

LENNART FRIDÉN

## Sjukvården på 1990-talet — vart tar efterfrågesidan vägen?

Det händer mycket i svensk sjukvård för närvarande — åtminstone på det verbala planet. Orsaken är brist på resurser både i det korta och det långa perspektivet. Ett exempel på de mer akuta problemen är årets budgetdiskussion i Stockholms läns landsting där det inte längre rör sig om marginella prutningar utan om nedläggning av hela sjukhus för att få debet och kredit att gå ihop. I det mera långsiktiga perspektivet är frågan i första hand vilka strukturella förändringar — framför allt i form av inslag av marknadsmekanismer — som krävs för ett effektivare resursutnyttjande. Diskussionen har en påtaglig fokusering på utbudssidan: hur skall man få ut mera av de resurser som satsas på vården. Däremot sägs inte mycket om storleken på den efterfrågan — eller om man så vill det behov — som utbudet skall tillgodose.

Det är just detta som följande inlägg handlar om; man har i diskussionen om sjukvårdens framtid tappat bort efterfrågesidan. Det finns skäl att tro att efterfrågan ökar så snabbt att de reformer som planeras på utbudssidan inte är tillräckliga för att skapa balans. Låt oss börja med att granska några relativt färskta rapporter som behandlar sjukvården under 1990-talet.

### Vad säger LU?

Långtidsutredningen (SOU 1990:14) behandlar sjukvårdssektorn i två separata

*Ekonomisk dr LENNART FRIDÉN är utredare vid Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting.*

bilagor och, relativt kortfattat, i huvudbetänkandet. Under rubriken "efterfrågan på vård" presenteras i huvudbetänkandet en sk baskalkyl över vårdkonsumtionens utveckling. Baskalkylen som enbart bygger på befolkningsutvecklingen visar hur den sammanlagda vårdkonsumtionen skulle öka vid oförändrad vårdkonsumtion per capita i olika åldersklasser. Beräkningarna, som utgår från SCBs befolkningsprognos, återfinns i Landstingsförbundets LU-bilaga (Landstingsförbundet [1990]). Metoden innebär att man i princip fryser vårdstandarden i olika åldrar vid dagens nivå och skriver fram konsumtionen med hjälp av befolkningsdata. Risken för underskattning av den framtida värdeefterfrågan blir naturligtvis stor. LU påpekar också att baskalkyler — dvs den metod man valt — är mindre lämpade när det gäller att förutse den framtida utvecklingen. Landstingsförbundet har modifierat baskalkylen genom att göra ett tillägg för ökad efterfrågan på grund av medicinsk-teknisk utveckling. Därigenom skulle sjukvårdskonsumtionen öka med närmare 2 procent per år under 1990-talet, att jämföra med baskalkylens cirka 1 procent. Utöver detta menar Landstingsförbundet att det finns betydande krav och behov som måste tillgodoses. Huvudbetänkandet hänvisar emellertid till det begränsade utrymmet för offentlig konsumtion och prutar ned Landstingsförbundets krav på resurser. Vilken expansionstakt för sjukvården som LU räknar med framgår inte explicit, men skrivningen antyder att den ligger mellan 1,5 och 2 procent per år som genomsnitt för 1990-talet.

Därmed inte sagt att efterfrågan på sjukvård kommer att öka med 1,5–2,0

procent per år under innevarande decennium. LU bör väl i stället tolkas så att sjukvårdskonsumtionen under 1990-talet vid oförändrad produktivitet inom sjukvårdssektorn kommer att öka i denna takt. Men – och här kommer LUs andra vårdbilaga in i bilden – en reformering av sjukvårdssektorn kan leda till en förbättrad produktivitet som ger utrymme för en snabbare ökning av vårdkonsumtionen. I bilagan, skriven av Åke Blomqvist, görs jämförelser med sjukvårdssystemen i USA, Kanada och Storbritannien (Blomqvist [1990]). Blomqvist diskuterar framför allt effektiviteten i produktionen av sjukvårdstjänster, men tar också upp försäkringssystem ur olika aspekter. Bilagan avslutas med ett antal förslag till reformer inom det svenska sjukvårdssystemet. Bland förslagen ingår ökad decentralisering, och inslag av konkurrens, bland annat genom införandet av valfrihet för patienten. I denna del rör det sig sålunda i mångt och mycket om idéer som redan ingår i det pågående reformarbetet. När det gäller försäkringssystem menar Blomqvist bland annat att det bör finnas möjlighet att välja mellan alternativa former av offentlig försäkring. Dessutom bör det vara tillåtet att ersätta den offentliga försäkringen med en privat och därigenom erhålla en viss skattereduktion.

