

## Hälsa, vård och tillväxt

### BOKANMÄLAN

År 1900 var förväntad livslängd i Sverige 51 år för män och 53 år för kvinnor. Hundra år senare är den 77 år för män och 82 år för kvinnor. Valfärdsvinsten av att vi svenskar lever längre och friskare liv än någonsin tidigare är enorm. Faktum är att värdet av den förbättrade hälsan under perioden är ungefär lika stort som ökningen i värdet av konsumtion av varor och tjänster. Det är dock först på senare år som detta sjukvårdens tillväxtperspektiv börjat uppmärksammas. Att detta ämne förtjänar att tas på allvar indikeras redan i titeln på Valfärdspolitiska rådets rapport 2004, *Hälsa, vård och tillväxt*, av Bengt Jönsson, Göran Arvidsson, Lars-Åke Levin och Clas Rehnberg. Författarna betonar att det är hög tid att börja betrakta hälsa som en ekonomisk nytthet och svensk sjukvård som en möjlig tillväxtmotor.

Just kopplingen mellan hälsa och ekonomisk tillväxt ägnas ett kapitel i *Hälsa, vård och tillväxt*, liksom sjukvårdens internationalisering och dess roll som potentiell tillväxtmotor. Övriga kapitel i denna läsvärda och angelägna rapport behandlar så vitt skilda ämnen som sjukvårdens kostnader, resurser och produktivitet liksom dess finansiering, individuell sjukvårdsförsäkring, ägarformens betydelse, sjukvårdens styrning och prioriteringar, sjukfrånvaro och sjukförsäkringssystem, samt läkemedelsmarknaden. I ett sammanfattande kapitel presenteras ett reformförslag i tio punkter för svensk sjukvård. Därutöver redogörs i ett appendix för sjukvårdsreformer i Danmark, Norge och Tyskland. Ambitionen med rapporten är att bidra med en genomlysning av svensk sjukvårds ekonomiska aspekter

liksom att presentera ett diskussionsunderlag för det viktiga förändringsarbete denna sektor står inför. Det är i sanning en grannliga uppgift. Icke desto mindre har rapportförfattarna producerat en synnerligen gedigen och välskrivna introduktion till området.

Trots sjukvårdens betydande roll som välfärdsskapare är det fortfarande vanligt att den omnämns i termer av den ”tärande” sektorn. I debatten om svensk sjukvård har senare års kostnadsökningar lyfts fram som ett stort problem. Kostnaderna för sjukvården uppgick 2002 till ca 200 miljarder kronor. Efter en minskning i samband med 1990-talskrisen, har kostnaderna efter 1996 ökat med i genomsnitt 4 procent per år i fasta priser. Sveriges sjukvård kostade 2002 motsvarade 9,2 procent av BNP, vilket naturligtvis är betydligt mer än vad någon bedömare kunde ana för 40 år sedan, men likväl mindre än vad sjukvården kostade som andel av BNP i exempelvis USA (14,6%), Schweiz (11,2%) och Tyskland (10,9%). Utgifterna för hälso- och sjukvård har stigit med ökat materiellt välstånd i alla länder. Mäniskor tycks prioritera konsumtion av hälso- och sjukvård när de blir rikare – en utveckling som med största sannolikhet kommer att fortgå. David Cutler, ekonom vid Harvard University, har inga principiella invändningar mot att sjukvårdsutgifter inom en icke avlägsen framtid utgör runt 30 procent av BNP (Economist 2004).

Om vi tar sjukvårdens välståndsskapande roll på allvar, vore det då inte – såsom gjorts gällande av flera svenska debattörer och politiker under senare år – rationellt att tillföra sjukvården väsentligt ökade resurser? Så enkelt är det inte, framhåller författarna av *Hälsa, vård och tillväxt*. Förvisso kan välriktade och väl genomtänkta sjukvårdssatsningar leda till bättre hälsa, vilket naturligtvis ökar välståndet i sig. Minskad dödlighet och

*Hälsa, vård och tillväxt.*  
Valfärdspolitiska rådets  
rapport 2004.  
Bengt Jönsson, Göran  
Arvidsson, Lars-Åke  
Levin och Clas Rehn-  
berg. SNS Förlag,  
2004, 259 sidor,  
ISBN 91-7150-981-X.

