

Bengt Jönsson

Sjukvårdsutgifterna i en internationell jämförelse

Vid en internationell jämförelse av sjukvårdsutgifterna framkommer klart att skillnader mellan länder främst hänger samman med skillnader i BNP per capita. Sjukvården expanderar tämligen oberoende av om den är offentligt finansierad eller inte. Orsakerna till expansionen måste därför sökas i likheter i den sociala och ekonomiska utvecklingen, inte i valet av organisationsform, menar Bengt Jönsson. □

Huvudtesen i Victor Fuchs' uppsats är att sjukvårdens bidrag till förbättrad hälsa på marginalen är mycket litet i de utvecklade länderna. I jämförelse med Illichs kritik av sjukvården, där denne drar slutsatsen att sjukvården är det största hotet mot hälsan, är det ett ganska försiktigt uttalande [Illich, 1975]. Kan-

ske det återspeglar ekonomernas djupa rötter i den marginalistiska teoritraditionen. Man skulle dock med hänvisning till resultaten från den sjukvårdsekonomiska forskningen kunna utsträcka slutsatsen till att gälla sjukvårdens totala bidrag till förbättrad hälsa. Sett i ett historiskt perspektiv har troligen förbättrad näringsstandard, hygien, och bostads- och arbetsförhållanden som följt med den ekonomiska tillväxten betytt mera för förbättrad hälsa än den medicinska teknologin.

Dessa påståenden måste dock omges med flera reservationer. Problemen att definiera och mäta hälsan och att i statistiska analyser särskilja inverkan på hälsotillståndet av sjukvården är mycket stora. Vi saknar idag i stor utsträckning kunskap om effekterna av insatser inom sjukvården både vid variationer i utnyttjandet av existerande teknologi och genom den medicinska forskningens ut-

veckling. Detta har konstaterats i flera översikter inom området, tex Berglind m fl [1978] och Carlsson m fl [1979].

Det är dock inte troligt att fortsatt forskning kommer att vederlägga Fuchs' huvudtes att sjukvårdens bidrag på marginalen är relativt litet. Med tillämpande av den ofta använda 80-20 regeln skulle man kunna hävda att 80 procent av sjukvårdens effekt på hälsan kan åstadkommas med 20 procent av dess resurser. Men detta gäller inte enbart sjukvården. Man skulle på samma sätt kunna hävda att lantbrukets och livsmedelsindustrins bidrag till vår näringsstandard på marginalen är mycket litet i utvecklade länder. Kanske till och med negativt om vi använder mortaliteten som indikator. Men detta är relativt ointressant. Ett fullföljande av det marginalistiska resonemanget måste innebära att vi inte jämför det totala och det marginella bidraget utan det marginella bidraget från olika sektorer. Det är inte säkert att en sådan jämförelse skulle visa att nyttotillskottet vid en ökning av sjukvårds konsumtionen blev lägre än om resurserna användes för annan konsumtion.

Det är knappast förvånande att ökningen av sjukvårdsutgifterna inte har resulterat i en motsvarande sänkning av mortaliteten. Endast en mycket liten del av sjukvårdens resurser används för att reducera mortaliteten. Huvuddelen av utgifterna används för att kompensera för olika nedsättningar av funktionsförmågan och påverkar ej sjukdomens naturalförlopp. Det är rimligt att vi i takt med ökningen av våra resurser ökar standarden inom detta område, både för

patienter och personal, men vi kan inte förvänta oss någon effekt på mortaliteten. En stor del av sjukvårdens resurser används också för att åstadkomma förbättrad "livskvalité" till priset av bla ökad mortalitetsrisk. Det är inte bara av anekdotiskt intresse att konstatera att mortaliteten sjunkit under perioder av läkarstrejk.

