinansierad vård, givet att patienter inte kan lista sig hos renodlade digitala vårdgivare. Sänkt ersättning skulle även kunna vara ett alternativ till att begränsa patienters rätt att söka vård hos andra vårdgivare än där de är listade.<sup>5</sup>

#### *Betalningsviljan för hälsa och optimal mängd vård*

Det är svårt att veta hur mycket vård som är samhällsekonomiskt optimalt. I länder som Sverige där mängden vård i stor utsträckning bestäms av politiska

<sup>3</sup> Se 1177.se.

<sup>4</sup> En nackdel med differentiering efter sjukdomshistorik är dock att vårdgivare då kan påverka ersättningen genom vilka diagnoser som registreras. Anell och Ellegård (2021) föreslår därför i stället att primärvården delas i två nivåer, där ersättningarna är lägre till vårdgivare inom nivå 1 medan nivå 2 reserveras för personer med större behov.

<sup>5</sup> Bland andra Molin (2022) tolkar Regeringens proposition (2021/22:72) som att regeringen föreslår att denna rätt ska begränsas, medan Nilsson m fl (2022) kritiserar regeringen för att vara otydlig om rätten att söka vård hos andra vårdgivare.

beslut, kan felaktiga beslut tas för att politiker felbedömer vårdens effektivitet eller väljarnas värdering av längre livslängd och bättre hälsa. Väljarna har i sin tur liten kunskap om den marginella hälsoeffekten av förändringar i vårdbudgeten. De har därför små förutsättningar att rösta bort politiker som satsar mer eller mindre på vården än vad väljarna skulle ha föredragit om de haft fullständig information.

Inte heller länder som litat mer på marknadskrafterna erbjuder något facit om hur mycket resurser som vården bör tillföras. Kostnaderna för många behandlingar är för stora för att kunna bäras av ett enskilt hushåll. I frånvaro av offentligt finansierad vård behövs därför sjukvårdsförsäkringar, men marknaderna för dessa fungerar inte effektivt, bl a på grund av negativ selektion (Cutler och Reber 1998; Handel 2013). Denna selektion uppstår eftersom personer som vet att de har hög risk för sjukdom tenderar att välja generösa sjukvårdsförsäkringar, exempelvis med låga patientavgifter, valmöjlighet mellan sjukhus, rätt till en *second opinion*, osv. En mer generös försäkring måste därför ha högre avgifter av två anledningar: Eftersom den medför högre kostnad för en given försäkringstagare och eftersom den lockar till sig sjukare och därmed dyrare försäkringstagare. Sådan selektion leder till att försäkringstagare tecknar mindre omfattande sjukvårdsförsäkringar än vad de annars skulle ha gjort och att vissa helt avstår från att skaffa sjukvårdsförsäkring. Konsekvensen blir att mindre resurser läggs på vård än vad som vore samhällsekonomiskt optimalt, såvida det inte motverkas av andra faktorer såsom subventioner.

Hur kan då välvilliga politiker bete sig för att vårdens resurser ska hamna på samhällsekonomiskt optimal nivå?

Ett sätt är att försöka få fram beräkningar på hur mycket olika sjukvårdsförsäkringar bör subventioneras för att kompensera för negativ selektion och andra marknadsmisslyckanden och, förutom att införa dessa subventioner, lita på marknadskrafterna. Detta alternativ passar bäst för politiker som inte ser ojämlikhet i hälsa som ett problem och som ser ”vård efter betalningsvilja” som en bättre princip än den svenska sjukvårdslagens nuvarande formulering om vård efter behov.

Ett annat sätt är att se till att hälsoekonomiska utvärderingar görs av potentiella insatser och sedan säkerställa att de vars kostnad underskrider medborgarnas betalningsvilja inkluderas i den skattefinansierade vården. Hälsoekonomiska utvärderingar blir allt vanligare i Sverige. Bland annat görs sådana inför Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) beslut om vilka läkemedel som ska omfattas av högkostnads skyddet. Även Statens beredning för medicinsk utvärdering, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och många regioner använder hälsoekonomiska utvärderingar. Bland de internationella förebilderna finns bl a National Institute for Clinical Excellence i England och Wales.

