

Sjukvårdens ekonomi i det hög-industrialiserade samhället*

Den snabba ökningen av sjukvårdsutgifterna är ett problem som uppmärksammats av många. Så stora resurser går idag till sjukvårdssektorn i utvecklade länder att en samhällsekonomisk bedömning av dessa resursers användning ter sig som alltmer nödvändig.

De flesta studier visar att bidraget till folkhälsan av en ytterligare ökning av sjukvårdsresurserna är ytterst obetydligt. Det är andra faktorer än sjukvården, t ex utbildning, som är av betydelse för hälsan. Att sjukvårdsutgifterna trots detta fortsätter att stiga vill Victor R. Fuchs förklara, dels med den offentliga sektorns allmänt snabba tillväxt i kombination med traditionellt vårdande institutioners – familjens, kyrkans – minskande betydelse, dels med en allmän strävan mot ökad jämlikhet.

Eftersom Fuchs främst utgår från amerikanska erfarenheter har vi bitt några svenska sjukvårdsexperten, Gunnar Biörck, Edgar Borgenhammar och Bengt Jönsson, att kommentera Fuchs' artikel. Vårt sjukvårdsekonomiska "block", avslutas med en artikel av Ingemar Ståhl, där han bl a diskuterar olika reformförslag.

Den viktigaste och kanske mest förvånande slutsatsen vid en samhällsekonomisk analys av sjukvården är följande. Om den medicinska teknologin och andra faktorer som är av betydelse för en god hälsa hålls konstanta så är sjukvårdens marginella bidrag till förbättrad häl-

sa mycket litet i utvecklade industriländer. De som alltid förordar fler läkare, sköterskor, sjukhus och liknande har antingen misstagit sig eller har andra mål i åtanke än en förbättring av folkhälsan.

De första studierna som rapporterade denna slutsats möttes med skepsis i vissa kretsar därför att man i analysen genomgående använde dödlighet som mått på hälsa. Dödlighet, påpekades det, är ett ganska grovt mått på hälsa. Man framhöll att mer sofistikerade mått skulle visa på de gynnsamma effekterna av ett större antal läkare, sköterskor och sjukhus-sängar. En färsk RAND-undersökning

VICTOR R. FUCHS är professor i nationalekonomi vid Stanford-universitetet och uppehåller samtidigt en professur vid Stanfords medicinska högskola. Han har bl a skrivit en uppmärksammad bok med titeln "Who shall live?" som behandlar samhällsekonomiska aspekter på sjukvården, främst i USA.

* Denna artikel är en översättning av en artikel i *The Public Interest* sommaren 1979 med titeln "The economics of health in a post-industrial society".

baserad på mera specifika indikatorer på dålig hälsa (kolesterolnivå, åderförkalkning, högt blodtryck, onormal bröst-röntgen och onormalt elektrokardiogram) bekräftar på ett slående sätt de resultat som baserade sig på dödlighet. Variationer i mängden tillgängliga vårdresurser i 39 storstadsområden i USA hade ingen systematisk effekt på dessa mått på hälsa vare sig tagna för sig eller i kombination.

Avsaknaden av korrelation mellan sjukvård och god hälsa är uppenbar i många andra länder än USA. I Storbritannien har tex National Health Service (NHS) otvivelaktigt tjänat till att kraftigt minska klasskillnaderna vad gäller tillgången till sjukvård, men de traditionellt stora skillnaderna mellan olika samhällsklasser vad gäller spädbarnsdödlighet och förväntad livslängd är inte mindre tre årtionden efter NHS' tillkomst. Ävenså har, trots fri tillgång till sjukvård, frånvaro från arbetet pga sjukdom faktiskt ökat kraftigt under de senaste årtiondena. Antalet sjukdagar beror på många faktorer förutom hälsa, men dessa data stöder knappast antagandet att tillkomsten av NHS haft någon större betydelse på detta område. Diskrepansen mellan god hälsa och sjukvård är ännu skarpare i Sovjetunionen. På senare år har det uppenbarligen skett en försämring av hälsotillståndet mätt antingen med spädbarnsdödlighet eller förväntad livslängd trots att det sovjetiska sjukvårdssystemet sägs ha förbättrats.

Det finns flera orsaker till varför en ökning av sjukvårdsresurserna, givet att man kommit över en viss miniminivå, inte har någon större effekt på hälsan. För det första, om det är ont om läkare, tenderar dessa att ägna sig åt de patienter för vilka deras insatser bedöms få de största effekterna. Med flera läkare tenderar dessa av naturliga skäl att ge mer tid till patienter med mindre behov av tillsyn. För det andra, ändrar också pati-

enterna sitt beteende, beroende på hur lätt eller svårt det är att få tid hos en läkare. När det är gott om läkare tenderar patienterna att söka läkarhjälp för mer triviala åkommor. För det tredje fordrar en stor del av den effektivaste förebyggande vården som tex vaccinationer och behandlingen av bakterieinfektioner endast blygsamma vårdinsatser. Rätt ofta räcker det med en spruta som behandling. Å andra sidan råder det fortfarande tvivel om fördelarna på lång sikt med några av de mest resurskrävande insatserna tex hjärtoperationer eller transplantationer av organ. För det fjärde finns problemet med sjukdomar, som uppstår som ett resultat av sjukvården. Eftersom de medicinska och kirurgiska ingreppen är mer komplexa och omfattande än någonsin förr, för de med sig större risker. Ibland kan alltför mycket vård, eller fel vård, vara skadligare för hälsan än ingen vård alls. Slutligen har det blivit fullständigt klargjort att andra faktorer än sjukvård (tex gener, miljö, livsstil) spelar en avgörande roll för många av de viktigaste hälsoproblemen.

Hittills har den fråga vi behandlat i praktiken gällt vilka resultaten blir om vi ökar antalet läkare, sjuksköterskor och sjukhus utan att förändra behandlingsmetoderna. För att till fullo förstå problemet måste vi behandla ännu en fråga.

Vilka effekter kan eventuella framsteg inom den medicinska vetenskapen tänkas ha på hälsan om vi antar att antalet läkare, sjuksköterskor och sjukhus hålls oförändrat?