Sjukvårdsutgifterna stiger med BNP

Genom att koncentrera intresset till produktionen av *hälsa* i stället för produktionen av *sjukvård* har ekonomerna kunnat bidra med värdefull kunskap om bestämningsfaktorer för hälsans utveckling och fördelning hos befolkningen. Men frågan är om inte det mest remarkabla resultatet inom den sjukvårds-ekonomiska forskningen är det starka samband man funnit mellan den allmänna ekonomiska utvecklingen och sjukvårdsutgifterna. I en enkel statistisk regressionsanalys "förklaras" nästan hela ökningen av sjukvårds konsumtionen med ökningen av BNP.

Elasticiteten i sjukvårds konsumtionen med avseende på BNP var för perioden 1963-76 ungefär 1,5. Detta innebär att vid en ökning av BNP med 1 procent ökar sjukvårds konsumtionen med 1,5 procent. Ett mera detaljerat studium av perioden 1963-76 visar att elasticiteten successivt minskat, vilket skulle kunna tolkas som att vi är på väg mot ett jämviktsläge där sjukvårds konsumtionen ökar ungefär i takt med BNP.

BNP-tillväxtens betydelse för utvecklingen av sjukvårdssektorn illustreras också väl av en jämförelse av utvecklingen i Sverige och Norge under 1970-talet. Under perioden 1972-77 ökade sjukvårdsutgifterna, räknat i fasta priser, med 22 procent i Sverige och 47 procent i Norge. Ökningen av BNP i fasta priser var i Sverige 7,4 procent och i Norge 25,2 procent, under samma period.

Fil dr BENGT JÖNSSON har i sin forskning främst sysslat med den offentliga sektorns ekonomi. För närvarande bedriver han hälso- och sjukvårdsekonomisk forskning vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund.

Tabell 1. Totala och offentliga utgifter för hälso- och sjukvård inom OECD-landerna 1974 i procent av trendberäknad BNP, samt förändringen mellan 1962 och 1972. Löpande priser.

Land	Andel (%) 1974*		Förändring av andelen 1962-72**	
	Totala utgifter	Offentliga utgifter	Totala utgifter	Offentliga utgifter
Australien	6,5	5,0	1,7	2,5
Österrike	5,7	3,7	1,1	0,8
Belgien	5,0	4,2	0,7	1,1
Kanada	6,8	5,1	1,6	2,6
Danmark	—	6,5	—	2,7
Finland	5,8	5,5	1,9	3,0
Frankrike	6,9	5,3	2,2	2,2
Tyskland	6,7	5,2	2,2	2,7
Grekland	3,5	2,3	0,7	0,5
Island	5,6	4,8	—	—
Irland	6,2	5,4	2,4	2,6
Italien	6,0	5,2	2,1	2,3
Japan	4,0	3,5	1,1	1,6
Luxemburg	4,0	—	—	—
Nederländerna	7,3	5,1	2,9	2,3
Nya Zeeland	5,5	4,2	1,1	0,9
Norge	5,6	5,3	2,3	2,9
Portugal	—	3,2	—	—
Spanien	4,8	3,0	—	—
Sverige	7,3	6,7	2,6	3,1
Schweiz	5,0	3,5	2,6	1,5
Turkiet	—	1,4	—	0,5
Storbritannien	5,2	4,6	1,3	1,4
USA	7,4	3,0	2,4	1,8
Genomsnitt	5,7	4,4	1,6	1,8
Standardavvikelse	1,1	1,1	0,7	0,8

* Kapitalkostnader ingår ej. För länder där data saknas för 1974 har valts närmast tillgängliga år för vilket data kunnat erhållas. Uppgifter saknas för vissa OECD-länder.

** Inkluderar endast driftskostnader. Kapitalutgifter ingår ej. För länder där data saknas för perioden 1962-72 har valts närmast tillgängliga period för vilken data kunnat erhållas. Uppgifter saknas för vissa OECD-länder.

Källa: OECD [1977].

Den ekonomiska utvecklingens betydelse för sjukvårdskonsumtionens storlek kan också visas genom jämförelser mellan olika länder vid en viss tidpunkt. Som framgår av tabell 1 varierade sjukvårdskostnadernas andel av BNP mellan 7,4 procent och 4,0 procent i de utvecklade länderna år 1974. I topp ligger USA, Sverige och Holland medan länder som Japan och Spanien har de lägsta andelarna. Även om internationella jämförelser av sjukvårdskostnaderna alltid blir

osäkra pga svårigheterna att insamla jämförbara data så är mönstret i utvecklingen helt klart.