En vanlig metod för att göra hälsoekonomiska utvärderingar är att först beräkna hur många kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) insatsen ger och vad den kostar. Olika hälsotillstånd har olika QALY-vikter som baseras på människors värdering av hälsotillståndet. Ett värde på noll motsvarar döden medan ett levnadsår med perfekt hälsa motsvarar en QALY. Sedan jämförs kostnaden per QALY med ett gränsvärde. För att samhällsekonomiskt optimum ska nås bör gränsvärdet motsvara betalningsviljan för en QALY.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Se Johannesson (1995) för en diskussion om förhållandet mellan kostnad/QALY-analyser och samhällsekonomiska kostnads-nyttoanalyser (CBA) och under vilka förutsättningar beslut baserade på kostnad/QALY-analyser är samhällsekonomiskt effektiva.

Hultkrantz och Svensson (2021) beräknade betalningsviljan per QALY i Sverige till 0,8 mnkr baserat på en metaanalys i Kouakou och Pöder (2022) av direkta uppskattningar av betalningsviljan för en QALY.<sup>7</sup> Ett annat sätt är att uppskatta värdet av ett statistiskt liv och dividera det med förväntat återstående antal QALY. Hultkrantz (2020) rapporterar att denna metod ger ett värde på 2,6 miljoner kr när Trafikverkets värde på ett statistiskt liv används. Herrera-Araujo m fl (2020) visar att värderingen av mer hälsa eller längre livslängd kan bero på den initiala nivån av hälsa och livslängd eftersom betalningsviljan per QALY kan vara avtagande i antal QALY. Deras beräkningar visar att detta kan förklara huvuddelen av skillnaden i den betalningsvilja som de två metoderna ger. När betalningsviljan per QALY uppskattas direkt fås ett värde som ligger nära den sanna betalningsviljan för dem som redan har god hälsa, medan den andra metoden ger ett värde som ligger nära den sanna betalningsviljan för dem vars referenspunkt är kort levnadslängd eller mycket dålig hälsa. Det finns därmed skäl att använda olika värderingar per QALY baserat på vad referenspunkten är: En knapp miljon för personer med bra hälsa och hög förväntad livslängd och runt 2,5 miljoner kr för personer som utan åtgärden (vare sig denna är ett mitträcke, eller livräddande behandling) skulle dö mitt i livet.

Hur förhåller sig då svenska myndigheters gränsvärden till dessa värderingar? En analys av Nilsson m fl (2014) tyder på att TLV:s betalningsvilja för beslut tagna 2005–11 och omräknat till 2017 års priser låg på 0,8 miljoner kr för ej allvarliga sjukdomar och 1,4 miljoner kr för allvarliga sjukdomar. TLV:s betalningsvilja kan därmed stämma väl

överens med befolkningens betalningsvilja (såvida kategorien med allvarliga sjukdomar inte inkluderade allt för många väldigt allvarliga sjukdomar).

Socialstyrelsen har inte fastställt någon exakt gräns, men i nationella riktlinjer (exempelvis Socialstyrelsen 2020) definierar myndigheten en låg kostnad per QALY som under 100 000 kr, en hög kostnad som över 500 000 kr och en mycket hög kostnad per QALY som över en miljon kr. Som nämnts tyder dock de studier som gjorts på att befolkningen anser att en kostnad på en dryg miljon kr per QALY är rimlig, snarare än mycket hög. En möjlighet är dock att Socialstyrelsen med ”låg”, ”hög” och ”mycket hög” inte avser att jämföra med befolkningens betalningsvilja, utan med behandlingar som rymms inom regionernas rådande budgetramar. Om budgetramarna är fasta på en för låg nivå kan man nämligen inte rekommendera att alla samhällsekonomiskt lönsamma behandlingar genomförs, utan i stället får man rekommendera att de mest lönsamma genomförs.

