

En allt rikare befolkning kräver mer resurser till hälso- och sjukvård

Historiskt så har hälso- och sjukvårdens andel av ekonomin ökat i takt med att länder blivit rikare. Det finns anledning att tro att detta är i enlighet med individers preferenser och att hälso- och sjukvårdens andel även framgent bör tillåtas växa i takt med att vi blir rikare. Anledningen är att marginalnyttan av konsumtion faller snabbt ju rikare vi blir och att individer då vill lägga allt mer resurser på hälsa i syfte att förlänga livslängden. Hall och Jones (2007) visar detta i en intressant modell.

Baserat på beräkningar av effekten av hälso- och sjukvårdsresurser på livslängd i USA, samt människors betalningsvilja för ökad livslängd, finner Hall och Jones att den andel av BNP som amerikanerna år 2000 satsade på hälso- och sjukvård, nämligen 13 procent, var för låg. Baserat på antaganden om fortsatta inkomstökningar på 2,3 procent per år, samt samma teknologiska utveckling som i andra sektorer, finner de att hälso- och sjukvårdens optimala andel av konsumtionen i USA troligen överskrider 30 procent innan 2050.

Extrapolerar vi till Sverige, där hälso- och sjukvården 2015 svarade för 11 procent av BNP, så indikerar Hall och Jones beräkningar att vi lägger för lite resurser på hälso- och sjukvård. Det är lätt att, vid en första tanke, tro att det omvända skulle gälla då svenska patienter endast betalar bråkdelar av kostnaderna vid besök på vårdcentraler och kliniker. Förklaringen är dock att vårdcentraler och kliniker i de flesta fall inte har ekonomiska incitament eller möjligheter att möta efterfrågan. Exempelvis beror mindre än hälften av ersättningarna till vårdcentraler i Sverige (Stockholm undantaget) på antalet patientbesök. Givetvis är det rätt av politikerna att inte ge utförare incitament att möta den del av efterfrågan som beror på låga patientavgifter. Svenska politiker har dock ett ansvar att se till att all vård som befolkningen är beredd att fullt ut betala för via skatter, försäkringspremier och/eller patientavgifter faktiskt tillhandahålls.

I och för sig kan personer som är beredda att betala för bättre sjukvård köpa detta privat. Många kan dock avstå från detta när de måste betala hela kostnaden för privat vård, inte bara merkostnaden, då de nyttjar privat i stället för offentligt finansierad vård. En person som utan offentlig sjukvård skulle lägga 20 procent av sin inkomst för att få tillgång till den bästa vården, kan därför nöja sig med en offentlig sjukvård av lägre kvalitet när denna erbjuds.

Att människor vill lägga större delar av sin inkomst på hälsa när de blir rikare är givetvis inget problem i sig. Ser man, som jag, starka skäl till att

hälso- och sjukvården även framgent huvudsakligen ska vara offentligt finansierad så innebär detta dock en utmaning. Att finansiera önskvärda satsningar på hälso- och sjukvård genom att på sikt mer än dubblera landstingsskatterna är knappast en lösning vid oförändrade nivåer på andra skatter; incitamenten för utbildning och arbete kan då bli alltför svaga. Visst kan skatteintäkternas andel av BNP höjas på andra sätt, exempelvis med en väl utformad fastighetsskatt, men knappast tillräckligt för att finansiera hela den önskvärda utbyggnaden av sjukvården. Andra åtgärder måste därmed till, exempelvis minskad skattefinansiering av andra privata varor. Sker detta endast enligt osthyvelsprincipen är dock risken att kvalitén i andra sektorer, såsom utbildning och äldreomsorg, blir för låg. Snarare krävs det politiskt mod för att avgöra vilka varor och tjänster som inte ska skattefinansieras för att säkerställa att tillräckliga resurser finns för att hålla rätt nivå på de verksamheter som framgent ska vara offentligt finansierade.

En annan lösning är att nöja sig med att offentligt finansiera den mer nödvändiga vården och låta en stor del av volymökningen ske inom privat finansierad vård. Detta skulle kunna ske genom att underlätta möjligheterna för patienter att köpa bättre vård genom att endast betala merkostnaden för denna. Alternativt kan man låta de som väljer att köpa en nog bra privat sjukvårdsförsäkring slippa betala landstingsskatten. Det finns argument för att sådana lösningar är bättre än att förmå de flesta att nöja sig med en vård av lägre kvalitet än de egentligen är beredda att betala för. Sådana lösningar skulle dock öka de socioekonomiska skillnaderna i hälsa och livslängd och även leda till betydande ineffektiviteter. Exempelvis är privat finansiering av sjukvård förknippad med höga administrativa kostnader, och vårdgivarnas kunskapsövertag gentemot patienterna kan leda till betydande problem inom privat vård. Jag ser således starka skäl till att hälso- och sjukvården även framgent ska vara huvudsakligen offentligt finansierad och att den måste få kosta betydligt mer än i dag.

David Granlund

REFERENS

Hall, R och C Jones (2007), ”The Value of Life and the Rise in Health Spending”, *Quarterly Journal of Economics*, vol 122, s 39–72.