Skillnaderna i sjukvårdskonsumtion mellan de olika länderna hänger främst samman med skillnader i BNP per inneväånare.¹ De länder som har den högsta bruttonationalprodukten per inneväånare,

¹ I en enkel regressionsanalys med BNP per inneväånare som oberoende variabel blir korrelationskoefficienten (r^2) så hög som 0,84.

USA och Sverige, har också den högsta sjukvårdskonsumtionen per innevånare.

Det är främst två länder som avviker från trenden i sambandet mellan sjukvårdskonsumtion och bruttonationalprodukt per innevånare, nämligen Schweiz och Japan. Detta torde dock mer förklaras av speciella förhållanden i de båda ländernas ekonomi, än av att man lyckats finna en formel för att hålla sjukvårdskostnaderna på en låg nivå.

Sjukvårdsexpansionen är oberoende av organisationsform

Utvecklingen för flertalet länder har varit dels ökade totala utgifter, dels en ökad andel offentlig finansiering av dessa utgifter. Det finns dock länder, Holland, Nya Zeeland och USA, där den totala utgiftsexpansionen har varit snabbare än den offentliga. Vi kan alltså inte dra några slutsatser om ett samband mellan offentlig finansiering och expansionen av sjukvårdssektorn. Tvärtom är det anmärkningsvärt att länder med mycket olika organisation och finansiering av hälso- och sjukvården visar en så likartad utveckling. Detta tyder på att orsakerna till sektorns expansion måste sökas i vissa likheter i den ekonomiska och sociala utvecklingen snarare än i valet av organisationsform för hälso- och sjukvården.

En orsak till att alla länder tycks ha samma problem inom sjukvården kan vara att skillnaderna mellan systemen är betydligt mindre än vad som framgår av organisations- och finansieringsöversikter. Även i länder som USA med en stor andel av sjukvårdskostnaderna registrerade som privata betalar patienten bara en bråkdel av kostnaderna i samband med behandlingen. Av de totala kostnaderna för sjukhusvård i USA betalas 90 procent av "tredje man", antingen försäkringsbolag eller offentliga myndig-

heter. Möjligheterna till skatteavdrag för privata sjukförsäkringar gör att dessa också till största delen kan sägas vara betalda av offentliga medel. Ett annat skäl till att problemen är likartade i alla länder är att man i princip tillämpar samma medicinska teknologi. Behandlingsmetoderna är ungefär desamma i alla länder även om de förekommer med väsentligt olika frekvens.

En viktig slutsats av forskningen kring sjukvårdskostnadernas ökning är att ökning i sig själv inte utgör något ekonomiskt problem. Detta kan synas anmärkningsvärt mot bakgrund av den stora uppmärksamhet denna fråga rönt bland politiker och i massmedia. De reella ekonomiska problemen inom sjukvården är finansierings-, effektivitets- och fördelningsproblemen och ekonomerna har en viktig uppgift i att precisera och studera dessa.

De stora likheterna vad avser problem och teknologi mellan olika länder samtidigt som organisation och finansiering skiljer sig åt gör internationella jämförelser till en intressant metod för att få fram kunskap om hur effektivitets- och fördelningsmålen kan uppnås. Eftersom möjligheterna att göra experiment med vår egen sjukvårdsorganisation är begränsade måste vi utnyttja de "verklighetens experiment" som internationella jämförelser ger möjlighet till.

Referenser

- Berglund, H m fl, [1978], *Sjukvård i tillvaxt*, Liber Laromedel, Lund
- Carlsson, G m fl, [1979], *Liv och hälsa. En kartläggning av hälsoutvecklingen i Sverige*, Liber Forlag, Stockholm
- Illich, I, [1975], *Medical Nemesis - The Expropriation of Health*, Marion Boyars Publishers, London
- OECD, [1977], *Public Expenditure on Health*, OECD Publications, Paris