Framsteg inom den medicinska vetenskapen

Det förefaller mig som om en del författare i sina svar på denna fråga alltför lätt dragit slutsatser av typen "utvecklingen inom sjukvården har föga betydelse". Det råder till exempel inget tvivel om att

de medicinska framstegen gick sakta till långt in på 1900-talet.

Men från omkring 1935 till ca 1955 – en period som markerade införandet av antibiotika – registrerades stora förbättringar av hälsotillståndet i alla industrialiserade länder. Nedgången i dödlighet var mycket större än vad som kunde tillskrivas de allmänna ekonomiska framstegen, den kvantitativa ökningen av sjukvården eller liknande förändringar.

Tillämpningen av nya kunskaper förbättrade, med någon fördröjning, hälsotillståndet också i utvecklingsländerna och med en makalös hastighet. Den genomsnittliga förväntade livslängden var år 1940 i Asien, Afrika och Latinamerika 39 år, 1970 hade den stigit till 60 år – en ökning som jag tror till stor del kan tillskrivas införandet av modern medicinsk och sjukvårdsteknologi. Som jämförelse kan nämnas att det i USA tog trekvarts århundrade, från 1855 till 1930, att åstadkomma motsvarande höjning av medellivslängden – från 39 till 60 år – därför att sjukvårdsteknologin utvecklades så sakta under denna tid.

Det är klart att den takt med vilken de medicinska framstegen bidrar till förbättringen av hälsan varken är jämn eller förutsägbar. Under 1960-talet hälsades många "genombrott" inom den medicinska vetenskapen med stor entusiasm och utgifterna för sjukvården steg avsevärt, men de positiva effekterna på folkhälsan var ganska begränsade. På senare år har emellertid dödsfall förorsakade av vissa sjukdomar, speciellt hjärtsjukdomar, minskat kraftigt i Förenta staterna. För män och kvinnor i de flesta åldrar var sannolikheten att dö i hjärt- och kärlsjukdomar år 1975 20 till 25 procent lägre än 1968. De som tror på den teknologiska utvecklingen tillskriver denna nedgång till stor del nya och bättre behandlingsmetoder. Andra iakttagare tenderar att söka förklaringen i förändringar i diet, rökning, motion och liknande. Jag

misstänker att det ligger någon sanning i båda uppfattningarna.

Inkomst, utbildning och god hälsa

Under större delen av mänsklighetens historia har inkomsten spelat den avgörande rollen för hälsa och förväntad livslängd. Skillnader i inkomst utgör den viktigaste förklaringen till skillnader i hälsotillstånd mellan nationer och mellan grupper inom en nation. Inkomstens effekt på hälsan kan fortfarande observeras i utvecklingsländer, men i Förenta staterna har sambandet tenderat att försvinna. Detta är sant, när hälsa mäts i dödlighet eller med mått som högt blodtryck, åderförkalkning, kolesterolnivå och onormal röntgen eller kardiogram, eller genom en subjektiv värdering av det allmänna hälsotillståndet. *Ceteris paribus* finns det inte längre någon systematisk effekt på hälsan av variationer i inkomsten, utom möjligtvis för den som lever i den djupaste fattigdom.

Förr i tiden tjänade ekonomisk tillväxt och teknologiska förändringar inte bara till att öka den *förväntade* medellivslängden utan resulterade också i en dramatisk minskning av *skillnaden* i förväntad livslängd mellan olika samhällsklasser. Den huvudsakliga orsaken till denna minskning är att allmän ekonomisk tillväxt, även om den inte åtföljs av någon minskning i inkomstskillnaderna, har en positivare effekt på de mycket fattigas hälsa än på dem som redan har uppnått en levnadsstandard en bit över existensminimum. En annan orsak är att de medicinska innovationerna med de största effekterna under de senaste femtio åren som tex antibiotika ofta varit både relativt billiga och lätt tillgängliga.

Det är inte bara så att variationerna i förväntad livslängd blivit betydligt mindre bland Förenta staternas vita invånare utan skillnaden i medellivslängd mellan vita och icke vita har också minskat väsentligt under detta århundrade. På 1800-

talet låg medellivslängden för vita 47 procent högre än för icke vita. 1975 var skillnaden bara 8 procent. Denna totala minskning av variationerna i förväntad livslängd hänger intimt samman med att inkomstfördelningen blivit jämnare. År 1900 hade personer med kort förväntad livslängd vanligen inkomster under genomsnittet. I dag när sambandet mellan inkomst och förväntad livslängd är mycket svagare kan vi, med avseende på det värdefullaste av allt, livet självt, säga att Förenta staterna närmar sig en jämlik fördelning.

Trots den allmänna tendensen mot en jämnare fördelning av den förväntade livslängden finns det en faktor som *konsekvent* är starkt korrelerad med god hälsa, nämligen utbildning. Samma forskning, som påvisat att ökad sjukvård och högre inkomster endast marginellt påverkar hälsan, har rapporterat ett starkt positivt samband mellan hälsa och antal skolår. Oavsett hur hälsa mäts (dödlighet, symptom eller subjektiv värdering), och oavsett observationsgrupp (individer, genomsnitt i städer eller delstater) erhålls i Förenta staterna vanligen ett starkt samband mellan antalet skolår och god hälsa. Michael Grossman, en ekonom som bedrivit en omfattande forskning i denna fråga, har velat tolka detta förhållande som ett bevis för att skolutbildning ökar individens förmåga att producera hälsa, även om han erkänner att en del av orsakssammanhanget kan gå från bättre hälsa till mer skolutbildning. På vilket sätt skolutbildning bidrar till effektivare produktion av hälsa har aldrig blivit klargjort, men Grossman framför hypotesen att mer utbildade personer kan tänkas välja en hälsosammare diet, vara mer medvetna om hälsorisker, välja hälsosammare sysselsättningar och använda sjukvården klokare.