På denna punkt vore det önskvärt med större tydlighet eftersom både myndigheter och politiker riskerar att tolka Socialstyrelsens klassificering som en indikation på värdet av en QALY. Exempelvis verkar Folkhälsomyndigheten (2020, s 8–9) tolka Socialstyrelsens klassificering som att betalningsviljan för en QALY är 500 000 kr. Det finns också en risk att politiker och väljare utifrån Socialstyrelsens språkbruk tror att det är ekonomiskt motiverat att avstå från behandlingar som kostar en dryg halv miljon kr per QALY. I så fall riskerar det att bidra till att vårbudgetarna ligger kvar på för låg nivå. Jag föreslår därför att Socialstyrelsen uppdaterar sin klassificering och tydliggör att behand-

<sup>7</sup> Metaanalysen kan dock kritiseras för att den inte uteslöt studier med orimligt låga estimat, men uteslöt studier med orimligt höga estimat.

lingar som kostar en dryg halv miljon kr per QALY är samhällsekoniskt motiverade och att kostnader upp till ett par miljoner kan vara motiverade för de allra svåraste sjukdomarna.

## REFERENSER

Anell, A och L M Ellegård (2021), "En digifysisk primärvård med bättre prioritering efter behov", *Ekonomisk Debatt*, årg 49, nr 5, s 65–69.

Cutler, D M och S J Reber (1998), "Paying for Health Insurance: The Trade-off between Competition and Adverse Selection", *Quarterly Journal of Economics*, vol 113, nr 2, s 433–466.

Folkhälsomyndigheten (2020), "Hälsoekonomiska utvärderingar av förebyggande insatser inom områdena alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar (ANDTS) – litteraturoversikt om kostnadseffektivitet", artikelnummer 20173, Folkhälsomyndigheten, Solna.

Gabrielsson-Järhult, F, K Areskoug Josefsson och P Kammerlind (2019), "Digitala vårdmöten med läkare – rapport av kvantitativ och kvalitativ studie", rapport, Jönköping University.

Handel, B R (2013), "Adverse Selection and Inertia in Health Insurance Markets: When Nudging Hurts", *American Economic Review*, vol 103, nr 7, s 2643–2682.

Herrera-Araujo, D, J K Hammitt och C M Rheinberger (2020), "Theoretical Bounds on the Value of Improved Health", *Journal of Health Economics*, vol 72, s 1–15.

Hultkrantz, L (2020), "Värdet av ett statistiskt liv och covid-19", *Ekonomisk Debatt*, årg 48, nr 8, s 46–54.

Hultkrantz, L och M Svensson (2021), "The Economic Cost of Covid-19 Illness: The Case of Iceland, Norway, and Sweden", manuskript, Örebro universitet.

Johannesson, M (1995), "The Relationship between Cost-Effectiveness Analysis and Cost-Benefit Analysis", *Social Science and Medicine*, vol 41, s 483–489.

Kouakou, C R och T G Pöder (2022), "Willingness to Pay for a Quality-adjusted Life Year: A Systematic Review with Meta-regression", *The European Journal of Health Economics*, vol 23, s 277–299.

Lindgren, P (2019), *Ersättningen och e-hälsan*, SNS Förlag, Stockholm.

Molin, I (2022), "Regeringen bör skrota sitt förslag om primärvården", *Dagens Nyheter*, 26 januari 2022.

Nilsson, F O L, M Svensson och K Arnberg (2014), "Reimbursement Decisions for Pharmaceuticals in Sweden: The Impact of Cost-effectiveness and Disease Severity", *Value in Health*, vol 17, nr 7, s A327.

Nilsson, S, A W Jonsson och M Aphram (2022), *Motion 2021/22:4363 med anledning av prop. 2021/22:72 Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*.

Regeringens proposition (2021/22:72), *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*.

Socialstyrelsen (2020), "Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – stöd för styrning och ledning", Socialstyrelsen, Stockholm.

Svenska Distriktsläkarförbundet, Distriktsläkarförbundet i Stockholm och Svensk förening för allmänmedicin (2019), "Hälsoekonomiskt vansinne att ersätta nätläkare på löpande räkning", 7 januari 2022, hämtad från <https://slf.se/>.

Sveriges kommuner och landsting (2019), "Meddelande från styrelsen – utvecklingen av digitala vårdtjänster", SKR, Årendenr 18/05148, Sveriges kommuner och landsting, Stockholm.

af Ugglas, B (2021), "Hur påverkas patientsäkerheten av överbelastade akutmottagningar och vårdplatsbrist?", *SNS Analytisk* 76, Stockholm.