sjuklighet under unga år samt i yrkesverksam ålder verkar dessutom ytterligare välbefinnande, dels eftersom avkastningen på humankapitalinvesteringar därmed ökar, dels eftersom den arbetsföra delen av befolkningen växer – effekter som båda bidrar till högre ekonomisk tillväxt. När Commission on Macroeconomics and Health (2001), under Columbiaekonomen Jeffrey Sachs ledning, propagerat för en väsentlig ökning i hälsorelaterat bistånd till utvecklingsländer i syfte att bekämpa HIV/AIDS och malaria har man resonerat på liknande sätt.

Problemet är att konsumtionsviljan för hälso- och sjukvård i princip är oändlig medan resurserna är begränsade. Författarna framhåller att detta problem förvärras av att framtidens läkemedel torde präglas av hög medicinsk effektivitet i kombination med höga priser. Så länge Sverige tillhörde världens rikaste länder gick det bra att utnyttja de dyraste och bästa läkemedlen. Men i en tid då Sveriges tillväxt sjunkit betydligt i jämförelse med främst USA – där merparten av världens läkemedel utvecklas och introduceras – kommer den relativa belastningen på vår ekonomi att öka. En diskussion om hur Sverige ska säkra en högkvalitativ sjukvård i framtiden är således nödvändig och i längden oundviklig.

En sådan diskussion kan föras utifrån främst två utgångspunkter. Dels utifrån huruvida sjukvårdens finansiering bör förändras i syfte att öka de tillgängliga resurserna. Dels utifrån i vilken utsträckning de idag tillgängliga resurserna används på ett effektivt sätt. Låt mig först beröra frågan om hur sjukvården bör finansieras, vilken i sin tur sönderfaller i åtminstone två delfrågor. En första delfråga behandlar på vilken nivå inom offentlig sektor som ansvaret för den offentligt finansierade sjukvården bör ligga. En andra och synnerligen kontroversiell delfråga är i vil-

ken utsträckning offentligt finansierad sjukvård bör kompletteras med privat finansierad sjukvård.

Vad gäller den första delfrågan framhålls att då sjukvården i ökande grad utvecklas från att vara en regional till att vara en nationell angelägenhet är det logiskt att staten även åläggs ansvaret för dess finansiering. Danmark planerar en sådan reform och i Norge har den redan genomförts. Finansieringen skulle exempelvis kunna ta formen av en öronmärkt statlig skatt. Dessförinnan bör dock dagens statsbidrag och skatteutjämning ersättas med ett ”tryggt” statligt bidrag till landstingen eller de andra regionala enheter som i framtiden kommer att svara för vården. Anledningen är att dagens fluktuationer i inkomster och utgifter skapar ineffektivitet i landstingens verksamhet på både kort och lång sikt.

Den andra delfrågan rörande sjukvårdens finansiering, nämligen huruvida sjukvården i Sverige i framtiden bör komplettera offentlig finansiering via skattsedeln med någon form av privat finansiering, är som sagt ytterst kontroversiell. Rapportförfattarna betecknar dock en framtida privat delfinansiering av sjukvården som ofrånkomlig. Skälet är att den offentligt finansierade sjukvården konkurrerar om begränsade skattemedel med en lång rad andra verksamheter i offentlig regi – inte minst transfereringarna – och att dess resurser därmed inte nämnvärt kommer att kunna öka.

Hur bör då denna delprivatisering av sjukvårdens finansiering ske? Höjda egenavgifter bedöms inte vara en framkomlig väg av tre skäl: de ger ett tämligen begränsat finansiellt tillskott, de slår hårt mot utsatta grupper i samhället, och de skulle ge endast mycket välbeställda patienter råd att betala vissa särdeles dyra behandlingar. Istället förespråkas en obligatorisk individuell sjukvårdsförsäkring vars syfte blir att finansiera bassjukvård och distriktsläkarvård.