Jag accepterar "effektivitets"-hypotesen, men jag tror att den behöver modifieras något. Utbildning verkar tex ha

föga samband med ett förnuftigare utnyttjande av sjukvårdens resurser. Nyligen gjorda undersökningar av hur folk utnyttjar möjligheterna till kirurgiska ingrepp stöder knappast hypotesen att bättre utbildade använder sjukvården annorlunda än de sämre utbildade. Medan sannolikheten för att de högre utbildade ska få kirurgisk behandling är mycket lägre än för resten av Förenta staternas befolkning, visar en färsk studie av Louis Garrison att högt utbildade, som genomgår en operation, läggs in på sjukhuset vid samma stadium av sjukdomen som de sämre utbildade. Han finner också att de högre utbildade patienterna väljer samma slags läkare, stannar ungefär lika länge på sjukhuset och frånsett att deras allmänna hälsotillstånd är något bättre än genomsnittets är resultatet av operationen ungefär detsamma. Följaktligen finns det, åtminstone vad gäller kirurgisk behandling på sjukhus, föga stöd för "effektivitets"-hypotesen vad gäller utnyttjandet av sjukhusen.

Viljan att investera i humankapital

Den troligaste förklaringen till att de högt utbildade i mindre omfattning genomgår operationer är att de har mindre behov av operativa ingrepp — m a o de är friskare. Frågan kvarstår emellertid varför det förhåller sig så. En förklaring som jag vill satsa på är att både skolutbildning och hälsa är tecken på skillnader mellan individer i fråga om viljan och/eller förmågan att investera i humankapital. Både skolutbildning och aktiviteter som påverkar hälsan innebär uppoffringar idag för förmåner i framtiden och det verkar rätt klart att människor är olika i sin vilja att göra sådana långsiktiga investeringar.

Ny preliminär forskning ger visst stöd åt uppfattningen att skillnader i människors vilja och förmåga att vänta på belöningar kan relateras till hälsan. En kollega och jag studerade en grupp yngre vuxna för att söka fastställa deras "dis-

konteringsränta" vad avser mottagande av penningbelöningar och betalande av böter. Diskonteringsräntan kan tjäna som ett grovt mått på i vilken utsträckning individer är villiga att uppskjuta behovstillfredsställelse över tiden. En individ med en låg diskonteringsränta är till exempel villig att vänta på en belöning under en längre tidsperiod. Han är också villig att acceptera en mindre ersättning för att vänta en viss given tid, än en individ med hög diskonteringsränta. I vår undersökning var min kollega intresserad av diskonteringsräntornas mönster – hur de varierade med tidsperiodens längd, belöningens storlek och liknande. Jag lade till några frågor om intervjupersonernas hälsa och studerade sedan sambandet mellan hälsa och diskonteringsränta. Jag fann ett starkt statistiskt säkerställt negativt samband mellan diskonteringsränta och en subjektiv värdering av hälsan.

Av de 25 procent i vår undersökning som hade lägst diskonteringsränta rapporterade 63 procent att de var vid utmärkt hälsa. Av fjärdedelen med den högsta diskonteringsräntan ansåg endast 32 procent att deras hälsa var utmärkt.

Statistik, som nyligen framtagits i England, ger ytterligare stöd för min hypotes om ett samband mellan hälsa och skolutbildning. En studie av cigarett-rökning avslöjade att bland män från socialgrupp 1 (de högst utbildade) hade andelen rökare fallit med nära hälften mellan 1958 och 1975. Som kontrast hade denna andel knappast förändrats alls bland män från den lägsta socialgruppen (de dåligt utbildade). Det verkar otroligt att denna förändring av beteendet främst skulle bero på att de dåligt utbildade inte hört talas om faran med rökning eller att de inte skulle inse hälsoriskerna. Det är mera troligt att de inte vill (eller inte kan) ge upp en njutning idag för en osäker vinst långt i framtiden. Jag misstänker att om man jämförde dessa två grupper

av män med avseende på andra typer av beteende som har att göra med hur framsynta eller beredda att uppskjuta konsumtion de är (som t ex sparande kontra kreditköp), så skulle man finna liknande skillnader.

Sjukvårdens tillväxt

Trots slutsatsen som stöds av dessa forskningsresultat – att hälsan är mycket mer beroende av icke-medicinska faktorer än av sjukvårdens kvantitet – har tillväxten av sjukvårdsutgifterna varit obeveklig. För åtminstone de tre senaste årtiondena (och antagligen mycket längre) har andelen av bruttonationalprodukten som gått till sjukvård stadigt ökat i Förenta staterna och i andra länder. I många länder närmar sig sjukvårdssektorns andel av BNP snabbt 10 procent. Det finns många möjliga förklaringar till den snabba tillväxten av sjukvårdssektorn.

En populär, men som jag tror, överdriven förklaring till den relativa tillväxten av tjänsteproducerande sektorer i allmänhet är ökningen av per capita inkomsten.

Men när det gäller sjukvården, är högre inkomst uppenbarligen inte någon *direkt* förklaringsfaktor. Försök till mera exakta uppskattningar av sjukvårdssektorns inkomstelasticitet har givit ganska olika resultat, men nästan alla forskare är överens om att efterfrågan på sjukvård inte ökar i direkt proportion till en höjning av inkomsten per capita. Folk betar sig som om sjukvård var en "nödvändighetsvara", inte en "lyx".

Således kan tillväxten av sjukvårdens *andel* av BNP och av den totala sysselsättningen inte hänföras till stigande inkomst. Snarare återspeglar utvecklingen av sysselsättningen inom sjukvårdssektorn en förändring av själva sjukvårdens karaktär. Insatsen av arbetskraft per patient, speciellt på sjukhusen, har vuxit oerhört snabbt. För år 1976 har vi en

siffror motsvarande 304 heltidsanställda per 100 patienter på amerikanska sjukhus, jämfört med 178 per 100 patienter 1950. Sjukhusaktiviteternas karaktär har också förändrats kraftigt sedan 1950. Varje patient får nu genomgå flera test och röntgas oftare, fler invecklade kirurgiska ingrepp genomförs och nya vårdmetoder – som tex intensivvårdsavdelningar – har vuxit fram.