Blomqvist anger ett antal vägar att förbättra produktiviteten inom vården. För att få en uppfattning om hur stora produktivetsförbättringar som krävs för att uppnå balans mellan utbud och efterfrågan måste vi känna till efterfrågans storlek. Att baskalkylen bara fångar en del av utvecklingen är uppenbart. Frågan är hur stor den delen är. Här kan vi få hjälp av två forskningsrapporter som nyligen publicerats.

#### Vad säger forskarna?

Befolkningsutvecklingen spelar en underordnad roll för sjukvårdskostnadernas utveckling. Detta är en av slutsatserna i en

rapport av Ulf-G Gerdtham från Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi vid Linköpings universitet (Gerdtham [1990]). Gerdtham har studerat åldersstrukturens effekter på sjukvårdskostnaderna och konstaterar att endast en liten del av de stigande sjukvårdskostnaderna kan förklaras av befolkningsvariabeln. Samma slutsats redovisas i en ESO-rapport om sjukvårdskostnaderna i framtiden skriven av Ulf-G Gerdtham och Bengt Jonsson [1990]. Rapporten från ESO utgör i stort sett en sammanfattning av Gerdthams ovan nämnda studie som kompletterats med en analys av konsekvenserna för finansieringen och för kontrollen av kostnadsutvecklingen.

Tidigare utförda studier har visat att de äldre svarar för en hög och stigande andel av sjukvårdskonsumtionen, men att den förändrade åldersstrukturen inte kan förklara mer än en mindre del av sjukvårdens tillväxt. Effekten väntas dessutom bli än mindre i framtiden. Gerdthams egna kalkyler använder i princip samma ansats, men bygger på bättre statistikmaterial samt viss metodutveckling. (Rubriken på en av bilagorna – "Misspecifikationsanalys av den använda prediktionsmodellen" – antyder metodutvecklingens inriktning.)

Enligt Gerdthams beräkningar skulle effekten av befolkningsstillväxten och den ändrade åldersstrukturen på vårdkonsumtionen (inklusive tandvård och läkemedel) sammantaget uppgå till i genomsnitt 1,0 procent per år under perioden 1970–85. Därmed skulle befolkningseffekten svara för endast 25 procent av vårdkostnadernas ökning.

På motsvarande sätt har Gerdtham beräknat befolkningsutvecklingens betydelse för sjukvårdskonsumtionen ända fram till 2025(!). Resultaten visar att effekten varierar kraftigt mellan olika tioårsperioder, men att den genomgående är lägre än för perioden 1970–85. För åren 1985–95 blir den sammanlagda effekten av folkökning och åldersstruktur 0,7 pro-

cent per år och för perioden 1995–2005 0,07 procent per år.

Gerdthams slutsats blir sålunda att tidigare slutsatser står sig: befolkningsutvecklingen har spelat en underordnad roll för sjukvårdskostnaderna och kommer att spela en ännu mindre roll i framtiden.

Nu kan man med en kanske något ansträngd travestering säga att:

”Det som är sanning i Linköping är bara dåligt skämt i Lund”.

Åtminstone om man får tro Rolf Ohlsson, demograf och ekonomisk historiker vid Lunds universitet. Ohlsson har i en rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund studerat befolkningsutvecklingens effekter på sjukvårdskostnaderna och kommit till slutsatsen att befolkningsförändringarna spelat en betydande roll för sjukvården under 1980-talet och att den nuvarande sjukvårdskrisen i stor utsträckning är demografiskt betingad (Ohlsson [1990]). Ohlsson gör också en framskrivning av det ”demografiska trycket” för perioden 1983–2005 och menar att Gerdtham kraftigt underskattat befolkningseffekten. Enligt Ohlsson skulle effekten uppgå till 0,8 procent per år eller dubbelt så mycket som i Gerdthams beräkningar. En del av skillnaden förklaras av att Ohlsson använt en senare befolkningsprognos. Huvuddelen av differensen beror dock på att han använt annat material och annan metodik.