Ersättningen till dessa vårdgivare skulle ske genom att kombinera en fast avgift per person (kapitation) med betalning för utförd tjänst, t ex besök. Premien skulle i ett sådant system kunna hållas låg då det omfattar hela befolkningen. Icke desto mindre torde en sjukvårdsförsäkringsreform vara impopulär, något som författarna är medvetna om. Få välkomnar att behöva betala för vad som idag upplevs som i det närmaste gratis. I slutändan handlar det dock om att möjliggöra en fortsatt offentlig finansiering av högspecialiserad slutenvård liksom av innovativa men kostsamma läkemedel för exempelvis cancerbehandling.

Frågan om effektivt resursutnyttjande berör främst vårdens organisation, produktivitet och prioriteringar. Vad gäller prioriteringar mellan olika behandlingar och patientgrupper påpekar författarna att sådana alltid förekommit inom vården. I framtiden kommer dock dessa prioriteringar att öka i betydelse och därmed bör denna process göras mer transparent och medveten. Ett arbete med öppna prioriteringar pågår redan, exempelvis inom Socialstyrelsen, Läkarsällskapet och Landstinget i Östergötland. Om detta arbete ska bli framgångsrikt måste dock ett antal potentiella hinder överkommas. För det första måste läkarprofessionen låta sig styras av centralt framtagna rekommendationer. Dessutom saknas både hälsoekonomiska och kliniska kunskaper – vi vet fortfarande relativt lite om olika behandlingars kostnadseffektivitet och medicinska effekter på lång sikt. Framförallt är öppna prioriteringar politiskt känsliga och riskerar att mötas av starka patientprotester.

Av största vikt är således att prioriteringsarbetet förankras hos medborgarna så att dessa inte upplever att det handlar om att prioritera bort enskilda patienter. Varje patient måste ha rätt till en individuell prövning, framhåller författarna,

vilket det är lätt att instämma i. Vad som prioriteras bort är åtgärder med tveksam medicinsk effekt eller låg kostnadseffektivitet och för vilka alternativkostnaden därmed är alltför hög. Som exempel på en åtgärd med tveksam medicinsk effekt kan, enligt SBU (2002), nämnas långtidsbehandling med östrogen i syfte att förebygga hjärtinfarkt hos kvinnor efter menopaus. På motsvarande sätt kan det konstateras att det råder betydande meningsskiljaktigheter rörande huruvida preventiv läkemedelsbehandling eller preventiv livsstilsbehandling utgör den mest kostnadseffektiva förebyggande åtgärden mot hjärt- och kärlsjukdomar (Melander och Ågren 2004, Nilsson 2005).

Vad gäller de närbesläktade frågorna om sjukvårdens produktivitet och kvalitet, kan man möjligen tycka att åtminstone den senare blivit något styvmoderligt behandlad i rapporten. Författarna påpekar förvisso att det är vanskligt att bedöma hur produktiviteten inom svensk sjukvård utvecklats över tid och mellan olika vårdgivare. Anledningen är att de produktivitetsstudier som hittills gjorts inte tagit hänsyn till de effektivitetsförbättringar som uppnås då verksamheten förändras, exempelvis då patienter överförs från slutet till öppen vård. Trots detta framstår det som om den produktivitetsökning som präglade svensk sjukvård under första halvan av 1990-talet har avstannat under senare år – eller rent av bytts i en produktivitetsnedgång.

Just att sjukvården tycks präglas av relativt låg produktivitet är en av de slutsatser som framkommer i *Economist* (2004). Exempelvis har sjukvården i mindre utsträckning än andra sektorer tagit hjälp av informationsteknologi för att reducera administrationskostnader och underlätta patientens kontakter med vårdapparatusens olika instanser. Dessutom kännetecknas den av dålig

koordinering mellan olika vårdgivare, vilket är ett stort problem framförallt för den växande andelen patienter med kroniska sjukdomar.