Jag använder ordet "aktiviteter" i stället för "produktionsresultat" med avsikt, därför att vi är långt ifrån säkra på i vilken utsträckning denna ökade aktivitet resulterat i bättre hälsa. Några innovationer inom den medicinska vetenskapen, som tex den tidigare nämnda antibiotikan har självklart ökat produktiviteten oerhört, men det enda som vi säkert vet om en del av de övriga teknologiska förändringarna, är att de inburet kraftigt ökade kostnader.

Teknologiskt imperativ

Den explosionsartade utvecklingen av läkarvetenskapen – läkarna kan i dag klara av oändligt mycket mera komplicerade och omfattande ingrepp än för bara något årtionde sedan – har otvivelaktigt varit en viktig faktor bakom tillväxten av sjukvårdsutgifterna under de senaste årtiondena. Välkända exempel är njurdialys, hjärtkirurgi och transplantationer. Det är en öppen fråga om dessa innovationer ger några större bidrag till en förbättring av hälsan.

Jag har tidigare hänvisat till läkarnas benägenhet att använda sig av nya teknologier, helt enkelt därför att de finns, som något slags "teknologiskt imperativ". Modern ekonomisk forskning förser oss emellertid med en annorlunda förklaring till att man tenderar att satsa på dyra behandlingar som ger litet i fråga om räddade liv – medan förebyggande behandling med högre produktivitet har

svårt att få resurser. Denna tendens kan vara helt i överensstämmelse med konsumenternas preferenser vad beträffar den sjukvård de är villiga att betala för. Den summa de flesta människor är villiga att betala för en given minskning av dödsrisken är positivt relaterad till risknivån. Således skulle en person som står inför en nästa säker död normalt vara villig att betala ganska mycket för to m en obetydlig ökning av chansen att överleva. Samma person skulle, om han ansåg sig ha en låg dödsrisk, inte betala tillnärmelsevis lika mycket för samma ökning av sannolikheten att överleva.

Vi kan tex tänka oss ett program för behandling av cancer som kostar en miljon dollar per räddat liv och ett annat program som går ut på att sänka sannolikheten att få cancer och kostar 500 000 dollar per räddat liv. Folk skulle antagligen vara mera villiga att betala för cancerbehandlingen, om de var sjuka, än att betala för det förebyggande programmet, om de var friska. Detta beteende är inte nödvändigtvis "irrationellt", inte heller behöver det förklaras med någon psykologisk oförmåga att hantera dödsrisiker. Vi uppfattar det inte som märkligt att en törstig man betalar en stor summa för ett litet glas vatten om det är mycket ont om vatten, men att han inte vill betala så mycket för ett glas när han inte är speciellt törstig.

Den medicinska professionen har ofta kritiserats för att ha misslyckats med att fördela resurserna så att man maximerar antalet räddade liv, men till en del är denna kritik oberättigad åtminstone i den meningen att tonvikten på heroiska ansträngningar vid livshotande situationer på bekostnad av förebyggande åtgärder kan tänkas svara mot konsumenternas preferenser. Av detta följer att om vi är ute efter ett sjukvårdssystem som gör vad folk vill att det ska göra, så ska vi inte vänta oss att det ger oss den lägsta kostnaden per räddat liv.

Det offentliga, familjen och religionen

Det finns tre icke-medicinska faktorer som jag tror har bidragit påtagligt till tillväxten av sjukvårdssektorn: den offentliga sektorns tillväxt, familjens minskade betydelse och den traditionella religionens försvagade roll. Det offentliga satsningar inom sjukvården bidrar helt klart till att öka efterfrågan. Nästan alla sjukvårdsekonomer som har studerat sjukvårdsefterfrågans priselasticitet har funnit att en minskning av priset inte resulterar i en lika stor ökning av efterfrågan – men alla har funnit att *någon* ökning av efterfrågan följer med en pris-sänkning. Av detta följer att en minskning av priset på sjukvård genom allmän (eller privat) försäkring kommer att öka den efterfrågade kvantiteten.

Effekterna av familjens och den traditionella religionens minskade betydelse är svårare att kvantifiera, men jag ska ge några exempel för att ge en uppfattning om problemets natur. Ta sjukhemmen. I Förenta staterna utgör de den ojämförligt snabbast växande delsektorn inom sjukvården. Deras andel av de totala sjukvårdskostnaderna steg från mindre än 2 procent 1960 till nästan 8 procent 1977. Sjukhemskostnaderna har nu överskridit kostnaderna för läkemedel och för tandläkartjänster. Endast sjukhus och läkartjänster upptar en större andel av de totala kostnaderna. Men vad är egentligen ett sjukhem och vilka tjänster producerar det? Jag skulle vilja påstå att det producerar mycket litet som inte tidigare tillhandahölls inom familjen och i en del fall inte ens så mycket.

Det är klart att det ökade antalet sjukhem till stor del beror på den relativa tillväxten i antalet åldringar. Men viktigare är, enligt min åsikt, den ökande andelen kvinnor i förvärvsarbete (ingen är hemma) och befolkningens rörlighet. De flesta som bor på sjukhem är äldre änkor

och andelen änkor i åldern 65 år och uppåt, som lever ensamma, har ökat kraftigt. 1950 var den siffran 25 procent; 1976 var den 65 procent. Visserligen gör ökade inkomster det möjligt att leva ensam och bidrar till att betala för sjukhemsvården. Men min huvudpoäng är att en avsevärd del av vad vi ser som en *ökning* av sjukvården inte är någon ökning alls utan en ersättning för den vård som tidigare gavs inom familjen.

Köpt sjukvård övertar inte bara delvis familjens roll utan jag tror att den ofta är ett modernt substitut för religionen. Detta framgår tydligast när det gäller mentalsjukdomar. Likheten mellan psykiatri och religion har ofta diskuterats. Det bör emellertid understrykas att många besök hos läkare som inte är psykiatrer görs i andra syften än att få diagnos på och behandling av en viss sjukdom. Patienten kan söka medkänsla eller ökat självförtroende eller hjälp att acceptera döden (sin egen eller någon närståendes). Patienten kan vilja anförtro sig åt en auktoritativ person som han kan lita på inte för hans förtroenden vidare. Det kan finnas en önskan att hitta någon som kan ta ansvaret för ett svårt beslut eller det kan finnas ett behov att få stöd för ett handlande som man redan bestämt sig för. Möjligheten att kunna säga "doktor säger att jag ska (eller inte ska) göra detta" är ofta värd en hel del.