Metodikens presenteras som ”troligen unik i världen” och kan därför motivera en extra kommentar. Det finns ingen officiell statistik över vårdkostnader efter ålderskategorier. Gerdtham försöker lösa detta problem med hjälp av ekonomiska skattningar. Ohlsson går däremot runt problemet genom att helt sonika anta att på varje klinik är kostnaden per vård dag densamma för alla ålderskategorier. Den redovisade vårdkostnaden per åldersklass kommer därigenom att bestå av en något svårtolkad produktsumma av ål-

dersspecifika vårddagar och kliniks-specifika vårddagskostnader.

Ett annat inslag i Ohlssons metodik är att de äldre redovisas uppdelade i ett antal åldersklasser och inte, som bland annat hos Gerdtham, slås samman i grova aggregat. Det är viktigt med en sådan uppdelning eftersom huvuddelen av vårdkonsumtionen ligger i de högre åldrarna. Däremot är det knappast korrekt att påstå att ansatsen är unik. Det finns fler liknande exempel; Landstingsförbundets LU-bilaga är ett.

Ytterligare en egenhet i Ohlssons metodik är att materialet är uppdelat på ett-årsklasser. I flera åldersklasser uppkommer därigenom problem med alltför få observationer. Tyvärr saknas en principiell diskussion om för- och nackdelar med den höga detaljeringsnivån.

#### Vad blir slutsatsen?

Vad blir då slutsatsen om befolkningsutvecklingens betydelse? Utan att ha trängt in i alla metodologiska finesser skulle jag vilja formulera den på följande sätt: Ohlsson har rätt i att Gerdthams åldersindelning leder till en underskattning av befolkningseffekten. Detta hindrar dock inte att Gerdthams slutsats fortfarande håller: befolkningsutvecklingen har varit och kommer att vara av underordnad betydelse. Befolkningseffekten har även enligt Ohlssons kalkyler svarat för en mindre del av expansionen inom sjukvården. Den har också varit mindre än BNP-tillväxten. Slutsatsen måste därför bli att baskalkylen genomgående underskattar efterfrågans expansion.

Det bör i ärlighetens namn erkännas att även vi i Stockholms län har använt oss av en ”baskalkyl” när vi diskuterat sjukvårdens långsiktiga utveckling (Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting [1990]). Den ger en ökning av vårdkonsumtionen på drygt 1 procent per år under 1990-talet. Motsvarande kalkyl för 1980-talet resulterar i en något högre

befolkningseffekt. I vårt fall utgör dock baskalkylen en av flera komponenter i ett försök att ta fram ett minimalalternativ för sjukvårdskostnadernas storlek år 2000.

Varför finns det skäl att tro att efterfrågan på sjukvård kommer att öka väsentligt snabbare under 1990-talet än vad baskalkylerna indikerar? En faktor har redan nämnts, den medicinsk-tekniska utvecklingen. Denna har resulterat i ett antal nya diagnos- och behandlingsmetoder som kan komma att efterfrågas i allt större utsträckning. Den tekniska utvecklingen har ofta den egenskapen att den ökar efterfrågan snarare än att minska resursåtgången. En sådan effekt är den sk medicinska paradoxen. Den innebär att nya behandlingsmetoder främst leder till att patienter kan hållas vid liv och efterfråga ytterligare vård. Gerdtham och Jönsson [1990] visar att sjukvårdskostnaderna per capita ökat väsentligt snabbare för de äldsta än för övriga åldersklasser. En förlängning av denna utveckling skulle under 1990-talet leda till en ökning av de sammanlagda sjukvårdskostnaderna på drygt 3,5 procent per år, dvs avsevärt mer än enligt baskalkylen.

En annan faktor är den ekonomiska utvecklingen. Det finns ett tydligt samband mellan BNP och sjukvårdskostnaden; när BNP stiger ökar sjukvårdskostnaderna, men i ännu snabbare takt.

Till detta kommer att det redan i utgångsläget finns ett betydande efterfrågeöverskott som bland annat tar sig uttryck i långa köer. Det förefaller därför något optimistiskt att som LU räkna med att produktivetsförbättringarna skall vara tillräckliga för att sluta gapet mellan utbud och efterfrågan och därigenom uppnå målet "en god och lika vård åt alla".