Rapportförfattarna hävdar att ett system med "benchmarking" av kostnader och prestationer utgör ett viktigt instrument för att förbättra vårdens produktivitet och kvalitet. Följaktligen vill de tillsätta en oberoende utredningsgrupp med uppgift att utveckla ett sådant system. Vidare noterar författarna den låga IT-mognaden inom vårdsektorn. Svenskt Näringsliv (2005) har argumenterat för att en nödvändig satsning på IT i vården bör kompletteras med en tydligare fokusering på den enskilda patienten. Denne ges tillgång till en "personlig vårdkoordinator" vars uppgift blir att ta ett helhetsansvar för patientens kontakter med vårdapparaten, något som bör öka vårdens produktivitet såväl som kvalitet. Med sitt förslag att förse varje patient med en "lots" har Vårdförbundet (2002) tidigare fört fram snarlika tankegångar. Även Economist (2004) talar om att i framtiden ge den enskilda patienten mer makt i syfte att höja kvaliteten i vården och göra den mer effektiv. Ett intressant exempel på detta är den amerikanska vårdgivaren Kaiser Permanente som låter patienten själv se sina journaler och laboratorieresultat samt boka tider för läkarbesök på sin personliga nätsida (Svenskt Näringsliv 2005).

Överlag tycks allvarliga brister föreligga vad gäller vårdens kvalitet. En studie av Institute for Medicine i USA tyder på att åtminstone 44 000 amerikanska patienter dör årligen som en följd av felbehandling (Economist 2004, OECD 2004). OECD påpekar att en sådan "felkvot" skulle betecknas som förödande inom andra högrisksektorer, såsom flygindustrin. Studier från Danmark och Kanada visar på en snarlik bild där.

I Sverige har exempelvis 10 procent av alla bypass-operationer befunnits vara icke ändamålsenliga. Då de samhälls-ekonomiska kostnaderna förenade med felbehandlingar torde vara betydande, är det olyckligt att detta ämne till stor del förbises i rapporten.

Slutligen kan det noteras att en fråga som fått stort utrymme i den allmänna debatten är huruvida vi bör tillåta vinstdrivna sjukhus. Författarna menar att det stora intresse denna fråga rönt är omotiverat. Förvisso bör mångfald bejakas och rekommendationen blir således att inte lagstifta mot någon enskild ägarform för akutsjukvård. I själva verket har forskningen inte funnit något tydligt samband – vare sig positivt eller negativt – mellan ägarform och vårdens kvalitet. Desto viktigare är att ställa tydliga krav på utförarna vad gäller kvalitet, tillgänglighet och kostnader. Att ägandefrågan ändå hamnat i fokus kan, enligt författarna, troligen förklaras av att den är politiskt mer gångbar än en diskussion om de betydligt mer angelägna frågorna rörande vårdens framtida finansiering, prioriteringar och organisation.

Det kan förstås göras gällande att denna tolkning är utmärkande för en cynisk eller rent av dystopisk profession; en profession som blivit känd för sin låga tilltro till de folkvaldas förmåga att fatta smärtsamma men nödvändiga beslut i viktiga framtidsfrågor. Om det trots allt skulle finnas en politisk vilja att inlåta sig i detta nödvändiga samtal om svensk sjukvårds framtida uppgifter, utformning och finansiering, kan *Hälsa, vård och tillväxt* med fördel tjäna som ett rikhaltigt och inspirerande underlag för en sådan diskussion.

*Ola Granström*

doktorand i nationalekonomi,  
Handelshögskolan i Stockholm

## REFERENSER

Commission on Macroeconomics and Health (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, World Health Organization, Canada.

*Economist* (2004), "The health of nations. A survey of health-care finance", 17–23 juli.

Nilsson P M (2005), "Primärprevention av hjärt-kärlsjukdom bör styras av skattning av absolut risk", *Läkartidningen*, vol 102, s 496.

Melander A, G Ågren (2004), "Prevention på villovägar. Sluta subventionera läkemedel när andra alternativ finns", *Läkartidningen*, vol 101, s 4244–4245.

OECD (2004), *Towards High-Performing Health Systems*, The OECD Health Project, Paris.

SBU (2002), "Nya rön styrker SBU:s slutsatser om östrogen", *Vetenskap & Praxis*, rapport nr 56.

Svenskt Näringsliv (2005), *Varför vänta på framtidens vård? En vision om morgondagens sjukvård*, Fölster S, Morin A, Svenskt Näringsliv, Stockholm.

Vårdförbundet (2002), *Närvård – en vårdpolitisk idé*, idéskrift, Vårdförbundet, Stockholm.