Förr i tiden tillfredsställde prästerna dessa behov. För vissa människor gör de det fortfarande – men idag finner många en vit rock mera lugnande än en svart, ett sjukhus mer imponerande än en katedral. Att dö var tidigare en privat angelägenhet, med deltagande av släkt och vänner och auktoriserad av en präst. Idag inträffar mer än hälften av alla dödsfall i de flesta västländer på sjukhus. Läkaren är nu vår främste auktoritet inför döden.

Den offentliga sektorns tillväxt

Det offentliga ökade inflytande på alla områden inom sjukvården är ett viktigt politiskt fenomen som fordrar särskild uppmärksamhet. Det finns många möjliga förklaringar till denna utveckling i det post-industriella samhället.

En trolig förklaring är det moderna samhällets ständigt ökade komplexitet. Konsumenterna står idag inför en förvirrande mångfald av varor och tjänster och de känner ett stort behov av information om dessa. Verksamheter som går ut på att ge information om kvaliteten på kött, bieffekter av läkemedel och säkerheten på olika flyglinjer kan ha betydande skalfördelar. Det kan därför vara effektivare att ha en enda institution, staten, som handhar denna information.

Många iakttagare tror också att urbaniseringen och befolknings- och inkomstillväxten har ökat betydelsen av *externaliteter*, något som ger anledning till ökade ingripanden från det offentliga sida. Externaliteter på sjukvårdsområdet existerar om Smiths konsumtion eller annan verksamhet har fördelaktiga (eller ofördelaktiga) effekter på Browns hälsa, utan att dessa effekter återspeglas i de priser som Smith konfronteras med. Det finns heller ingen möjlighet för Brown att genom en privat överenskommelse förmå Smith att ta hänsyn till dessa effekter i sina kalkyler. Välkända exempel på sådana externaliteter är vaccinationer (positiv externalitet) och luftföroreningar (negativ externalitet). När externaliteter förekommer är lösningen, som de flesta ekonomer föredrar, subventioner eller skatter för att få de privata kostnaderna (eller intäkterna) att överensstämja med de samhälleliga intäkterna (eller kostnaderna). Regleringar som direkt framtvingar eller förbjuder vissa aktiviteter bör i allmänhet undvikas om inte kostnaden att administrera subventionerna eller skatterna är orimligt hög.

Ett särskilt slags externalitet som dis-

kuteras av Guido Calabresi och Philip Bobbitt i deras nyligen utkomna bok *Tragic Choices* hänger samman med samhällets ovilja att acceptera att människor (vanligtvis de mycket fattiga) tar ovanligt stora risker eller bedriver förnedrande verksamhet. Detta slags externalitet resulterar ibland i krav på offentliga regleringar på sjukvårdsområdet. Ett exempel är förbudet att sälja njurar eller andra organ från levande människor. För mig verkar det som om frågor av denna art i själva verket är en fråga om smak. De har mer att göra med "estetiska överväganden" än med moraliska eller praktiska hänsyn. Den viktiga roll smak och sociala konventioner spelar för dessa frågor illustreras väl av samhällets beredvillighet att tillåta människor att arbeta i kolgruvor och ägna sig åt andra verksamheter som är långt farligare för hälsan än förlusten av en njure.

Framtidsförbindelser

Men det offentliga går idag avsevärt längre än att tillhandahålla information eller att ta itu med uppenbara sjukvårdsrelaterade externaliteter. Speciellt i Förenta staterna genomförs i det offentliga regi, i hälsans och säkerhetens namn, en detaljerad reglering och kontroll av tusentals produkter och verksamheter. En möjlig orsak till att offentliga ingripanden ökat i sådan omfattning är att dessa ofta fungerar som något slags "förbindelse" att bete sig på ett visst sätt i framtiden. Med andra ord kan Brown tänkas rösta för lagar, som får personer som är i Smiths situation att handla mot sin vilja, för att förbinda sig själv att också handla på detta sätt om han skulle hamna i Smiths situation. Brown kan tex tänka sig att om han blev fattig så kanske han blev frestad att sälja en njure. Han röstar för att göra sådana försäljningar olagliga, för att hindra sig själv från att någonsin handla på detta sätt. Sjukförsäkringen kan ses som en slags förbindelse för

framtiden. Den försäkrade förbinder sig att i framtiden bortse från priset när han fattar beslut om utnyttjande av sjukvården. Obligatorisk sjukförsäkring kan ses som en förbindelse att köpa försäkring oavsett förändringar i inkomst eller andra förhållanden.

Konventionell ekonomisk analys uppfattar denna typ av "framtidförbindelser" som irrationell. Varför skulle någon någonsin vilja begränsa sin egen handlingsfrihet? Ekonomen Richard Thaler har föreslagit följande förklaring. En "framtidförbindelse" kan vara ett rationellt sätt att ta itu med problem som har att göra med individers självkontroll. Sådana problem kan uppstå när det råder ett spänningsförhållande mellan två alternativa beteenden som har mycket olika följder för vår välfärd på kort och på lång sikt. På kort sikt kan jag tex få ut mycket av att röka eller göra av med pengar. Men jag vet också att på lång sikt kommer jag att påverkas negativt av rökningen eller av bristen på tillgångar. Ett sätt att genom en "framtidförbindelse" hantera detta problem är att söka sig ett arbete där rökning är förbjuden och gå med i någon sparklubb.

Den offentliga sektorns tillväxt kan också ses som en ersättning för familjen eller kyrkan i den meningen att det offentliga i dag bidrar med den viktigaste hjälpen åt människor, som råkat illa ut, ekonomiskt eller socialt. Privat försäkring kunde kanske spela samma roll, men problemen med "free riders" (de som inte köper försäkring och sedan behöver hjälp i alla fall), snedvridet urval ("adverse selection", tendensen att de värsta riskerna köper försäkringen) eller för stora försäljnings- och administrationskostnader kan göra allmänna obligatoriska försäkringssystem till den förnuftigaste vägen att gå fram. Dessutom är ett huvudsyfte med många offentliga insatser att kombinera försäkring med omfördelning. Jag tror för min del att en

obeveklig utveckling mot ett mer jämlikt samhälle är en av de verkligt viktiga drivkrafterna bakom de ökade offentliga ingripandena inom sjukvården och på andra områden.

Mot ökad jämlikhet

Inbyggt i vårt moderna samhälle ligger faktorer som verkar framtvunga en jämnare fördelning av materiell standard och politisk makt.

I "*Equality and Efficiency: The Big Tradeoff*" antar Arthur Okun att detta inträffar därför att människor "föredrar" jämlikhet. En del människor kanske gör det, men det är också möjligt att många som har makt och hög materiell standard helst såg att de slapp dela med sig. Deras möjlighet att bibehålla en ojämn fördelning av makt och materiella resurser kan emellertid variera med omständigheterna. Jag tror att ju mer välmående och ju mer komplicerat ett samhälle blir desto mer kommer det att bli beroende av att människorna, som arbetar i detta samhälle, verkligen är villiga att samarbeta och göra sitt bästa och desto svårare blir det att nå tillfredsställande resultat genom att använda tvång.

När uppgiften huvudsakligen bestod i att släpa upp stora stenblock från floden till pyramiden, var det en förhållandevis enkel sak att försäkra sig om ett dussin slavar och använda piskan och hot om svält för att få dem att arbeta. I feodalsamhällen hölls den arbetande befolkningen, som huvudsakligen var sysselsatt inom jordbruk, i schack trots en starkt ojämn inkomstfördelning genom våld, behovet av beskydd, de fattigas begränsade rörlighet samt löftet om himmelrike och hotet om helvete. Men när ett lands arbetare är flygplansmekaniker, lärare och operationssköterskor, för att ta några exempel, är det givet att sådana metoder inte kan användas. Några missnöjda flygtrafikledare kan påverka verksamheten i en hel kontinent. Till och

med ett så lågavlönat arbete som att byta däck i en bilverkstad kan förorsaka allvarliga störningar. Det skulle bli mycket kostsamt att kontrollera varenda skruv på varenda däck, men företagsledningen lever i ständig oro för att några slarvigt åtdragna skruvar skall leda till att ett hjul lossnar och resultera i skadeståndsanspråk på miljontals dollar. Intresset för jämlikhet, faktisk eller skenbar, är märkbart i många diskussioner om hälsovård. I en studie av det engelska National Health Service (NHS) har tex ekonomerna John och Sylvia Jewkes hävdats att "Det avgörande motivet bakom dess tillkomst . . . var inte strävan efter ökad effektivitet eller lönsammare samhällsinvesteringar. Det var något helt annat. Det var en framvällande riksomfattande önskan att dela någonting lika." Som vi noterat tidigare verkar effekterna av NHS' tillkomst överensstämma med denna uppfattning.

Eller tänk på de mängder med trycksvärta som har slösats på frågan om regionala olikheter i antalet läkare per innevånare i Kanada, Förenta staterna och de flesta andra länder. Åtminstone i Förenta staterna har denna ändlösa diskussion fortgått utan några som helst bevis för att hälsonivån påverkas negativt av ett lågt antal läkare per innevånare. I Förenta staterna kan man faktiskt inte ens visa att antalet sjukbesök per innevånare är signifikant lägre i områden, som har identifierats som "underförsörjda". Dessutom verkar det ofta återkommande påståendet att en generell ökning av antalet läkare kommer att resultera i en jämnare regional fördelning sakna empirisk grund.

Ju mer man undersöker denna fråga desto mer förbryllande verkar den. Nästan alla säger att regionala olikheter i läkarutbudet är något negativt, men ingen kan riktigt förklara varför. Nästan alla är för en utjämning, men ingenting görs för att åstadkomma den. I Kalifornien

kunde vi under lång tid bevittna hur de politiska ledarna i delstaten framförde högljudda klagomål om hur svårt det var att få läkare att slå sig ned på landsbygden samtidigt som de beslutade om avgiftssystem, som innebar att ersättning till läkare på landsbygden kom att ligga under motsvarande i städerna. Enligt min mening bör allmän sjukförsäkring och andra offentliga ingripanden på sjukvårdsområdet främst ses som politiska åtgärder vidtagna för att uppnå politiska och samhälleliga mål, som har förhållandevis lite med befolkningens hälsa att göra. Detta tycks vara en ofrånkomlig slutsats att döma av de fakta som finns att tillgå idag.

Den tidigare analysen ger oss något underlag för en allmän bedömning av hur den politiska högern respektive vänstern förhåller sig till sjukvården, speciellt vad gäller statens roll. De konservativas och de radikalas ställningstaganden är vanligen klara och ofta provocativa. Enligt min uppfattning är de emellertid i stort sett otillfredsställande både som analys av hur vi hamnat i den situation vi idag befinner oss och som recept på hur vi skall bete oss i framtiden.

Konservativa argument

De konservativa argumenterar mestadels mot betydande statliga ingripanden i sjukvården, i överensstämmelse med sin allmänna tendens att förordas ett decentraliserat prissystem som den mest effektiva allokeringmekanismen. Allvarligt talat är det genant att vi måste bli påminda om detta – nog måste väl både teori och verklighet ha lärt oss att alternativet (något slags centraliserad kontroll) vanligtvis är betydligt mindre effektivt.

I detta hänseende bidrar de konservativa med potentiellt värdefull kritik av aktuella utvecklingstendenser inom sjukvårdssektorn. Men de kommer fel genom sin brist på historisk förståelse för

ursprunget till dessa utvecklingstendenser. Den konservativa reaktionen på den allmänna sjukförsäkringens framväxt runt om i världen är att döma ut den som ytterligare ett beklagligt steg i riktning mot socialism. När man pressas på en förklaring till denna utveckling, kommer högern med två slags otillfredsställande svar. För det första har vi den förklaring, som går ut på att folk helt enkelt är dumma. Samma människor som antas vara så intelligenta och insiktsfulla när det gäller att driva företag eller välja yrke eller ge ut pengar antas plötsligt vara dumma, irrationella eller något ännu värre när de måste ta ställning till det offentliga verksamheten på sjukvårdens område. Det är att göra det lätt för sig, men det är knappast övertygande. När vi allmänt observerar ett beteende som vi inte förstår, bör vi inte automatiskt tillskriva detta andra människors okunnighet eller irrationalitet.

Det är inte alla konservativa som skriver under på "folk är dumma"-teorin. Åtskilliga försöker förklara framväxten av allmän sjukförsäkring och liknande (enligt deras uppfattning) missriktad lagstiftning som särintressenas seger över det allmännas intressen. Strategin går ut på att identifiera speciella grupper, som tjänar på politiska beslut som totalt sett verkar leda till en välfärd förlust (och många ekonomer anser att allmän sjukförsäkring hör hemma i denna kategori eftersom den uppmuntrar till ett överutnyttjande). En andra uppgift är att göra klart för sig hur dessa grupper förlöpande kan hävda sina intressen på bekostnad av majoriteten i samhället. Ibland kan denna ansats vara givande, men när det gäller att förklara den allmänna sjukförsäkringens framväxt har den inte varit märkbart framgångsrik. Det är faktiskt så i Förenta staterna att en intressegrupp som har tjänat kraftigt på de offentliga sjukvårdsprogrammen (Medicare och Medicaid) har varit läkar-

na och dessa gick i bräschen för oppositionen mot dessa reformer.

Vad högern uppenbarligen inte kan acceptera – men inte heller vederlägga – är hypotesen att den allmänna sjukförsäkringen införs i utvecklade länder inte på grund av okunnighet eller irrationellt beteende, inte heller på grund av tryck från några snävt avgränsade intressegrupper, utan därför att de flesta människor vill ha ett sådant system, därför att det tillfredsställer vissa behov bättre än något alternativt system. Att dessa behov ofta är politiska, sociala eller psykologiska snarare än fysiologiska till sin natur är en av de viktigaste poängerna i denna artikel. Det verkar således på mig som om högerns fördömanden av det offentliga stadigt ökande roll på sjukvårdsområdet ofta är missriktade. De ständiga påståendena att den eller den regleringen eller subventionen är irrationell och ineffektiv talar ofta för döva öron helt enkelt därför att majoriteten inte ser det på detta sätt.

Vänsterns ståndpunkt

Låt oss nu se på vänstern. Och låt oss åter börja med det positiva. Vi bör vara tacksamma mot vänstern av två skäl. För det första, påminner den oss om att ett decentraliserat prissystem inte *alltid* är det bästa sättet att allokerar knappa resurser. Förekomsten av externaliteter och transaktionskostnader kan innebära att vissa allokeringsproblem löses effektivare med andra institutioner än marknaden. Och som vi sett finns det skäl av detta slag, som skulle kunna motivera offentliga ingripanden på sjukvårdsområdet.

Vad som är mera väsentligt är att vänstern i sina bättre stunder lämnar ett bidrag genom att hålla fram för oss visionen av ett rättvist samhälle. Likt de gamla profeterna bannar man, varnar och predikar. Det stora problemet med vänstern är inte att den saknar förmåga

att identifiera viktiga problem. Det är dess "analys" av orsakerna och de föreslagna lösningarna som får oss att reagera. Vem av oss tror inte på att hälsa är bättre än sjukdom, liv bättre än död? Men det är en sak att sätta upp mål som är värda att sträva efter, en annan att ha några vettiga idéer om hur dessa mål skall uppnås.

Bland vänsterns kritiker av sjukvården finner vi tex företrädare för en naivt reformistisk ståndpunkt, typ John Kenneth Galbraith. Enligt denna uppfattning står problemet att finna i otillräckliga allmänna medel. Om vi bara hade flera sjukhus, flera läkare, flera medicinska högskolor osv, skulle problemet vara löst. Och detta vid en tidpunkt när Förenta staterna har överskott på sjukhuskapacitet i varje storstadsområde, när icke-specialiserade kirurger arbetar endast 40 procent av vad de själva anser vara en rimlig arbetstid (och det är en allmänt utbredd misstanke att många operationer inte borde ha genomförts) och när sjukdomar, som är förorsakade av sjukvården, är ett allvarligt problem! Att så många inom vänstern fortfarande kan ta sådana slagord på allvar är ett tecken på ideologins seger över analysen. Denna uppfattning, att "mer är bättre", har blivit vederlagd av de forskningsresultat jag redogjorde för i början av denna artikel.

Det finns emellertid en annan typ av kritik inom vänstern, som är något mera sofistikerad och betydligt mera radikal. Långt ifrån att bara föreskriva "mera sjukvård", hävdar dessa kritiker att det är fel på "systemet". Problemet är, får vi höra, att producenterna är mera inriktade på vinst än på hälsovård, att om vi bara gjorde systemet mera "demokratiskt", gav en förbättrad folkhälsa högsta prioritet, reglerade läkarnas löner osv skulle allt bli bra. Skulle det verkligen det? För närvarande drivs omkring 95 procent av sjukhusen av institutioner

utan vinstintressen, antingen privata eller allmänna, ändå har kostnadsökningen inom dessa sjukhus varit enorm och tonvikten på komplex, esoterisk teknologi varit stor. När vi ser på andra system med andra former för organisation och finansiering, såsom i England eller Sovjetunionen, finner vi där en större tonvikt på förebyggande medicin, mera arbete på hälsoproblem förorsakade av miljön, mera kontroll över den medicinska utvecklingen från konsumenternas sida? Svaret är ett överväldigande nej.

Generella problem

Eftersom vänstern är så angelägen att skylla världens problem på kapitalismen, underlåter man att beakta vissa grundläggande observationer om mänskligt beteende. De flesta hälsoproblem, som man uppmärksammar, fanns före kapitalismen och återfinns i icke-kapitalistiska länder. Många problem härrör från konflikten mellan hälsa och andra mål, snarare än från läkarnas onda och själviska uppsåt. Personligt beteende och genetiskt arv har mycket större betydelse för hälsan än sjukvård, *oavsett system*. Även när sjukvård är relevant, är god hälsa sällan något en person kan ge till en annan. Den åstadkoms, om det över huvud är möjligt, genom gemensamma ansträngningar från läkare och patienter, ofta under osäkerhet och oro.

En av de starkaste generella slutsatser, som en jämförande studie av sjukvården i moderna länder ger anledning till, är oförmågan hos planeringsmyndigheter, försäkringskassor, sjukhusstyrelser och andra lekmanauktoriteter att helt kontrollera läkarkåren. I land efter land har införandet av allmän sjukförsäkring markerats av betydande eftergifter till läkarna på en mängd områden.

Jag tror att det finns ett antal verkligt subtila faktorer som verkar här. En framgångsrik sjukvård beror i mycket

stor utsträckning på att det finns ett ömsesidigt förtroende mellan läkare och patient. För mycket extern kontroll kan störa detta förtroendeförhållande. En läkarkår som var helt underställd en lekmanmyndighet skulle i många avseenden vara en mindre effektiv yrkeskår. Med det vill jag inte säga att avgiftsfinansiering aldrig kan leda till överutnyttjande, eller att legitimeringskrav alltid ligger i allmänhetens intresse eller att nuvarande institutionella arrangemang är idealiska. Vad jag vill säga är att några av de svåraste problemen på sjuk- och hälsovårdsområdet är desamma oberoende av ekonomisk eller politisk struktur – en slutsats som vänstern bortser från.

Produktionsprocess och produktionsresultat

Vilka allmänna slutsatser kan jag dra från denna breda översikt av hälso- och sjukvården i dagens samhälle?

En sak är klar, vad som gjort särskilt starkt intryck på mig är den allmänna tendensen att blanda ihop produktionsprocess och produktionsresultat, tendensen att sätta likhetstecken mellan sjukvård och hälsa, fast detta samband är ganska begränsat. Jag undrar om inte samma typ av sammanblandning görs på andra områden i samhället, tex mellan skolgång och kunskapsinlärning, rättsväsen och rättvisa, eller polisresurser och allmän trygghet.

Den offentliga sektorns tillväxt i vårt moderna samhälle är ett av de viktigaste forskningsområdena inom samhällsvetenskapen. Min analys av dess roll för hälso- och sjukvården ger mig anledning att betona två faktorer – övriga institutioners minskande betydelse och strävan mot ett mera jämlikt samhälle. För mig står det klart att marknadssystemets framgångar i västvärlden i icke ringa utsträckning kan hänföras till förekomsten av starka, icke marknadsanknutna institutioner som familjen och religionen.

Marknadssystemets resultat – vetenskap, teknologi, urbanisering, överflöd – håller på att underminera dessa institutioner, som utgjorde själva grunden i samhällsbyggnaden. Människorna behöver mer än ett materiellt överflöd. De behöver känna en mening med sitt liv – känna samhörighet med andra människor – någon eller något att tro på. Med familjens och religionens minskade roll blir marknadssystemets oförmåga att möta sådana behov uppenbar och staten skyndar till för att fylla detta vakuum. Men den lyckas bara delvis, därför att den är så stor och opersonlig.

Överflödet och komplexiteten i det moderna samhället bidrar också till att skapa en strävan mot större jämlikhet och staten är idag den institution som bär huvudansvaret för omfördelningsverksamheten. Detta betyder inte att jämlikhetssträvandena alltid får snabbt och fullständigt gensvar. Tvärtom, en stor del av av lagstiftningen är ägnad att ge symboliskt erkännande åt jämlikhetsidealet, utan att innebära någon faktisk omfördelning att tala om. Det är inte nödvändigtvis något förkastligt. En överbetoning av jämlikhetsmålet på bekostnad av andra mål kan vara skadligt för samhället som helhet. Det kan vara på sin plats att erinra sig Lord Actons kommentar till den franska revolutionen: "Den bästa chansen, som världen någonsin givits, gick förlorad, därför att en överdriven strävan efter jämlikhet ointetgjorde hoppet om frihet."

Trots sin försvagade roll är antagligen familjen fortfarande det största enskilda hindret mot jämlikhet i det post-industriella samhället. Så länge föräldrar överför till sin avkomma sin egen speciella uppsättning gener och sina egna speciella värderingar, kommer försök att uppnå fullständig jämlikhet att misslyckas. Det finns en punkt när vi måste fråga oss om den sista ökningen av jämlikheten är värd förlusten av en så värdefull institu-

tion som familjen – en institution som kan tjäna som tillflykt från opersonliga marknader och en maktfullkomlig stat.

En mångfald institutioner

Statens roll ökar också, därför att de flesta vanligtvis inte ser något rimligt alternativ när det gäller att ta itu med de komplexa problemen i dagens samhälle. Något som jag anser att man bör betona är att den kumulativa effekten av den offentliga sektorns tillväxt är ett försvagande (och slutligt eliminerande) av andra värdefulla institutioner som marknaden, familjen och privata sammanslutningar av religiös eller filantropisk natur. Vi bör således se upp med den offentliga sektorns ständiga expansion inte bara därför att en viss tillväxttakt uppfattas som "ineffektiv" – den kanske klarar en ingående nyttokostnadskalkyl för majo-

riteten av befolkningen – utan därför att det finns andra mål än effektivitet. För mig är nyckelordet *balans*, både vad gäller de mål vi sätter upp och de institutioner vi värnar om för att uppnå dessa mål. Jag värderar frihet *och* rättvisa *och* effektivitet och ekonomisk analys lär mig att jag kanske bör ge upp litet av ett mål för att åstadkomma bättre uppfyllande av de övriga. Dessutom tror jag att det bästa sättet att söka uppnå flera mål är genom en mångfald institutioner – marknaden, staten, familjen och andra. Ingen enskild institution är överlägsen vad gäller alla mål. Och mångfald – vare sig det gäller institutioner, gener eller aktieportföljer – är den bästa garantin för stabilitet och överlevnad i en osäker värld.

Översättning: *Inga-Lill Viotti*