Visserligen finns i utgångsläget förmodligen en betydande potential för produktivetsförbättringar. Men det är inte helt givet att den nuvarande sjukvårdsorganisationen besitter den flexibilitet som krävs för att snabbt utnyttja denna potential. Dessutom är de tjänster som produ-

ceras inom vissa delar av vården av en sådan art att det kan vara svårt att föreställa sig hur en långsiktig och kontinuerlig produktivetsförbättring skulle se ut. Därför verkar det inte realistiskt att räkna med att hela anpassningsbördan skall läggas på utbudssidan.

De förändringar som diskuterats på utbudssidan innebär framför allt ett ökat inslag av marknadsmekanismer. Av flera skäl förekommer inte motsvarande diskussion när det gäller efterfrågesidan. Ett av skälen är att sjukvård har sådana egenskaper att en traditionell marknadslösning inte ger önskade resultat. Blomqvist tar i sin LU-bilaga upp denna fråga i ett avsnitt som behandlar marknadsmekanismens begränsningar inom sjukvården. Ett annat skäl är det övergripande målet för sjukvården. "Vård på lika villkor" förutsätter att ekonomiska förhållanden inte får påverka den enskildes möjligheter att erhålla vård. Därmed inte sagt att avgifter helt saknas inom svensk sjukvård. Blomqvist påpekar att de svenska avgifterna är relativt höga jämfört med situationen i Storbritannien och Kanada. Samtidigt är han beredd att acceptera att vårdkonsumenterna svarar för en större andel av kostnaderna. Målet om "jämlig vård" skulle då tolkas så att alla har tillgång till "nödvändig" vård, medan de som önskar kompletterande vård själva får svara för kostnaderna. Vad som bör ingå i "nödvändig" vård skulle avgöras genom politiska och medicinska beslut.

Ett mera renodlat sätt att utnyttja avgifter redovisas i en studie som Lars Söderström gjort på uppdrag av Regionplane- och trafikkontoret i Stockholms läns landsting (Söderström [1990]). Söderström har diskuterat olika finansieringsalternativ och skisserat en modell som innehåller kostnadstäckande avgifter i kombination med ett högkostnadsskydd. Modellen får bland annat till följd att vårdkonsumtionen minskar, liksom behovet av skattefinansiering.

Även om denna medicin sannolikt är

alltför besk för dagens sjukvårdspolitik är det värt att notera att det bland aktuella åtgärder även finns förslag om ökade avgifter. Syftet med avgiftshöjningarna är dock inte att minska vårdkonsumtionen utan att styra den från vissa vårdtyper till andra (tex från specialist- till öppenvård).

### Sammanfattning

Ett försök att sammanfatta de ovanstående resonemangen i några korta punkter kan se ut på följande sätt:

Det stora intresse som ägnas åt reformer på sjukvårdens utbudssida har lett till att efterfrågan hamnat i skymundan.

I brist på bättre underlag har efterfrågebedömningarna kommit att domineras av detaljerade kalkyler baserade på befolkningsutvecklingen. Dessa kalkyler underskattar efterfrågeutvecklingen.

Reformerna på utbudssidan kommer att leda till ökad produktivitet. Detta räcker dock inte för att eliminera köerna inom vården.

Även på efterfrågesidan behövs någon form av anpassning, om inte en stadigt ökande andel av våra resurser skall gå till sjukvården.

### Referenser

- Blomqvist, Å, [1990], *Svensk hälso- och sjukvårdspolitik i internationellt perspektiv*. Bilaga 11 till Långtidsutredningen 1990.
- Gerdtham, U-G, [1990], *Den förändrade åldersstrukturens effekter på sjukvårdskostnaderna*. Rapport 1990:3, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet.
- Gerdtham, U-G, Jönsson, Bengt, [1990], *Sjukvårdskostnader i framtiden – vad betyder åldersfaktorn?* Rapport till ESO. Ds 1990:39.
- Landstingsförbundet, [1990], *Landsting för välfärd*. Bilaga 14 till Långtidsutredningen 1990.
- SOU 1990:14, *Långtidsutredningen 1990*.
- Ohlsson, R, [1990], *Sjukvårdskostnader och demografisk struktur*. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund.
- Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting, [1990], *Vårdkostnader år 2000*.
- Söderström, L, [1990], *"Sjukvårdens finansiering. En diskussion om alternativa betalningsmodeller"*. Rapport. Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting.