

A2007:012

Sjukvårdssektorns tillväxtmöjligheter

En studie av erfarenheter från Kanada och USA

Björn Falkenhall och Marcus Zackrisson

Sjukvårdssektorns tillväxtmöjligheter

En studie av erfarenheter från Kanada och USA

Björn Falkenhall
Marcus Zackrisson

ITPS, Institutet för tillväxtpolitiska studier
Studentplan 3, 831 40 Östersund
Telefon 063 16 66 00
Telefax 063 16 66 01
E-post info@itps.se
www.itps.se
ISSN 1652-0483 (webb), 1652-8486 (tryck)
Elanders, Vällingby 2007

För ytterligare information kontakta Björn Falkenhall
Telefon: +1 310 566 23 35, +46 (0)70 776 16 46
E-post bjorn.falkenhall@itps.se

Förord

Den privata tjänstesektorn svarar för 52 procent av BNP och sysselsätter 63 procent av den totala arbetskraften i näringslivet. En stor del av tjänsteproduktionen i Sverige sker emellertid i den offentliga sektorns regi, varför en analys av tillväxtpotentialen i tjänstesektorn måste inkludera även denna.

Denna rapport har gjorts med syftet att bidra till den svenska diskussionen om sjukvårdssektorns förutsättningar att bidra till ekonomisk tillväxt. I rapporten analyseras finansieringen och utförandet av sjukvård i USA och Kanada med utgångspunkt i de svenska förhållandena och utmaningarna. En central frågeställning för studien är vad som krävs för att sjukvården ska bli en tillväxtbransch och under vilka förutsättningar detta är önskvärt?

En förutsättning för att sjukvården i Sverige ska bli en tillväxtsektor är att denna växer mer än BNP. Detta eftersom kostnaderna definitionsmässigt motsvaras av intäkterna för vårdgivare och företag i vårdsektorn. Sjukvårdens roll i tillväxtpolitiken beror på hur man väljer att betrakta den. Förenklat uttryckt finns det två huvudsakliga modeller. En offentligt administrerad modell som bland annat syftar till att hålla kostnadsökningarna under kontroll (lågkostnadsmodell), samt en marknadsbaserad modell där sektorn tillåts växa. Exempel på den förstnämnda modellen är de kanadensiska och svenska systemen, vilka främst syftar till att ge alla medborgare tillgång till vård av god kvalitet. USA är ett exempel på ett marknadsbaserat system. I detta har patienterna större möjligheter att göra egna val och deras handlade får konsekvenser för producenterna. Vilken roll sjukvården ska spela är dock ett politiskt val och beror på prioriteringar och avvägningar mellan olika mål och hur de inneboende målkonflikterna hanteras.

Rapporten har skrivits av Björn Falkenhall och Marcus Zackrisson vid ITPS kontor i Los Angeles. Till projektet har en referensgrupp varit knuten bestående av Arne Björnberg, Health Consumer Powerhouse, Henrik Jordahl, Institutet för Näringslivsforskning, Roger Molin, Sveriges kommuner och landsting samt Hanna Sjöberg, Nutek. Deras synpunkter och kommentarer har varit mycket värdefulla för arbetet.

Östersund, augusti 2007

Sture Öberg

Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	7
Summary	11
1 Introduktion	15
1.1 Studiens utgångspunkter	16
1.2 Syfte och frågeställning.....	16
1.3 Metod och avgränsningar	17
2 Teoretiskt ramverk	19
2.1 Sjukvård och försäkringar.....	20
2.2 Externaliteter	21
2.3 Incitament	21
2.4 Vårdköernas teori	22
2.5 Konkurrens	23
2.6 Ekonomisk tillväxt och marknader	24
2.7 Ekonomisk teori och sjukvård	24
3 Utgifter och resurser för sjukvård	27
3.1 Utgifter i Sverige, Kanada, USA och övriga OECD-länder	27
3.2 Resurser i hälso- och sjukvården	29
4 Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige	31
4.1 Bakgrund.....	31
4.2 Den svenska sjukvårdens prestationer.....	32
4.3 Utvecklingstendenser	35
5 Hälso- och sjukvård i USA	37
5.1 Bakgrund.....	37
5.1.1 Utgångspunkter	37
5.1.2 Historik	38
5.2 Finansieringen av det amerikanska sjukvårdssystemet	40
5.2.1 Offentliga sjukvårdsförsäkringar	40
5.2.2 Privata sjukvårdsförsäkringar.....	42
5.2.3 Integrerade sjukvårdssystem	44
5.3 Problem och förslag på lösningar	45
6 Det kanadensiska systemet för hälso- och sjukvård	51
6.1 Bakgrund.....	51
6.2 Den kanadensiska sjukvårdens resultat och prestationer	52
6.3 Problem och förslag på lösningar	55
7 Slutsatser och implikationer för Sverige	59
7.1 Slutsatser	59
7.2 Sjukvårdens två roller i tillväxtpolitiken	61
8 Förslag på fortsatta studier	67
Referenser	69

Sammanfattning

Den svenska ekonomin har de senaste åren visat upp en god ekonomisk utveckling och stark produktivitetstillväxt. I Sverige liksom i övriga västvärlden är tjänstenäringarna de snabbast växande näringarna. Även om tjänstesektorn har utvecklats positivt de senaste åren finns det en betydande outnyttjad potential. En stor del av tjänsteproduktionen i Sverige sker i den offentliga sektorns regi, varför en analys av tillväxtpotentialen i tjänstesektorn måste inkludera även denna. Ett av de största utgiftsområdena är sjukvård och samtidigt är det offentliga i huvudsak även utförare på detta område.

Rapporten har en komparativ ansats och utifrån svenska förhållanden och utmaningar analyseras sjukvården i USA och Kanada. Det amerikanska sjukvårdssystemet kan beskrivas som ett i huvudsak försäkringsbaserat system, även om den offentliga finansieringen är betydande. Det kanadensiska sjukvårdssystemet innebär att det offentliga ensam finansierar de tjänster som omfattas av det offentliga åtagandet, det vill säga sjukhusvård och läkarbesök. Vården är således avgiftsfri vid vårdtillfället. I vissa avseenden är denna sektor mer reglerad i Kanada än i Sverige. Kanada och USA representerar därför två ytterligheter när det gäller sjukvårdens organisering och finansiering. Av särskilt intresse har därför varit att analysera vilka incitament och implikationer dessa helt olika system ger upphov till.

Utgångspunkten för studien har varit utvecklingstendenser som får anses vara allmänt vedertagna och som påverkar utvecklingen av sjukvården. Internationaliseringen kommer att fortskrida och världens ekonomier kommer att integreras allt mer. Den internationella rörligheten för tjänster är lägre än för varor och kapital och kommer att så förbli. Dock finns det all anledning att tro att även rörligheten för tjänster kommer att öka, inte minst inom EU:s inre marknad. Den vetenskapliga och tekniska utvecklingen kommer att fortsätta och alltmer avancerad och dyr medicinteknik och läkemedel kommer att finnas tillgängliga. Andelen äldre kommer att öka som en konsekvens av förbättrad medicin och sjukvård, men också på grund av livsstils- och samhällsförändringar. Kraven på sjukvården från patienter kommer att öka, dels eftersom det finns en hög och ökande betalningsvilja, dels för att den medicintekniska utvecklingen kommer att öppna fler möjligheter. Allt fler patienter kommer dessutom att vara bättre informerade och vilja välja de senaste behandlingsmetoderna, läkemedlen och medicintekniken.

Kostnaderna för sjukvården har under de senaste årtiondena ökat i nästan samtliga utvecklade länder. Under perioden 1982–2004 har de genomsnittliga utgifterna för OECD-länderna ökat från 7,0 till 8,9 procent av BNP. De totala utgifterna för hälso- och sjukvård i Sverige svarade för 9,1 procent av BNP år 2004, vilket är i paritet med genomsnittet för OECD-länderna. USA är det land som i särklass spenderar störst andel av sin BNP på hälso- och sjukvård. Andelen uppgick till 15,3 procent 2004, medan Kanadas totala utgifter motsvarade 9,9 procent av BNP samma år. Rikare länder spenderar generellt en större andel av deras inkomster på hälso- och sjukvård. Skillnader i utgifter bland OECD-länderna kan till 90 procent förklaras av skillnader i BNP/capita och 47 procent av de högre kostnaderna i USA kan förklaras av dess höga BNP/capita.

Det *kanadensiska* systemet förbjuder kompletterande finansiering av den sjukvård som omfattas av det offentliga åtagandet. Medborgarna har samtidigt rätt till fri sjukvård enligt lagstiftningen. För att begränsa kostnadsökningarna i ett sådant system måste tillgången ransoneras. Köer och bristande tillgänglighet är ett resultat av detta. En annan åtgärd är att

genomslaget av ny medicinteknik begränsas, vilket är logiskt eftersom den nya tekniken driver kostnader men samtidigt verkar detta bidra till sämre medicinska resultat jämfört med många andra OECD-länder. Även budgetmässiga begränsningar används, som bland annat sätter ett tak för de anställdas löneutveckling, vilket bland annat inneburit att läkare söker sig till USA. Kostnaderna har ändå fortsatt att öka snabbare än skatteintäkterna, främst som en följd av satsningar på att förbättra tillgängligheten. Detta belastar de offentliga budgeterna hårt och nuvarande system anses av många inte vara hållbart på längre sikt.

Sjukvårdssystemet i USA bygger på den djupt rotade föreställningen att individen har rätt att besöka vilken läkare han/hon vill, när som helst. Kostnaden betalas emellertid främst av någon annan, det vill säga av tradition arbetsgivaren via försäkringar men i ökad utsträckning av det offentliga. Implikationen av ett sådant system är skenande kostnader och höga försäkringspremier. I vissa avseenden har USA den bästa vården i världen med den senaste medicintekniken och behandlingsmetoderna. Sjukvårdssektorn med angränsade näringar har samtidigt svarat för en stor del av nettotillskottet av nya arbetstillfällen och det höga löneläget attraherar de bästa läkarna från bland annat Kanada. Den omfattande sjukvårdssektorn driver också forskning och utveckling av nya läkemedel och medicinteknik. Baksidan är ett stort antal oförsäkrade då arbetsgivarna i mindre utsträckning är beredda att erbjuda de allt dyrare försäkringarna för sina anställda och att folkhälsan inte står i proportion till de höga utgifterna för sjukvården.

Den svenska sjukvården är mycket kostnadseffektiv, bland annat som en följd av ett integrerat system och att budgetmässiga begränsningar används. Till skillnad från flertalet andra OECD-länder har sjukvårdskostnadernas andel av BNP varit konstant i Sverige under de senaste 25 åren. Sverige har trots en oförändrad utgiftskvot lyckats uppnå bra medicinska resultat och god folkhälsa jämfört med andra länder. De två stora utmaningarna för svensk sjukvård, som annars står sig mycket väl i en internationell jämförelse, bedöms vara bättre tillgänglighet och den framtida finansieringen.

Såväl kanadensare som amerikaner efterfrågar naturligtvis den bästa vården och tillgängligheten, särskilt eftersom någon annan betalar i båda systemen. Det är därför viktigt att skilja på behov och efterfrågan, som mer skulle sammanfalla om individen betalar patientavgifter i samband med besök eller är med och delfinansierar vården via egna försäkringar. Kompletterande privat finansiering av det offentliga åtagandet är också det som ofta framförs som lösningen på Kanadas ökade offentliga kostnader, bristande tillgänglighet och dåliga medicinska resultat. I USA diskuteras att individualisera försäkringarna och införa individuella obligatoriska skattebefriade sjukvårdskonton för alla, *Health Savings Account*, som en åtgärd för att begränsa kostnadsökningarna. Detta skulle medföra att individen tar ett större ansvar genom att spara egna medel till kommande sjukvårdskostnader. Även arbetsgivaren kan bidra med medel till sjukvårdskontot liksom det offentliga för de med lägst inkomster.

I USA är sjukvården en sektor som skapar ekonomisk tillväxt och många nya jobb. Nettotillskottet av nya jobb i den privata sektorn de senaste fem åren har de facto skapats inom hälso- och sjukvården. Jämfört med Kanada och Europa anses den dynamiska och omfattande tjänstesektorn i USA vara den främsta förklaringen till den trendmässigt högre tillväxttakten och bättre förmågan att skapa nya arbetstillfällen. En av de bakomliggande förklaringarna synes under senare år vara den amerikanska sjukvårdssektorn.

Kanadas sjukvårdssystem bygger på att kostnadsökningarna ska hållas under kontroll med hjälp av budgetbegränsningar. Dessutom finns ett förbud mot kompletterande finansiering. Detta innebär följaktligen begränsningar för utförarna liksom inkomstutvecklingen för de

anställda i vården. Med begränsade inkomst- och affärsmöjligheter söker sig endast i begränsad omfattning entreprenörer och företag till sjukvårdssektorn. Ett sådant system är knappast förenligt med vad som kan betecknas som en tillväxtmarknad.

En tillväxtmarknad innebär att en sektor relativt andra sektorer har en högre tillväxt i förädlingsvärde. En förutsättning för att sjukvården i Sverige ska bli en tillväxtsektor är således att den växer mer än BNP. Detta eftersom kostnaderna definitionsmässigt motsvaras av intäkterna för vårdgivare och företag i vårdsektorn. Sjukvårdens roll i tillväxtpolitiken beror på hur man väljer att betrakta den. Förenklat uttryckt finns det två huvudsakliga modeller. En offentligt administrerad modell som bland annat syftar till att hålla kostnadsökningarna under kontroll (lågkostnadsmodell), samt en marknadsbaserad modell där sjukvårdssektorn tillåts växa. Exempel på den förstnämnda modellen är de kanadensiska och svenska systemen medan USA är ett exempel på ett marknadsbaserat system.

I en offentligt administrerad modell är sjukvårdens syfte inte tillväxtpolitiskt utan att efter behov ge alla medborgare tillgång till vård av god kvalitet. Detta ska ske till så låga kostnader som möjligt. Ur ett strikt ekonomiskt perspektiv ska sjukvården se till att den arbetsföra befolkningen vid sjukdom/skada så snabbt som möjligt kan komma tillbaka till arbetskraften. Vård av individer som inte ingår i arbetskraften motiveras inte utifrån ett ekonomiskt perspektiv utan snarare ett mänskligt. Det är emellertid av samhällsekonomiskt intresse att även denna vård sker kostnadseffektivt. Oavsett om vården finansieras via skatter eller försäkringar kan en offentligt administrerad modell, förutsatt att den har hög produktivitet, ge medborgarna högre disponibla inkomster eller landets näringsliv en konkurrensfördel, det vill säga det finns mer resurser för investeringar eller vinsterna blir högre. Denna modell kan också sysselsätta färre personer, men om detta är positivt eller inte beror på deras alternativa sysselsättning.

En marknadsbaserad modell kännetecknas av att konsumenterna kan göra reella val och att deras handlade får konsekvenser för producenterna, det vill säga mer effektiva enheter belönas genom större intäkter och andra slås ut. Om sjukvården ska vara en tillväxtsektor krävs att denna tillförs mer resurser och att besluten i större utsträckning överläts till marknaden och patienterna. Enbart ökad konkurrensutsättning, vårdgaranti eller vårdpeng är därför inte tillräckligt för att åstadkomma en egentlig tillväxtmarknad. Ingrepp i näringsfriheten eller förbud mot kompletterande privat finansiering av sjukvård, som i Kanada, är oförenligt med en sådan utveckling.

Sjukvård är emellertid inte en homogen tjänst. Ett sätt att klassificera sjukvård är att dela upp den i specialiserad sjukvård och primärvård. Utrymmet för marknadslösningar, privat finansiering och handlingsfrihet för patienten finns framför allt inom primärvården och i standardiserad planerbar specialistsjukvård. För akutsjukvård och övrig specialistvård är förutsättningarna helt annorlunda eftersom denna typ av vård har karaktäristika för marknadsmisslyckande. På sistnämnda områden är det därför både rimligt och troligt att såväl offentlig finansiering som utförande kommer att vara det helt dominerande inslaget i Sverige även i framtiden, det vill säga dessa områden kommer att vara den hårda kärnan i det offentliga åtagandet.

En svensk modell och en medelväg mellan det kanadensiska och amerikanska systemet skulle kunna innebära att utanför denna hårda kärna minskas det offentliga åtagandet och besluten överläts i större utsträckning till konsumenten eller andra aktörer, som även svarar för en större del av finansieringen. Samtidigt skulle en sådan förändring kunna bidra till den framtida finansieringen, öka tillgängligheten och reducera överkonsumtion i den mån

sådan existerar, det vill säga efterfrågan skulle mer avspegla de verkliga behoven. På samma sätt som i dag kan detta kombineras med ett högkostnadsskydd och stöd till dem med lägst inkomster för tjänster som omfattas av det offentliga åtagandet. En sådan utveckling med fler aktörer innebär emellertid att systemet blir mindre integrerat. Erfarenheter från både USA och Sverige visar att ett integrerat system innebär högre kvalitet och lägre kostnader. Ur ett tillväxtpolitiskt perspektiv är dock det sistnämnda inte ett problem. En utökad privat finansiering innebär också att det blir svårare att upprätthålla principen om lika vård. Vilken roll sjukvården ska spela i tillväxtpolitiken är dock ett politiskt val och beror på hur sjukvårdens inneboende målkonflikter hanteras, särskilt mellan vård på lika villkor och sjukvården som tillväxtmarknad.

Summary

In recent years the Swedish economy has demonstrated good economic development and strong growth in productivity. Services in Sweden as in other parts of the world are the fastest growing parts of the economy. Even though the service sector has developed positively, there still remains substantial unexploited potential. Since a large proportion of service production in Sweden is provided in the public sector, any analysis of its growth potential must also take this into account. One of the largest spending areas is health care, and public players are the main providers in this area.

This report has been written in order to contribute to the discussion in Sweden on the preconditions for the health care sector to contribute to economic growth. The report analyses the financing and provision of health care in the USA and Canada from the perspective of Swedish conditions and challenges. A central issue that the study focuses on are the pre-requisites for health care to become a growth industry, and the conditions under which this would be desirable.

The report adopts a comparative approach and on the basis of Swedish conditions and challenges analyses health care in the USA and Canada. The American health care system can basically be described as an insurance-based system, even though public financing is substantial. The Canadian health care system is such that the public system exclusively finances the services covered by publicly funded health service guarantees, i.e. hospital and outpatient care. Health care is thus free of charge. In some respects, this sector is more highly regulated in Canada than in Sweden. Canada and the USA thus represent two extremes in terms of the organisation and financing of health care. It is thus particularly interesting to analyse the incentives and implications that these highly different systems give rise to.

The study has taken as its starting point development trends that may be regarded as generally accepted and which influence the development of health care. Internationalisation will accelerate in the future, and there will be greater integration between national economic systems and the global economy. The international mobility of services is lower than for goods and capital, and will continue to remain so in the future. However, there is every reason to believe that mobility of services will increase, and not least within the internal market of the EU. Scientific and technological change will continue and become more advanced, and expensive medical technology and pharmaceutical products will become more available. The proportion of the elderly in the total population will increase as a consequence of improved medical and health care, and also as a result of changes in lifestyle and society. The demand for health care will increase, partly because of a high and increasing willingness to pay, and also because the development of medical technology will create more opportunities. Increasing numbers of patients will also become better informed and will thus want to choose the most effective methods of treatment, pharmaceutical products and medical technology.

The costs of health care in recent decades have increased in virtually all developed countries. During the period 1982–2004 average spending of OECD countries has increased from 7.0 to 8.9 percent of GDP. Total spending on health care in Sweden accounted for 9.1 percent of GDP in 2004, which is on a par with the average for OECD countries. The USA is by far the country spending the largest proportion of its GDP on health care. Its spending amounted to 15.3 percent in 2004, whilst total spending in Canada

was 9.9 percent of GDP in the same year. Wealthier countries generally spend a larger proportion of their income on health care. Approximately 90 percent of the differences in spending between of the OECD countries can be explained by differences in per capita GDP, and 47 percent of the higher costs in the USA can be explained by its high per capita GDP.

The *Canadian* system prohibits supplementary financing of health care covered by publicly funded health service guarantees. At the same time citizens have the statutory right to free health care. In order to limit cost increases, access under such a system must be rationed. Queues and lack of access are one of the consequences. Another measure is limiting the implementation of new medical technology, which is logical as the new technology tends to raise costs, but it also appears that this contributes to less effective health care outcomes compared with many other OECD countries. Budget based limitations are also used, which i.e. set a limit to doctors' salaries, thereby giving doctors an incentive to migrate to the USA. Nevertheless costs have continued to increase more rapidly than tax revenues, mainly as a consequence of measures to improve accessibility. This puts public budgets under severe pressure, and the current system is regarded by many as not sustainable in the longer term.

The health care system in the *USA* is based on the fundamental principle that the individual has the right to visit any doctor he/she wants, at any time. These costs are met, however, by a third party i.e. by tradition the employer through health insurance plans and increasingly by the public health system. The implications of such a system are escalating costs and high insurance premiums. In certain respects, the USA has the best health care in the world when it comes to using the latest medical technology and methods of treatment. The health care sector and its related services are at the same time responsible for a large part of the new jobs created, and high salary levels attract the best doctors from for example Canada. The health care system is the main driver for research and development of new pharmaceutical products and medical technology. The downside is the large number of persons who do not have health care insurance policies, since employers to some extent are increasingly less willing to provide increasingly expensive insurance for their employees and also that the level of public health does not correspond to high spending on health care.

Swedish health care is highly cost-effective, amongst other things, as a result of an integrated system and the use of budget limitations. In contrast to the majority of other OECD countries, the cost of health care as a proportion of GDP has been relatively constant in Sweden over the last 25 years. Despite an unchanging spending quota, Sweden has succeeded in achieving good medical results and a high level of public health compared with other countries. The two major challenges for Swedish health care, which otherwise compares favourably internationally, are considered to be better accessibility and its future financing.

Both Canadians and Americans quite naturally demand the best medical care and accessibility, particularly as these costs are met by third parties under both systems. It is thus important to differentiate between need and demand, and these would correspond more closely if the individual were to pay part of the cost of health care or were involved in joint financing of such care through personal insurance policies. Supplementary private financing of publicly funded health service guarantees is also put forward as a solution to increasing public costs in Canada, lack of accessibility and less effective health care outcomes. In the USA, the individualisation of insurance and the introduction of tax-exempt compulsory *Health Savings Accounts* for everyone is currently under discussion as

a measure for limiting cost increases. This would involve the individual in taking greater responsibility for saving in order to finance future health care costs. Employers can also contribute funds to the Health Savings Accounts, as can the public sector for those with the lowest incomes.

In the USA health care is a sector that creates economic growth and many new jobs. The net creation of new jobs in the private sector over the last five years has de facto been created in the health care sector. Compared to Canada and Europe, the dynamic and substantial service sector in the USA is regarded as the main reason for higher growth trends and enhanced capacity for creating new jobs. One of the underlying explanations for these results in recent years appears to be the health care sector in the USA.

The Canadian health care system is based on keeping cost increases under control by means of budget limitations. In addition, there is a prohibition against supplementary financing. The consequence of this is to limit the provision of services, as well as holding down incomes of those employed in the health care sector. With limited opportunities to increase income and expand business, entrepreneurs and companies focus only partially on the health care sector. Such a system is hardly compatible with what can be described as a growth market.

A prerequisite for health care in Sweden to become a growth sector is that it grows more than GDP. This is so since costs by definition correspond to the incomes of care providers and companies in the health care sector. In essence there are two principal models. A publicly administered model which, amongst other things, aims at keeping cost increases under control (low-cost model), and a market-based model where the health care sector is allowed to grow. Examples of the first mentioned model are the Canadian and Swedish systems, whilst the USA is an example of a market-based system.

In the low-cost model, the aim of health care is not economic growth, but on the basis of need the provision of access to health care of good quality for all citizens. The aim is to provide this at minimum cost. From a purely economic perspective, the health care sector should ensure that the working population in the event of sickness/injury returns to the labour force as rapidly as possible. Provision of care for individuals, not part of the labour force, is based on a human and not economic perspective. It is, however, of socio-economic interest that this is provided cost effectively. Irrespective of whether care is financed via tax revenues or through insurance, a low-cost model can provide citizens with higher disposable incomes, or industry with competitive advantages, since more resources would be available for investments, and profits would be higher. This model can also provide fewer job opportunities, but whether this is positive or not depends on what alternative employment opportunities exist.

A market-based model is characterised by consumers making real choices, and that these choices have consequences on producers i.e. more effective units are rewarded through higher incomes and the others are forced to leave the market. If health care is to be a growth sector, it will have to be allocated more resources, and decisions will to a greater extent have to be transferred to market and patients. Only increasing competition, introducing a health guarantee or health care vouchers would not be per se sufficient to achieve genuine growth. Interventions in the right to establishment, or prohibitions against supplementary private financing of health care, as in Canada are inconsistent with such a development.

However, health care is not a homogenous service. One way of classifying health care, is to differentiate between specialist and primary care. The scope for market solutions, private financing and freedom of choice for patients exists mainly in primary care and in standardised specialist health care that can be planned. For emergency and other specialist health care, the conditions are radically different since this type of care has by tradition failed in market terms. In the last mentioned areas, it is thus both reasonable and probable that public funding and provision will be the dominant element in Sweden in the future i.e. these areas will be the hardcore of publicly funded health service guarantees.

A Swedish model and a "middle route" between the Canadian and American systems could well lead to a reduction of publicly funded health service guarantees outside this hard core and that decisions will increasingly be transferred to consumers or other players, who also take responsibility for a larger proportion of financing. At the same time such a change could contribute to future financing, increase accessibility and reduce over-consumption to the extent it exists, i.e. demand would more closely correspond to real needs. In the same way as today, this could be combined with high cost protection and support for those with the lowest incomes through publicly funded health service guarantees. Such a change involving more players would, however, mean that the system would be less integrated. Experiences from both the USA and Sweden show that an integrated system would lead to higher quality and lower costs. From a growth policy perspective, however, the last mentioned alternative is not a problem. Expanding private financing also means that it would be more difficult to maintain the principle of equivalent care. However, the role of health care in growth policy is a political choice and is related to how inherent goal conflicts in health care are handled, especially between care on equivalent conditions and health care as a growth market.

1 Introduktion

Västvärlden har under en längre tid kännetecknats av att en allt större del av ekonomin utgörs av tjänstesektorn. Medan den tillverkande industrin präglas av internationalisering och effektivisering, som innebär tillväxt utan sysselsättningsökningar, växer många av tjänstenäringarna i termer av både produktion och sysselsättning. Den privata tjänstesektorns andel av den totala ekonomins förädlingsvärde i Sverige har gått från 38 till 48 procent mellan åren 1980 och 2004.¹ De andra sektorerna har samtidigt uppvisat en minskande andel under denna period.² Den privata tjänstesektorn svarar för 52 procent av BNP och sysselsätter 63 procent av den totala arbetskraften i näringslivet.³ Inkluderas även den offentliga sektorn sysselsätter tjänstesektorn tre fjärdedelar av arbetskraften. Betydelsen av tjänstesektorn för ekonomisk tillväxt har även betonats av OECD:

“If policymakers wish to strengthen economic growth and improve the foundation for the future performance of OECD economies, the service sector will need to do better”⁴

Den svenska ekonomin har de senaste åren visat upp en god ekonomisk utveckling och stark produktivitetstillväxt. Även om tjänstesektorn har utvecklats mycket positivt de senaste åren finns det en betydande outnyttjad potential. Inte minst vad gäller skapande av sysselsättning.⁵

En stor del av tjänsteproduktionen i Sverige sker i den offentliga sektorns regi, varför en analys av tillväxtpotentialen i tjänstesektorn måste inkludera även denna. Ett av de största utgiftsområdena är sjukvård och samtidigt är det offentliga i huvudsak även utförare på detta område.⁶ Den ansvarige ministern, Göran Hägglund, har i februari 2007 uttalat att ”I stället för att se vården som ett problemområde som kräver åtgärder, bör vi betrakta den som en sektor med en stor tillväxtpotential.”⁷ Sjukvårdens andel av ekonomin har de senaste hundra åren ökat dramatiskt. Från att tidigare ha utgjort endast någon procent av ekonomin utgör nu hälso- och sjukvård 7–15 procent av de utvecklade ländernas ekonomier.⁸

I Långtidsutredningens huvudbetänkande fokuseras på välfärdssystemens, i synnerhet välfärdstjänsternas finansiering. Utredningens utgångspunkt är att välfärdstjänsterna alltjämt ska vara väl utbyggda och bidra till omfördelning och till trygghet för medborgarna. Samtidigt konstateras att ett utbud som uteslutande finansieras med skatter med tiden kommer att innebära att nyttigheterna tillhandahålls och konsumeras i mindre utsträckning än om dessa välfärdstjänster i stället hade finansierats på privat och frivillig väg.⁹

¹ Econ Analys (2006: 1).

² Econ Analys (2006: 14).

³ Econ Analys (2006: 1).

⁴ OECD (2003).

⁵ Se bl.a. Henrekson & Johansson (2002) och Farell (2006).

⁶ En mer korrekt benämning på sjukvård är hälso- och sjukvård men vi har valt den kortare varianten för att öka läsbarheten.

⁷ www.regeringen.se/sb/d/8722/a/77245 (besökt 070310).

⁸ OECD Health Data (2006).

⁹ Långtidsutredningen 2003/04 (SOU 2004:19).

Debatten om sjukvården i Sverige är liksom i de flesta länder intensiv och den har genererat en mängd studier. Sjukvården är ett område där de ideologiska skillnaderna är framträdande och den borgerliga regeringen och många borgerligt styrda landsting har aviserat ett utökat inslag av privata utförare. Dock råder en politisk samsyn i Sverige om att sjukvården ska vara gemensamt finansierad. Den borgerliga regeringen har tydligare än tidigare regering betonat tillväxtpotentialen i svensk sjukvård.

Parallellt med denna studie genomför Nutek och Almega inom projektet Framtidens Näringsliv ett antal studier om hur Sverige ska kunna stärka vård- och omsorgsföretagens konkurrenskraft.¹⁰ Tidigare har Sveriges Kommuner och Landsting genomfört en internationell jämförande studie där svensk sjukvård jämförs med andra utvecklade länders sjukvårdssystem.¹¹

1.1 Studiens utgångspunkter

Alla studier utgår från en bild av verkligheten och framåtsyftande studier, som denna, måste förhålla sig till vad som kan komma att förändras över tiden. Nedan följer en sammanställning på de utvecklingstendenser vi använder som utgångspunkter och som vi anser kommer att vara av relevans för utvecklingen av sjukvården.

- Internationaliseringen kommer att fortskrida och världens ekonomier kommer att integreras allt mer. Den internationella rörligheten för tjänster är lägre än för varor och kapital och kommer att så förbli. Dock finns det all anledning att tro att även rörligheten för tjänster kommer att öka, inte minst inom EU:s inre marknad.
- Den vetenskapliga och tekniska utvecklingen kommer att fortsätta och alltmer avancerad och dyr medicinteknik och läkemedel kommer att finnas tillgängliga.
- Andelen äldre kommer att öka som en konsekvens av förbättrad medicin och sjukvård, men också på grund av livsstils- och samhällsförändringar.
- Kraven på sjukvården från patienter kommer att öka, dels eftersom det finns en hög och ökande betalningsvilja, dels för att den medicintekniska utvecklingen kommer att öppna fler möjligheter. Allt fler patienter kommer dessutom att vara bättre informerade och vilja välja de senaste behandlingsmetoderna, läkemedlen och medicintekniken.

Dessa punkter får anses vara allmänt vedertagna och utgör explicit eller implicit utgångspunkter för de flesta framåtsyftande diskussioner om hälso- och sjukvårdens utveckling.¹²

1.2 Syfte och frågeställning

Rapportens syfte är att bidra till den svenska diskussionen om sjukvårdssektorns förutsättningar för att bidra till ekonomisk tillväxt. I rapporten analyseras finansieringen och utförandet av sjukvård i USA och Kanada med utgångspunkt i de svenska förhållandena och utmaningarna. En central frågeställning för studien är vad som krävs för att sjukvården ska bli en tillväxtbransch och under vilka förutsättningar är detta önskvärt?

¹⁰ www.nutek.se/sb/d/722/a/5041 (besökt 070404).

¹¹ Sveriges kommuner och landsting (2005).

¹² Flera av dessa punkter återfinns i Porter & Teisberg (2006).

Följande frågeställningar har varit utgångspunkten för länderstudierna.

- 1 Vilka syften ska sjukvården uppfylla och vilka är de politiska målen?
- 2 Hur är sjukvården organiserad?
- 3 Hur är sjukvården finansierad och hur ser fördelningen ut mellan skatter och privat finansiering?
- 4 Hur har sjukvårdens kostnader, som exempelvis andel av BNP, utvecklats?
- 5 Hur presterar de olika system i termer av medicinska resultat och folkhälsa?
- 6 Vem deltar i sjukvårdsdebatten och vilka frågor/problem diskuteras samt vilka lösningar föreslås?
- 7 Hur behandlas sjukvårdens tillväxtpotentialer?

1.3 Metod och avgränsningar

Den svenska hälso- och sjukvårdslagen definierar hälso- och sjukvård som ”åtgärder för att medicinsk förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador”.¹³ Den här rapporten följer den definitionen.¹⁴ Vi avser inte att diskutera omsorg (t ex barn- och äldreomsorg) eller olika stöd till handikappade, utan rapporten fokuserar på sjukvård i form av behandling av sjukdom och skador samt förebyggande vård. En bred definition på förebyggande vård innefattar även motion och kost. Detta behandlas inte explicit. Vidare exkluderar studien sjukvårdens inre organisation liksom frågor kring ledarskap och styrning.

En annan avgränsning är att vi inte inkluderar tandvård. I USA ses ofta tandvård som en del av sjukvården och inte som i Sverige där tandvården ligger utanför den övriga sjukvården. Även i Kanada ligger tandvården utanför sjukvårdssystemet och vi har därför valt att inte diskutera tandvård. Inte heller berörs läkemedel, men däremot behandlas läkemedel som en kostnadsdrivare för sjukvården.

Studien har en komparativ ansats och utifrån svenska förhållanden och utmaningar analyseras sjukvården i USA och Kanada. Det amerikanska sjukvårdssystemet kan beskrivas som ett i huvudsak försäkringsbaserat system, även om den offentliga finansieringen är betydande. Det kanadensiska sjukvårdssystemet är ett så kallat *single payer* system, vilket innebär att det offentliga ensamt finansierar de tjänster som omfattas av det offentliga åtagandet. Även om provinserna i Kanada har långtgående självbestämmande har den federala regeringen intervenerat på detta område. De provinsiella systemen är därför relativt likartade. För de tjänster som omfattas av det offentliga åtagandet, vilket innefattar sjukhusvård och läkarbesök, är kompletterande privat finansiering förbjuden. Vården är således avgiftsfri vid vårdtillfället. I vissa avseenden är denna sektor mer reglerad i Kanada än i Sverige. Kanada och USA representerar därför två ytterligheter när det gäller sjukvårdens organisering och finansiering. Av särskilt intresse är därför att analysera vilka incitament och implikationer dessa helt olika system ger upphov till.

¹³ Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

¹⁴ Sjukvårdens angränsande näringar som exempelvis läkemedel och medicinteknik berörs därför inte.

USA är ett land som i kraft av sin ekonomiska och vetenskapliga ställning i världen påverkar politiken i sin omvärld på de flesta områden. Den politiska utvecklingen och debatten i USA har stort inflytande på omvärlden och brukar spilla över på Europa.¹⁵ USA visar också upp en mångfald av aktörer och lösningar inom sjukvården. Denna konkurrens mellan aktörer och olika system för att organisera och finansiera sjukvården ger goda exempel på styrkor och svagheter med olika lösningar. Det självbestämmande som delstaterna har innebär att USA är vad som ibland kallas ett gigantiskt politiskt laboratorium. Det som beslutas i Washington DC är ofta idéer som är beprövade på delstatsnivå. Sjukvård har varit en av de frågor som legat högt på den politiska agendan under många år, men den federala nivån har inte lyckats ta initiativ i frågan och kunnat lösa problemen på ett tillfredsställande sätt. Därför har flera delstater lanserat nya initiativ och försökt att reformera sjukvårdssystemet på delstatsnivå. I många avseenden har delstaterna ledartröjan i sjukvårdspolitiken. Därför kommer denna rapport även att diskutera vissa politiska initiativ och debatt på delstatsnivå i USA.

USA är så stort och rösterna så många i den offentliga debatten att det nästan alltid går hitta någon förespråkare för en viss lösning. För att kunna sortera bland rösterna och få en bra överblick över de olika alternativen och ståndpunkterna brukar det vara tillräckligt att gå igenom de stora dagstidningarna/tidskrifterna och ett antal representativa tankesmedjor. I den offentliga debatten i USA har dessa tankesmedjor ofta en ledande roll. De befolkas vanligtvis av forskare, men till skillnad från universitet driver de en uttalad politisk och ofta ideologisk linje. Deras uppgift är att presentera lösningar på politiska problem som ligger i linje med deras agenda och få ut dessa i media. Följden blir att så snart en fråga har blivit aktuell i USA finns det en uppsjö av mer eller mindre genomtänkta förslag i den allmänna debatten. De flesta av dessa kommer aldrig att bli politisk verklighet, men de är däremot en guldgruva för att hitta goda idéer och förslag. Eftersom hälso- och sjukvård är en av de allra viktigaste frågorna i USA finns det ett flertal tankesmedjor, som enbart ägnar sig åt dessa frågor och dessutom har alla större tankesmedjor en särskild avdelning för hälso- och sjukvårdspolitik. Detsamma gäller för många större universitet i såväl USA som Kanada. Det är vanligt att studier kontrasterar Kanada mot USA till följd av de stora olikheterna mellan länderna. En tredje källa till kunskap är oberoende forskningsstiftelser (*non profit foundation*) som utför jämförande studier och tar fram statistik över området.¹⁶

¹⁵ Ett exempel på detta är den skattereform som president Reagan genomförde 1986. Inom fem år hade nästan alla västeuropeiska länder genomfört liknande skattereformer (Messere, 1995).

¹⁶ De mest framstående oberoende forskningsstiftelserna med inriktning på sjukvård är Kaiser Family Foundation (www.kff.org), California Health Care Foundation (www.chcf.org) samt RAND (www.rand.org/health/). Även följande tankesmedjor har mycket information om sjukvården: www.ppionline.org/ppi_ka.cfm?knlgAreaID=111
www.nchc.org/index.shtml
www.cato.org/healthcare/index.html

2 Teoretiskt ramverk

Som vi ska visa i det här kapitlet kan man analysera sjukvården som en marknad. Dock har sjukvården ett antal inneboende egenskaper och samhällseliga krav på sig som gör att en strikt ekonomisk analys är otillräcklig. En tillväxtpolitisk analys av sjukvården kräver likväl att man använder ekonomiska begrepp, men de måste användas tillsammans med samhällseliga målsättningar för sjukvården.

Sjukvården, i egenskap av tjänstenäring, har ett antal karakteristika. Tjänstenärningar är arbetskraftsintensiva och konsumtionen är omedelbar. En vanlig föreställning är att det i tjänstenärningarna finns ett begränsat utrymme för produktivitetsökningar i jämförelse med tillverkningsindustrin (s k Baumols sjukdom).¹⁷ Emellertid har empiriska studier under senare år visat att så inte alltid är fallet.¹⁸ Sjukvården har också egenskaper som gör den unik i jämförelse med andra tjänstenärningar eftersom den främst efterfrågas när folk är sjuka, med undantag för förebyggande vård. Lite tillspetsat kan man säga att konsumenter inte vill konsumera sjukvård, utan att det är ett nödvändigt ont. Konsumenters betalningsvilja är i allmänhet hög. Eftersom tillgång till sjukvård ibland handlar om liv och död kan betalningsviljan vid livshotande sjukdomar i vissa fall vara näst intill oändlig.

Sjukvården är emellertid heterogen och innehåller ett flertal olika tjänster, varav vissa är kostnadskrävande och avancerade medan andra är mer rutinmässiga behandlingar. En vanlig distinktion är mellan planerad och icke-planerad vård (akutvård). Detta innebär att det är svårt att tillämpa ett och samma resonemang. Till exempel är det mycket svårt för patienter att göra informerade val vid akutvård medan detta är möjligt vid planerad vård som exempelvis en höftledsoperation.

Inom speciellt vissa tjänstenärningar är det ett problem att den ena parten (säljaren) har ett informationsövertag över den andra parten (köparen), så kallade informationsasymmetrier. Förmodligen ingen marknad kan uppvisa så stora asymmetrier som sjukvården. Ytterligare en faktor som gör sjukvården speciell är att den av de flesta ses som en rättighet. Det gör att en ojämn tillgång till sjukvård ses som ett politiskt problem. Att någon skulle dö på grund av att individen inte har råd att betala för sin vård anses inhumant och inte värdigt en utvecklad ekonomi.

En av svårigheterna med att studera sjukvårdspolitik är att dess syfte är oklart och mångfasetterat. Följande fem faktorer kan urskiljas i debatten om vad sjukvården ska uppnå. Dessa är sinsemellan oförenliga och de betonas olika mycket i skilda sammanhang och av olika debattörer och politiska läger.

- 1 Hög kvalitet (goda medicinska resultat och kvalitet i form av upplevd nytta, vilket även inbegriper valfrihet)
- 2 Tillgänglighet (d v s inga eller korta köer och geografisk närhet)
- 3 Vård till så låg kostnad som möjligt i förhållande till kvalitet
- 4 Vård till alla (eller åtminstone så många som möjligt)

¹⁷ Baumol & Bowen (1966)

¹⁸ Triplett & Bosworth (2003)

5 Bidra till ekonomisk tillväxt och utveckling av nya teknologier och läkemedel

Det är viktigt att skilja på vad en individ efterfrågar och vad de samhälleliga målen med sjukvård är. En individ vill ha tillgänglig vård av hög kvalitet, det vill säga punkterna 1 och 2. I viss utsträckning är även patienten intresserad av att vården kan ske till så låg kostnad som möjligt, särskilt om den betalas direkt av individen (punkt 3). Samtliga punkter är emellertid mer eller mindre uttalade politiska målsättningar. Det finns dock målkonflikter mellan särskilt ambitionen att begränsa kostnaderna samtidigt som sektorn ska bidra till ekonomisk tillväxt. En vård av hög kvalitet med god tillgänglighet för alla är också svår-förenlig med låga kostnader.

I debatten och forskningen om sjukvårdspolitik förekommer att antal begrepp som är viktiga att förstå. Sjukvård fungerar i många avseenden som en marknad. Det finns en efterfrågan och det finns ett utbud. Men den uppvisar egenskaper som brukar tas som intäkt för att den är ett marknadsmisslyckande. Dessutom anses den spela en central roll i människors välbefinnande och det gör att sjukvårdsmarknaden behöver regleras för att få ett samhällligt önskvärt utfall. Även i ett sjukvårdssystem som är offentligt finansierat och organiserat finns det informationsasymmetrier både i förhållande till patienter, men även mellan utförande och finansierande enheter.¹⁹ I icke-integrerade system tillkommer problemet med så kallad tredjepartsfinansiering.²⁰

Den ekonomiska forskningen har genererat ett antal insikter om konsumenters beteende som är användbara i alla samhälleliga studier. Dessa diskuteras nedan i ljuset av sjukvård.

2.1 Sjukvård och försäkringar²¹

Oavsett hur sjukvård organiseras och finansieras kan den analyseras utifrån försäkringsteori. I ett system där man köper privata sjukvårdsförsäkringar fungerar försäkringar ungefär som vilken annan försäkring som helst. Men även i ett skattefinansierat system som det svenska är vissa delar av allmän försäkringsteori tillämplig.

Försäkringar bygger på att det finns en riskpool. De flesta behöver inte använda försäkringen och subventionerar på så sätt de få som behöver använda försäkringen. Riskutjämningen måste antingen ske över kollektivet och/eller över tiden. Det senare innebär att en individ betalar försäkring under hela eller stora delar av sitt liv och att försäkringsgivaren på så sätt kan utjämna risken. Det förutsätter dock att individen under stora delar av sitt liv inte behöver använda försäkringen. För individer med kroniska åkommor eller som ofta är sjuka kommer det vara svårt/dyrt att utjämna över tiden. Därför är det lättare att utjämna över kollektivet, vilket innebär att både friskare och sjukare individer finns i riskpoolen.

Ett problem som försäkringar måste hantera är *adverse selection*. Det innebär att de som har störst sannolikhet att använda försäkringen också är de som är mest villiga att betala för den. De som är minst behov av försäkring kanske inte skaffar sig denna. Detta riskerar att förstöra riskpoolen och driva upp priserna. Ett sätt att lösa detta är att göra försäkringen obligatorisk. Det kan ske som i Sverige genom att man betalar för sjukvården via skatt eller som i vissa delstater i USA (se kapitel 5) där det är olagligt att vara utan sjukvårdsförsäkring.

¹⁹ Ekelund (2004).

²⁰ Tredjepartsfinansiering innebär att sjukvården inte betalas av de två parter som tillsammans är inblandade i behandlingen, d v s patient och läkare utan av en tredje part, t ex försäkringsbolag.

²¹ För en översikt se t ex Nyman (2003).

Ett annat problem med försäkringar är *moral hazard*. Det innebär att försäkringstagare själva, till egen fördel, kan skapa ett försäkringsutfall genom att mer eller mindre medvetet ändra sitt beteende. Det innebär när det gäller sjukvård att en oförsäkrad individ skulle agera mer ansvarsfullt och utsätta sig för mindre risker. Eftersom vård är gratis eller kraftigt subventionerad för en försäkrad individ kommer han/hon att efterfråga mer vård än en oförsäkrad som själv får betala hela kostnaden.²²

2.2 Externaliteter

En externalitet uppstår när en varas pris inte återspeglar alla kostnader och fördelar med transaktionen eller annorlunda uttryckt när tredje part påverkas av transaktionen. Externaliteter kan vara både negativa och positiva. Ett vanligt exempel på en positiv externalitet är en villaägare som renoverar och förskönar sitt hus. Även värdet på kringliggande hus kan till följd av detta påverkas positivt. Exempel på en negativ externalitet är en fabrik som släpper ut föroreningar som påverkar omgivningen. De omkringboende får försämrad miljö utan att ta del av fabriken vinst.

Förekomsten av externaliteter anses ofta som ett bevis för ett marknadsmisslyckande. I vissa fall kan man korrigera externaliteter med bättre definierade äganderätter. Negativa externaliteter som exempelvis miljöpåverkan åtgärdas ofta med hjälp av skatter. Positiva externaliteter är endast ett problem om de är så stora att transaktionen inte kommer att äga rum. Ett exempel på detta är forskning och speciellt grundforskning, vilken inte direkt resulterar i nya produkter utan genererar kunskap, som eventuellt på lång sikt kan ligga till grund för nya teknologier och produkter. Det är svårt att exkludera individer från att använda kunskap. Om man inte kan exkludera de som inte betalar från att använda kunskap försvagas incitamenten att producera varan, i det här fallet kunskap. Lösningen är att finansiera forskning via skatter.

Ett exempel på en positiv externalitet inom sjukvården är vaccinationer. En individ som vaccinerar sig mot en smittsam sjukdom reducerar inte bara risken att få sjukdomen utan även risken att andra ska insjukna i sjukdomen. Detta kan tas som intäkt för att staten ska erbjuda vaccinering gratis eller kraftigt subventionera denna, åtminstone vad gäller smittsamma sjukdomar. Ytterligare ett exempel är att utan direkt kostnad för patienten erbjuda sjukvård till personer som har insjuknat i smittsamma sjukdomar. Det är i allas intresse att människor blir vaccinerade mot smittsamma sjukdomar och att bärare av virus och bakterier kan få tillgång till vård. Att alla får tillgång till sjukvård som syftar till att minska spridningen av smittsamma sjukdomar går alltså motivera i strikt ekonomiska termer.

2.3 Incitament

En central term inom hälsoekonomin är incitament. I en komplex verksamhet som sjukvård är incitamentsstrukturen otydlig. För att illustrera effekterna av olika incitamentsstrukturer kan man ta två exempel. En ytterlighetsvariant är ett system där patienterna betalar direkt för den vård de konsumerar, det vill säga inga försäkringslösningar. Patienterna kan förväntas vara kostnadsmedvetna och en fullt informerad patient kommer att få korrekt vård. Om det finns informationsasymmetrier och/eller bristande information riskerar patienten dock att få betala för vård som han/hon inte behöver, så kallad övervård. Den andra varianten är ett system där det inte finns någon koppling mellan vad patienten betalar och hur mycket vård han/hon konsumerar. I ett sådant system finns risken för att patienten efterfrågar mer vård än vad han/hon behöver och kostnaden för sjukvården kommer att öka

²² Bajari m fl (2006).

om inte utbudsbegränsningar används. En vanlig lösning är dock att patienten betalar en del av kostnaden i form av en patientavgift eller självrisk.

På utförarsidan finns det olika incitament för att effektivisera och förändra vården. Ett system där utförarna får betalt per behandling ger incitament att öka antalet behandlingar. Då kan den absurda situationen uppstå, på grund av informationsasymmetrier, att det är olönsamt att få patienterna friska. Olika organisation av sjukvård ger också olika incitament att införa ny teknik. En utförare som ersätts efter antalet behandlingar har incitament att införa processinnovationer, det vill säga göra vården effektivare, medan en utförare som får ersättning för vårdresultat har incitament att förbättra vården men mindre incitament att effektivisera den. Vinstdrivande vårdgivare kan dessutom ha incitament att erbjuda nya typer av behandlingar och mer vård även om förbättringen är marginell i de fall de får betalt per behandling. Beroende på storlek och struktur på informationsasymmetrierna och läkarnas ersättning kan incitamentsstrukturen se olika ut.²³

Ett sätt att som åtgärdsar vissa av incitamentsproblemen är integrerade sjukvårdssystem. Det innebär att sjukvårdens utförare också är de som tillhandahåller försäkringen. Landstingen i Sverige är ett exempel på vertikalt integrerad sjukvård, men även Kaiser Permanente i USA är ett sådant system (se kapitel 5). Ett vertikalt integrerat system har vissa fördelar. Ett sådant system kan få ett effektivare informationsflöde mellan olika producenter och kan få bättre kontroll på kostnader eftersom systemet både tillhandahåller finansiering och är utförare av vården. Systemet har också incitament att effektivisera processen eftersom det inte kan fakturera tredje part.²⁴ Ett vertikalt integrerat system har också ett antal nackdelar. Där finns incitament att reducera kostnaden och begränsa servicen eftersom systemet får en viss ersättning per patient. En ofta påtalad svaghet med integrerade system är att de riskerar att ge för lite vård.²⁵ Det finns även begränsad konkurrens inom systemet, det vill säga valfriheten för patienten är mindre.

2.4 Vårdköernas teori

Köer uppstår när efterfrågan överstiger utbudet. På en marknad reglerar priset utbudet och efterfrågan och ser till att dessa är i balans, det vill säga att det inte finns köer. Enligt den nationalekonomiska läroboken ska köer på en marknad leda till antingen att priserna stiger, så att det råder balans mellan utbud och efterfrågan eller att nya producenter kommer in på marknaden, så att utbudet stiger och motsvarar efterfrågan. Om det inte går att höja priset genom förekomsten av en prisreglering eller om det råder etableringshinder kommer köer att finnas kvar.

I många fall är betalningsviljan för sjukvård hög. För livshotande åkommor som kräver akutvård är priskänsligheten nära noll, det vill säga betalningsviljan är nästintill oändlig och begränsas endast av individens finansiella resurser. För övrig vård fungerar emellertid prismetanismen som regulator av utbud och efterfrågan. För att priset ska kunna reglera utbud och efterfrågan krävs dock att konsumenterna kan göra informerade val och i många fall finns inte information tillgänglig. I praktiken möter dock inte patienter marknadspriset i många sjukvårdssystem, utan ett pris som understiger detta. Detta medför *per se* köer.

²³ För en bra sammanfattning av informationsasymmetrier inom sjukvården, se t ex Blomqvist (1991).

²⁴ Porter & Teisenberg (2006).

²⁵ Enthoven & Tollen (2006, XXXI).

I en offentligt organiserad sjukvård, det vill säga sjukvård som inte är konkurrensutsatt och inte är vinstdrivande, kan köer vara ett uttryck för en felaktig incitamentsstruktur. För den producerande enheten innebär en kö att efterfrågan är konstant och förutsägbar, vilket underlättar planeringen av produktionen. Är produktionen uppdelad i mindre enheter med varsin kö kan varje produktionsenhet planera sin verksamhet på ett effektivt sätt. Att de totala produktionsresurserna används effektivt finns det dock ingen garanti för. I en organisation som finansieras med skattemedel är köer ett tydligt sätt att visa att man behöver mer resurser. Köer kan antingen visa att stor efterfrågan finns och/eller förekomsten av ineffektiviteter.²⁶ Å andra sidan kan frånvaron av köer vara en indikation på överkapacitet.

2.5 Konkurrens

En textboksdefinition på konkurrens är en situation som uppstår där det finns ett flertal oberoende köpare och säljare på en marknad. Konkurrens ska leda till att samhällets ekonomiska resurser utnyttjas bättre. När konkurrensen fungerar ska produkterna bli bättre och priserna sjunka. De företag som inte klarar konkurrensen ska slås ut och de företag som lyckas i konkurrensen belönas med ett tillfälligt monopol, som i sin tur konkurrensen ska komma att erodera. Konkurrens är som en löptävling utan slut. Ingen vinnare utses utan bara ledare. Konkurrens är ett sätt att experimentera fram den bästa lösningen.

”Competition is how society acknowledges that it does not have the information it wants, and demonstrates that it is serious about discovering it”²⁷

För att konkurrensen ska fungera krävs dock att några villkor är uppfyllda. En fungerande konkurrens kräver att det finns flera köpare som har reella valmöjligheter och att de ratade producenterna faktiskt kan få upphöra med verksamheten (exit). För att konsumenter ska kunna göra val krävs tillgång till information. Det måste också vara möjligt till *entry*, det vill säga att nya producenter har möjlighet att etablera sig på marknaden (låga inträdesbarriärer).

Det finns olika typer av konkurrens, vilket gör att effekterna av ökad konkurrens kan skilja sig åt. Studier ger olika resultat om vilken effekt ökad konkurrens har på sjukvården. En studie i England har funnit att konkurrensen har haft en dämpande inverkan på priser och kostnader inom ramen för det brittiska statliga sjukvårdssystemet (NHS), men att effekterna har varit begränsade.²⁸ Enligt de få svenska studier som gjorts var totalproduktiviteten högre för privat primärvård jämfört med offentlig primärvård även om dessa jämförelser är behäftade med metodologiska problem.²⁹ Studier i USA har däremot visat att konkurrens i många fall varit kostnadsdrivande. Förklaringen är att det finns flera typer av konkurrens, som i vissa fall kan ha negativa implikationer när incitamenten är felaktiga.³⁰ Detta kan exempelvis vara fallet när vårdgivare inte premieras för goda resultat utan i stället ersätts för antalet behandlingar.³¹

I syfte att uppnå kostnadsbesparingar och kvalitetsförbättringar har offentligt organiserade sjukvårdssystem tillämpat anbuds konkurrens, där utförandet har överlåtits på privata aktörer. Upphandlande enhet har ofta fokuserat på kostnadsbesparingar och bestämt vad

²⁶ Jordahl (2005).

²⁷ Hayek (1979).

²⁸ Ekelund (2004).

²⁹ Ekelund (2004).

³⁰ Porter & Teisberg (2006).

³¹ Porter & Teisberg (2006).

som ska ingå i tjänsterna. Detta riskerar att leda till att bättre, men dyrare behandlingsmetoder väljs bort till förmån för leverantörer som erbjuder en enklare men billigare tjänst.

Ett alternativ till anbudskonkurrens är kundvalsmodellen. Den innebär att kunden själv väljer utförare och en bestämd ersättning betalas ut till den valde utföraren. Detta system har tillämpats inom utbildningsväsendet i Sverige genom införandet av skolpengen. En nackdel med kundvalsmodellen inom i synnerhet sjukvården är förekomsten av informationsasymmetrier. Dessutom föreligger risk för *third-payer-problem*, det vill säga patienter efterfrågar för mycket vård eftersom någon annan betalar, om inte utbudet begränsas.

Avregleringar i form av anbudskonkurrens och kundvalssystem har skapat starkare incitament till processinnovationer. Det är emellertid bara kundvalssystemet som skapar incitament till innovationer rörande innehållet i tjänsterna.³²

2.6 Ekonomisk tillväxt och marknader

Ekonomisk tillväxt innebär att BNP ökar och är ökningen dessutom snabbare än befolkningstillväxten stiger även BNP/capita. Ekonomisk tillväxt innebär tillväxt av förädlingsvärde och sker om mer produktionsfaktorer används eller om befintliga produktionsresurser används på ett effektivare sätt.

Ett vanligt begrepp i den tillväxtpolitiska debatten är tillväxtmarknad eller tillväxtbransch. Begreppet brukar sällan definieras, men avser en bransch som relativt andra branscher har en högre tillväxt i förädlingsvärde. Den kännetecknas också ofta, men inte nödvändigtvis, av ett stort inflöde och utflöde av företag och en snabb produktutveckling. En bransch som uppvisar en stark sysselsättningsökning kan vara en tillväxtbransch, men även branscher med låg sysselsättningsökning till följd av en kraftig produktivitetsutveckling kan vara tillväxtbranscher. Således är endast sysselsättningsökning inget bra mått på tillväxtbranscher.

En tillväxtmarknad kan per definition inte vara ett offentligt monopol. Offentliga monopol är den mest ingripande regleringen av en marknad där marknadsmekanismerna inte tillåts verka. Detta kan illustreras med den del av offentlig sektor där det offentliga monopolet är tydligast – försvaret. Om försvaret tillförs mer skattemedel kan det inte betraktas som en tillväxtsektor, utan det innebär endast att en offentlig verksamhet expanderar. Om tillskottet främst används till att upphandla mer försvarsmaterial skulle det skapa tillväxt hos försvarets leverantörer, men det innebär inte att försvaret är en tillväxtmarknad. En tillväxtmarknad kännetecknas således av att dess andel av BNP växer och att tillväxten bestäms av kundernas efterfrågan.

2.7 Ekonomisk teori och sjukvård

Denna genomgång av ekonomisk teori visar att sjukvården är en komplex marknad, som väsentligt skiljer sig åt från de flesta andra marknader. Sjukvårdens stora betydelse för människors hälsa och välbefinnande gör att ekonomisk teori ger en otillräcklig bild för att förstå sjukvård. Sjukvård kan betraktas både som en rättighet och skyldighet för individer. Skyldigheten består till exempel i att vaccinera sig mot smittsamma sjukdomar och uppsöka vård om man bär på en smittsam sjukdom (negativ externalitet, se ovan). Att individer är friska nog att arbeta ligger visserligen i allmänhetens intresse eftersom de i moderna ekonomier annars blir försörjda av samhället, men det är primärt i individens intresse att han/hon får adekvat vård.

³² Ekelund (2006).

Sjukvården som en rättighet ligger utanför den ekonomiska teorin men de allra flesta är nog överens om att ingen ska behöva vara utan sjukvård. Alla utvecklade ekonomier har ett system där alla, oavsett betalningsförmåga har tillgång till åtminstone grundläggande sjukvård. Detta innebär att i alla system är den offentliga finansieringen av sjukvården betydande. Det finns en betydande forskning om rättvisa i vården, men vi nöjer oss med att i den här studien konstatera att alla medborgares tillgång till grundläggande sjukvård är centralt och inte ifrågasatt i utvecklade ekonomier.³³ Detta har varit utgångspunkten för de ekonomiskt teoretiska resonemangen.

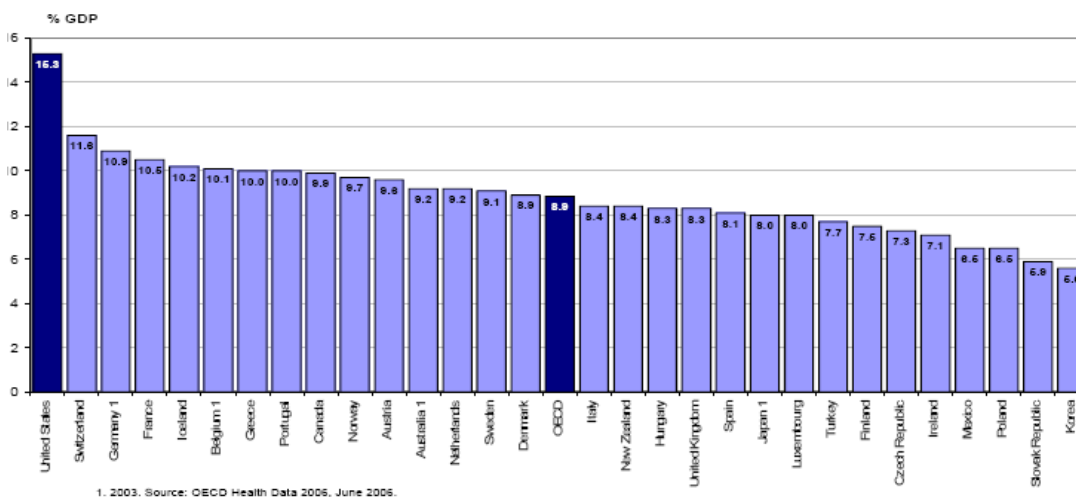
³³ För en bra översikt av teorier om rättvisa i sjukvården, se Bernfort (2001).

3 Utgifter och resurser för sjukvård

3.1 Utgifter i Sverige, Kanada, USA och övriga OECD-länder ³⁴

Det vanligaste och internationellt mest etablerade sättet att mäta kostnaderna för sjukvård är som andel av BNP. Kostnaderna för sjukvården har under de senaste årtiondena ökat i nästan samtliga utvecklade länder. De totala utgifterna för hälso- och sjukvård i Sverige svarade för 9,1 procent av BNP år 2004, vilket är ungefär samma andel som år 1982 då den uppgick till 9,3 procent. Under samma tidsperiod har de genomsnittliga utgifterna för OECD-länderna ökat från 7,0 till 8,9 procent. USA är det land som i särklass spenderar störst andel av sin BNP på hälso- och sjukvård. Andelen uppgick till 15,3 procent år 2004 (se Figur 3-1).³⁵ Schweiz, Tyskland och Frankrike följer i nämnd ordning och dessa länder lägger 10,5 procent eller mer av sin BNP på detta område. Kanadas totala utgifter för hälso- och sjukvård svarade för 9,9 procent av BNP år 2004, vilket är en procentenhet högre jämfört med genomsnittet för OECD-länderna.

Figur 3-1 Utgifter för hälso- och sjukvård i relation till BNP, OECD-länder år 2004.



Sverige lägger också något mer på sjukvård per capita jämfört med genomsnittet för OECD-länderna, se Figur 3-2. Utgifterna uppgick till 2 825 USD år 2004 (justerat för köpkraftspariteter). Även enligt detta mått ligger USA i topp med 6 100 USD följt av Luxemburg (ca 5 000 USD) samt Schweiz och Norge (kring 4 000 USD). Även Kanada ligger över genomsnittet för OECD-länderna och landets utgifter uppgick till 3 165 USD/capita år 2004.

Den offentliga sektorn är den huvudsakliga finansieringskällan för sjukvård i alla OECD-länder förutom USA och Mexico (Figur 3-2). I USA finansieras endast 45 procent av utgifterna med offentliga medel, vilket är klart under genomsnittet för OECD om 73 procent. Privata försäkringar svarar för 37 procent av de totala utgifterna i USA, vilket är klart högre än för övriga OECD-länder. Kanada, Frankrike och Nederländerna har också en relativt hög andel finansiering genom privata försäkringar (mer än 12 procent). I Sverige

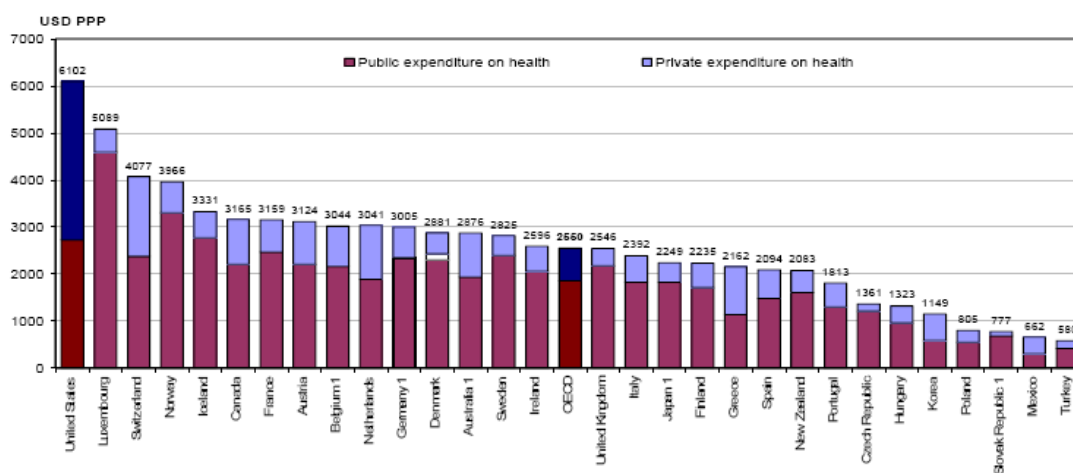
³⁴ Detta avsnitt bygger till stora delar på uppgifter från OECD Health Data (2006).

³⁵ De preliminära siffrorna för 2005 tyder på att USAs utgifter för hälso- och sjukvård är ännu högre.

svarade den offentliga sektorn för cirka 85 procent av finansieringen av hälso- och sjukvård inklusive tandvård, vilket är klart högre än genomsnittet för övriga länder.

Hushållens utgifter har dock ökat över tiden i Sverige och utgjorde 15,5 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård år 2005. Patientavgifterna som hushållen betalar för privat vård har ökat betydligt mer än patientavgifterna för offentlig vård. Mest har hushållens konsumtion av privat tandvård och privat läkarvård ökat mätt i betalda patientavgifter.³⁶

Figur 3-2 Utgifter för hälso- och sjukvård per capita uppdelad på offentlig och privat finansiering, OECD-länder år 2004, USD köpkraftskorrigerad för PPP (Purchasing Power Parities)



1. 2003. Source: OECD Health Data 2006, June 2006.

Kostnaderna för sjukvården ökar i alla OECD-länder. Utgifterna för hälso- och sjukvård per capita i Sverige ökade, i reala termer, med i genomsnitt 4,2 procent per år mellan åren 1999 och 2004, vilket är lägre än den genomsnittliga årliga ökningstakten för OECD-länderna som var 5,2 procent. Motsvarande uppgifter för Kanada är fem procent. Sjukvårdsutgifterna har ökat stadigt i Kanada efter en period av strikta kostnadsbegränsande åtgärder under mitten av 1990-talet. Förbättrade offentliga finanser och lättnader i tidigare begränsningar har bidragit till detta. I USA ökade utgifterna för hälso- och sjukvård ökade med 5,9 procent per år i reala termer under samma tidsperiod, vilket är högre än den genomsnittliga ökningstakten för OECD-länderna.

Rikare länder spenderar generellt en större andel av deras inkomster på hälso- och sjukvård. Skillnaderna i utgifter bland OECD-länderna kan till 90 procent förklaras av skillnader i BNP/capita och 47 procent av de högre kostnaderna i USA kan förklaras av dess höga BNP per capita.³⁷ USA:s totala utgifter uppgår till 1,7 triljoner USD, vilket motsvarar nästan hälften av de globala utgifterna för hälso- och sjukvård.³⁸

Ökningen av utgifter för läkemedel har varit en annan orsak till ökningen av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård i många OECD-länder under senare år. Även i Sverige har kostnaderna för läkemedel ökat, men inte lika snabbt som i de flesta andra OECD-länder.

³⁶ Nutek (2007)

³⁷ Reinhardt m fl (2004)

³⁸ Progressive Policy Institute baserat på uppgifter från WHO och Världsbanken. Om köpkraftskorrigerad beräkning används istället för valutabaserad sjunker andelen till cirka 31 procent.

År 2004 svarade utgifterna för läkemedel för 12,3 procent av de totala utgifterna i såväl Sverige som USA, vilket är klart lägre jämfört med OECD-genomsnittet om 17,7 procent. Kanada ligger i detta avseende på genomsnittet för OECD-länderna. I absoluta tal låg dock USA i topp år 2004 vad gäller utgifter för läkemedel följt av Frankrike.

3.2 Resurser i hälso- och sjukvården

Sjukvårdens utgifter visar hur mycket finansiella resurser som står till sjukvårdens förfogande. Ett annat mått, som enligt vissa är mer rättvisande, är sjukvårdens personella resurser.³⁹ Det vanligaste sättet är att mäta antalet läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare.⁴⁰ Sverige har inte fler totalt sysselsatta inom sjukvårdssektorn än andra OECD-länder, men fler läkare och sjuksköterskor. År 2003 hade Sverige 3,3 praktiserande läkare per 1 000 invånare, jämfört med genomsnittet om 3,0 läkare i OECD-länderna. Antalet praktiserande sjuksköterskor var 10,3 per 1 000 invånare, vilket även det är mer än genomsnittet för OECD som uppgick till 8,3 samma år.⁴¹

Trots att Kanada har relativt höga utgifter för hälso- och sjukvård, så är antalet läkare per capita lägre jämfört med de flesta andra OECD-länder. År 2004 hade Kanada 2,1 praktiserande läkare per 1 000 invånare, vilket är klart under genomsnittet för OECD. Å andra sidan fanns det 9,9 kvalificerade sjuksköterskor per 1 000 invånare, vilket var högre än genomsnittet för andra OECD-länder. Lite förvånande har USA färre läkare per capita jämfört med många OECD-länder trots landets höga utgifter för hälso- och sjukvård. År 2004 fanns det 2,4 praktiserande läkare per 1 000 invånare medan antalet sjuksköterskor uppgick till 7,9 per 1 000 invånare. För båda yrkeskategorierna låg USA därmed under genomsnittet bland OECD-länderna. Ovanstående uppgifter säger emellertid inget om hur väl dessa resurser används eller utnyttjas.

År 1991 var 672 000 sysselsatta i Sverige inom vård och omsorg.⁴² Antalet minskade sedan under några år för att därefter öka. År 2004 var det totala antalet sysselsatta inom vård och omsorgssektorn 665 000, vilket är i paritet med 1991 års nivå. Detta motsvarar 16 procent av alla sysselsatta i Sverige år 2004. Neddragningar i personal har skett inom sjukvården under denna period medan antalet anställda i omsorgen ökat, bland annat som en följd av Ädelreformen och andra reformer som inneburit att kommunerna fått ett större ansvar för utförandet jämfört med tidigare.⁴³

Ett annat resursmått är tillgången till medicinteknisk utrustning. Två mycket dyra tekniska hjälpmedel för att fastställa diagnoser är magnetrontgen (MRI) och datortomografi (CT). Användningen av denna utrustning varierar kraftigt mellan länder. I Tabell 3-1 visas antal MRI och CT per en miljon invånare i Kanada, Sverige och USA år 2004. USA har överlägset flest MRI och CT medan tillgången till sådan utrustning är begränsad i Kanada. Sverige har något fler MRI och CT än Kanada trots att siffrorna avser 1999 för Sverige.⁴⁴

³⁹ Anell & Persson (1998).

⁴⁰ Eftersom annan vårdpersonal (undersköterskor och vårdbiträden) i många fall kan göra sjuksköterskors arbetsuppgifter blir internationella jämförelser svårtolkade.

⁴¹ OECD Health Data (2006).

⁴² Denna uppgift inkluderar inte endast traditionell sjukvård utan även omsorgstjänster och tandvård.

⁴³ Nutek (2007a) Det är framförallt undersköterskor och vårdbiträden som minskat inom sjukvården.

⁴⁴ Det finns ingen senare tillgänglig uppgift för Sverige.

Tabell 3-1 Antal magnetröntgenkameror och utrustning för datortomografi per en miljon invånare (2004)

Land	MRI (Magnetrontgen)	CT (Datortomografi)
Kanada	4,9	10,8
Sverige	7,9*	14,2*
USA	26,6	32,2

Källa: OECD, Health Division

Anm. * avser år 1999

4 Hälsa- och sjukvårdens organisation i Sverige

4.1 Bakgrund

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anger de politiska riktlinjerna för hur den svenska sjukvården ska bedrivas.⁴⁵ I § 2 anges att:

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”

Det finns ingen precisering av vilka tjänster som ingår i sjukvården, men däremot tre styrande principer: Lika rätt, vård efter behov samt kostnadseffektivitet. Staten har det övergripande sjukvårdspolitiska ansvaret medan det är de 20 landstingen och 290 kommunerna som i huvudsak finansierar och tillhandahåller sjukvård inom sina respektive ansvarsområden. 1990-talets stora organisatoriska förändring var Ädelreformen år 1992, som även gjorde kommunerna till huvudmän för vissa delar av sjukvården. Kommunerna ansvarar för all sjukvård som ges i särskilt boende, exklusive läkarinsatser, och har möjlighet att teckna avtal med berört landsting om att även ansvara för hemsjukvård.

Under 2000-talet beskars landstingens möjligheter att överlåta utförandet av sjukhusvård till privata vinstdrivande företag. Mellan 2001 och 2002 inskränktes landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan utförare genom att den första tillfälliga så kallade stopplagen infördes. Driften av akutsjukhus fick inte efter upphandling eller på annat sätt överlåtas till en aktör som avser att driva verksamheten med vinstsyfte. Med akutsjukhus avses vårdinrättning för slutna vård och som har särskild akutmottagning för den som behöver omedelbar hälso- och sjukvård.⁴⁶

Den 1 januari 2006 infördes den andra stopplagen genom ändringar i hälso- och sjukvårdslagen. Uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik får inte överlämnas till någon annan. Vidare ska varje landsting driva minst ett sjukhus i egen regi. Överlämnar landstinget driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, ska avtalet innehålla villkor om att verksamheten ska drivas utan vinstsyfte och bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter som preciseras enligt samma lag i § 26.⁴⁷

Hälso- och sjukvård liksom tandvård är avgiftsfri för barn och ungdomar. Patientavgifter svarar för tre procent av de totala intäkterna för hälso- och sjukvården. Den huvudsakliga finansieringskällan är landstingsskatten (70 procent) medan nationella statsbidrag täcker ungefär 20 procent av kostnaderna. Privata försäkringar är marginella i sammanhanget.⁴⁸

⁴⁵ SFS (1982:763).

⁴⁶ SFS (2000:1440).

⁴⁷ SFS (2005:534).

⁴⁸ Sveriges Kommuner och Landsting (2005).

Landstingen och kommunerna är i huvudsak utförare av vården och är ansvariga för planering och resursfördelning. Sjukhusen är i huvudsak offentliga och drivna av landstingen medan primärvårdsläkare till största delen är anställda av landstingen. Cirka tio procent av vården utförs av privata vårdgivare medan andelen är 25 procent inom primärvården.⁴⁹

De privata vård- och omsorgsföretagen sysselsatte 104 000 personer år 2004 jämfört med 41 000 år 1993, vilket är en följd av att kommuner och landsting i större utsträckning anlitar andra aktörer för utförandet. Ungefär 15 procent av de anställda inom vård- och omsorgssektorn har sin anställning i privata företag. Merparten av dessa arbetar inom omsorgen. Antalet företag inom vård- och omsorgssektorn med minst en person anställd, som har sin huvudsakliga sysselsättning inom företaget, har ökat från 5 000 till 12 600 mellan år 1993 och 2005. Ökningen har främst skett inom delbranscherna annan hälso- och sjukvård (främst alternativa behandlingar som inte utförs av läkare) samt öppen hälso- och sjukvård. Omsättningen för de privata företagen inom hela vård- och omsorgssektorn har ökat med cirka 150 procent mellan 1997 och 2004 och uppgick till nästan 50 miljarder kronor sistnämnda år. Det är endast inom delbranschen slutna hälso- och sjukvård som omsättningen knappt ökat sedan 2001 då den första stopplagen infördes. Landstingens kraftigt minskade inhyrning av personal från bemanningsföretag år 2003 kan också ha bidragit till minskningen.⁵⁰

För de privata företagen inom vård och omsorg med minst en sysselsatt har det totala förädlingsvärdet ökat från 13,1 till 33,5 miljarder kronor eller 155 procent i löpande priser mellan åren 1997 och 2004. Tillväxten i den del av vården och omsorgen som bedrivs i företag har varit högre än det totala näringslivets tillväxt mellan 1995 och 2003, men fortfarande utgör det samlade förädlingsvärdet i vård- och omsorgsföretagen endast två procent av näringslivets samlade andel av BNP år 2004.⁵¹

4.2 Den svenska sjukvårdens prestationer

Enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL) presterar svensk sjukvård mycket väl jämfört med andra länder.⁵² Detta gäller såväl tillgång till vård som kvalitet, resultat och effekter. Att de goda resultaten åstadkommes med endast genomsnittliga kostnader betyder att den samlade effektiviteten i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är god jämfört med andra länder.

Denna bild återfinns även i flera jämförande studier som utförts av organisationer i andra länder liksom internationella organisationer som exempelvis OECD. Det är kombinationen av relativt måttliga kostnader, tillgång till vård för alla, goda medicinska resultat samt bra hälsoeffekter som ger utslag vid en sammanvägd bedömning. Det finns emellertid inget land i världen som presterar bäst på alla områden och även den svenska vården presterar inte lika bra i alla avseenden. Även SKL konstaterar att exempelvis avseende tillgänglighet presterar flera andra länder bättre.

Mätningar av väntetider i mars 2006 visar att 87 procent av patienterna fick besöka allmänläkare inom sju dagar. (I vårdgarantin ingår att om kontakt med läkare behövs ska väntetiden vara högst sju dagar.) Samtidigt fick 64 procent läkarbesök i primärvård samma dag. Det förekommer emellertid variationer mellan landstingen. Halland låg i topp med 95

⁴⁹ Sveriges kommuner och landsting (2005).

⁵⁰ Nutek (2007a).

⁵¹ Nutek (2007b).

⁵² Sveriges kommuner och landsting (2005).

respektive 75 procent medan Dalarna och Västerbotten låg i botten med cirka 75 respektive drygt 50 procent. En annan del av vårdgarantin är att landstingen ska ge behandling inom den specialiserade vården inom 90 dagar från det beslutet fattades. För riket som helhet hade 211 patienter per 100 000 invånare väntat på behandling längre tid än så, vilket annorlunda uttryckt innebär cirka 19 000 patienter. Här är de relativa skillnaderna mellan landstingen större. I Kalmar och Västernorrland hade cirka 30 patienter per 100 000 invånare väntat längre än 90 dagar medan motsvarande antal var 337 för Gävleborg. Även vad avser medicinska resultat föreligger skillnader mellan landstingen men någon sammanvägd mätning av landstingens prestationer finns inte tillgänglig.⁵³

Svensk sjukvård i internationell jämförelse

Euro Health Consumer Index är ett exempel på en sammanvägd bedömning av de europeiska sjukvårdssystemen utifrån fem olika aspekter.⁵⁴ Dessa är patienträttigheter och information, väntetider för behandling, resultat, omfattningen av vad som tillhandahålls av det offentliga systemet samt läkemedel. Frankrike hamnar högst i denna jämförelse, men det är små skillnader mellan de sex topplacerade länderna. De övriga är i nämnd ordning Nederländerna, Tyskland, Sverige, Schweiz, och Luxemburg. Dessa länder erhåller sina positioner på olika sätt. Sverige hamnar på en sammanvägd fjärde plats nästan helt beroende på högst placering av samtliga undersökta länder vad gäller resultat. Däremot är tillgängligheten mycket dålig.

Enligt ett oberoende kanadensiskt forskningsinstitut (the Conference Board of Canada) hamnar Sverige på andra plats efter Schweiz vid en sammanvägd bedömning av sjukvårdssystemens prestationer.⁵⁵ Övriga länder som ingår i studien är Frankrike (tre), Spanien, Australien, Nya Zeeland och Kanada. De tre huvudsakliga indikatorerna är hälsa (exempelvis förväntad livslängd), indikatorer på medicinska resultat samt livsstilsfaktorer såsom övervikt.

En studie från den kanadensiska tankesmedjan Fraser Institute rankar Sverige på andra plats efter Australien bland OECD-länderna vad gäller sjukvårdssystemens prestationer utifrån medicinska resultat och befolkningsstatistik.⁵⁶

Produktivitet

Enligt en forskningsrapport från Forum för Småföretagsforskning uppvisar den svenska sjukvården däremot en sjunkande produktivitet och en näring som kännetecknas av detta är i allvarlig kris enligt författaren.⁵⁷ Tre problem omnämns särskilt, lägre produktivitet i offentligt driven vård jämfört med privat vård, mer missnöjd och sjuk personal i offentlig vård samt sjunkande patientnöjdhet överlag men högre i privat vård. Författaren lyfter även fram den låga organisatoriska identiteten i den offentliga sjukvården och den låga entreprenöriella aktiviteten i den specialiserade sjukvården, som hinder för ökad produktivitet och ekonomisk tillväxt.

⁵³ Sveriges kommuner och landsting (2006).

⁵⁴ Health Consumer Powerhouse (2006).

⁵⁵ Conference Board of Canada (2004).

⁵⁶ Esmail & Walker (2006).

⁵⁷ Pettersson (2006).

I boken *Den sjuka vården* uppmärksammas att det aldrig har funnits fler läkare och sjuksköterskor i Sverige än det gör nu, men att mer personal hittills inte har lett till kortare köer.⁵⁸ Antalet utförda patientbesök av läkare har halverats sedan 1975. Då hann en svensk läkare inom öppen- och slutenvård med i genomsnitt nio patienter om dagen. År 2000 är motsvarande uppgift fyra patienter. Detta innebär att antalet läkarbesök per läkare har minskat med 55 procent mellan åren 1975 och 2000. Enligt denna studie har svenska läkare därmed lägst antal patienter inom OECD-länderna med 903 patienter per år jämfört med genomsnittet om 2 167 patienter.

I Välfärdspolitiska rådets rapport konstateras att läkarkårens storlek ökat med tio procent och antalet sjuksköterskor med 13 procent efter år 1996.⁵⁹ Vad gäller utvecklingen av prestationer har antalet läkarbesök och intagningar varit i stort sett oförändrat medan vård dagar och vårdplatser minskat. Det finns emellertid undersökningar för perioden 1998–2002 som visar att om produktionen justeras för vårdtyngd och förändringar i patientsammansättningen över tiden, har produktiviteten inte sjunkit utan till och med stigit något.

En ljusare bild framträder enligt en äldre studie av Norrlands universitetssjukhus och 16 tillhörande vårdcentraler.⁶⁰ Mellan åren 1991–1997 ökade produktiviteten per arbetad timme med cirka 45 procent. En förklaring till dessa skillnader i resultat är olika antaganden och mätmetoder. I denna studie togs bland annat hänsyn till förbättrade behandlingsmetoder under perioden som bland annat inneburit färre intagningar, det vill säga behov av sängplatser.

Innovation och förnyelse

Framför allt Mats Ekelund har behandlat tillväxt- och innovationsperspektivet i svensk sjukvård.⁶¹ Enligt författaren är incitamenten att ta fram processinnovationer obefintliga inom anslagsfinansierade offentliga monopol som Landstingen. Status- och meriterings-systemet i hälso- och sjukvården stimulerar visserligen medicinska produktinnovationer, men inte innovationer kring tjänsteinnehåll. Gemensamma problem för de avregleringar som hittills genomförts är att mycket litet gjorts för att minska informationsasymmetrin mellan kund och utförare. Ett annat hinder för processinnovationer är regleringen av efterfrågan. När efterfrågan kanaliseras genom ett ransoneringsinstrument minskar incitamenten till processinnovationer då dessa inte längre är nödvändiga för att öka kundtillströmningen.

Ekelund hävdar att ur ett tillväxtperspektiv är det otillfredsställande med ett sjukvårdssystem där vårdgivarna inte kan påverka sin intäktssida. Det leder till att innovativa vårdgivare inte belönas eftersom det är svårt för dem att utveckla sin verksamhet och växa i ett sådant system.⁶² Däremot har vårdgivarna incitament till processinnovationer som kan effektivisera verksamheten och därmed minska kostnaderna.

⁵⁸ Fölster m fl (2003).

⁵⁹ Jönsson m fl (2004).

⁶⁰ Björnberg (2005).

⁶¹ Ekelund (2006).

⁶² Ekelund (2003).

Patientinflytande

Henrik Jordahl argumenterar att Sveriges traditionella och egalitära sjukvårdspolitik inte förmår locka fram de resurser som behövs för att möta de växande vårdbehoven.⁶³ Sveriges offentligt tillhandahållna sjukvård med låga patientavgifter leder till ransonering och köer samt att besluten flyttas från de enskilda människorna. Patientinflytandet är lågt i Sverige jämfört med andra länder. De svenska patienterna skulle behöva öka sitt inflytande både som konsumenter och finansiärer, men ett ökat konsumentinflytande inom nuvarande finansieringssystem riskerar att leda till kostnadsproblem. Reformen på produktionssidan kan därför inte isoleras från reformer på finansieringssidan.

4.3 Utvecklingstendenser

Utgångspunkten för samtliga svenska politiska partier är att sjukvården ska vara gemensamt finansierad oavsett driftsform. En skarp skiljelinje återfinns dock vad gäller utförandet av hälso- och sjukvård som ges vid sjukhus och synen på verksamhet som drivs med vinstsyfte. Den nya borgerliga regeringen har beslutat att stopplagen i hälso- och sjukvården, som infördes av den förra socialdemokratiska regeringen, ska avskaffas under första halvåret 2007. Detta innebär dels ett slopande av kravet att verksamheten ska drivas utan vinstsyfte, dels ett upphävande av att vårdavtalen måste innehålla villkor om att vården uteslutande ska bedrivas med offentlig finansiering. Vidare upphävs bestämmelsen om att sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller regionklinik inte får överlämnas till annan och slutligen att kravet att varje landsting ska bedriva verksamhet vid minst ett sjukhus avskaffas.

Enligt socialminister Göran Hägglund är landstingens roll att säkerställa god vård med höga krav på kvalitet och patientsäkerhet. För detta krävs tydliga förfrågningsunderlag och avtal med vårdgivaren liksom bättre förutsättningar för uppföljningar och kvalitetsjämförelser. Även ersättningssystemen måste utvecklas i sådan riktning att de ger incitament till god kvalitet på både kort och lång sikt.⁶⁴

Utöver ökad mångfald och kvalitet är förbättrad tillgänglighet prioriterat av den nya regeringen. Under 2007 kommer ytterligare 250 miljoner kronor att satsas på vårdgarantin utöver de 500 miljoner kronor som sedan 2006 utgår till landstingen för detta. Vårdgarantin innebär, som nämnts, att om kontakt med läkare behövs ska väntetiden vara högst sju dagar och den som fått remiss bekräftad till den specialiserade vården ska erbjudas besök inom 90 dagar. Vidare ska landstingen erbjuda behandling inom 90 dagar från det beslutet fattades. Om landstinget inte klarar tidsgränsen ska patienten få hjälp till vård i ett annat landsting inom garanterad tid utan att det medför extra kostnader för patienten. På sikt är ambitionen att vårdgarantin ska ge patienterna laglig rätt till behandling hos annan vårdgivare om sjukvårdshuvudmannen inte kan hålla garantitiden, förutsatt att behandlingen omfattas av det offentliga åtagandet.⁶⁵

Den inre marknaden för tjänster är en annan utmaning för den svenska sjukvården att hantera. Regeringen har i en lagrådsremiss från januari 2007 föreslagit att det ska införas krav på förhandstillstånd för planerad sjukhusvård och tandvård inom EU/EES-området från 2008. Syftet är att begränsa svenska medborgares möjligheter till subventionerad vård utomlands. Kravet på förhandstillstånd är ingen ny företeelse. Fram till för tre år sedan

⁶³ Jordahl (2004).

⁶⁴ DN Debatt, 4 december 2006.

⁶⁵ www.regeringen.se (besökt 070419).

krävdes alltid förhandstillstånd om en patient skulle få sin vård i utlandet betald. Kravet slopades dock efter domar i regeringsrätten.

Enligt remissen ska den vårdsökande för det första vara bosatt i Sverige. För det andra föreslås att förutsättningen är att ansökan gäller behandling av en sjukdom eller ett tillstånd, som helt eller delvis skulle ha bekostats av det allmänna om vården getts i Sverige. Den sista förutsättningen för att få ersättning föreslås vara att behandlingsmetoden överensstämmer med en behandling som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet, eller är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen och användningen av den inte är förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning.⁶⁶

Förslaget har inte odelat stöd. Folkpartiets landstingsråd i Stockholm, Birgitta Rydberg, anser att krav på förhandstillstånd för vård i EU- och EES-länder begränsar patientens fria val.⁶⁷ Vårdgarantin borde i stället utvecklas så att den stärker svenska patienters rättigheter i Europa och om inte landstingen kan ge patienterna vård i tid bör de få söka vård hos andra vårdgivare inom hela EU/EES-området.

Vikten av att patienten ska kunna välja vårdgivare betonas allt mer och bland annat kommer förslag om att uppmuntra personal att ta över verksamhet och åstadkomma en större mångfald av utförare.⁶⁸ Såväl socialministern som myndigheter och branschorganisationer talar allt mer om vårdsektorn som en tillväxt- och framtidsbransch. Däremot diskuteras sällan hur en sådan utveckling skulle se ut eller om privata finansieringsskällor i större utsträckning kan vara ett komplement till den offentliga finansieringen.

⁶⁶ www.regeringen.se (besökt 070419).

⁶⁷ DN, 22 januari 2007.

⁶⁸ www.regeringen.se/content/1/c6/07/10/95/0cc3c1f6.pdf (besökt 070309).

5 Hälsa- och sjukvård i USA

5.1 Bakgrund

5.1.1 Utgångspunkter

Hälso- och sjukvården i USA skiljer sig från den svenska i de flesta avseenden. Den både finansieras och organiseras på annat sätt. Problemen ser annorlunda ut och debatten påminner inte mycket om den svenska, men amerikanernas förväntningar på sin sjukvård är ungefär desamma som svenskarnas med ett viktigt undantag, se nedan. Sjukvården ska vara tillgänglig och av hög kvalitet till rimlig kostnad. Som många områden i USA är även systemet för sjukvård decentraliserat och det finns inget ministerium eller departement, som har det övergripande ansvaret och det finns heller ingen övergripande lagstiftning på området. I frånvaro av en gemensam lagstiftning och politik finns det heller ingen uttalad målsättning med hälso- och sjukvården i USA. De olika systemen har sina egna mer eller mindre tydligt uttalade målsättningar och syften.

Få politiska frågor diskuteras lika mycket som hälso- och sjukvård i USA. Tillsammans med Irakkriget är sjukvården den viktigaste politiska frågan i USA.⁶⁹ Det komplexa systemet gör att debatten kring sjukvårdsfrågor blir svåröverskådlig. De olika delsystemen i USA:s hälso- och sjukvård har sina egna problem, men nästan all debatt om sjukvården kretsar kring följande problem.

Höga kostnader

Som tidigare nämnts lägger inget land så stor andel av sina resurser på hälso- och sjukvård som USA gör. Utöver de redan höga kostnaderna för hälso- och sjukvård stiger dessutom dessa mer än övriga kostnader. Kostnaderna för hälso- och sjukvården har de senaste åren ökat avsevärt mer än inflationen och lönerna. De höga kostnaderna har gjort att skulder orsakade av sjukdom är den vanligaste orsaken till personlig konkurs i USA.⁷⁰ Eftersom många amerikaner är försäkrade via arbetsgivaren är de stigande kostnaderna en tung ekonomisk börda för företagen.⁷¹ Den höga ekonomiska tillväxten och produktivitetsutvecklingen i USA:s ekonomi äts till stora delar upp av de stigande hälso- och sjukvårdskostnaderna.

En stor andel oförsäkrade

Ungefär 45 miljoner eller cirka 15 procent av USA:s befolkning har ingen sjukvårdsförsäkring. Av dessa är cirka 30 procent tillfälligt utan försäkring till följd av exempelvis en kortare period av arbetslöshet. Gruppen oförsäkrade är heterogen. Äldre (över 64 år) har gratis sjukvård via Medicare (se nedan). Även fattiga hushåll kan få gratis försäkring via offentliga program som Medicaid (se nedan), men det krävs att man aktivt ansöker om det och alla gör inte det. Drygt 70 procent av de utan sjukvårdsförsäkring arbetar och är friska och har en inkomst över fattigdomsgränsen.⁷² En tredjedel av de oförsäkrade har till och

⁶⁹ Kaiser Family Foundation (2006c).

⁷⁰ Förvisso är en personlig konkurs i USA inte lika dramatisk och förödande som i Sverige, men det indikerar ändå omfattningen av hälso- och sjukvårdens problem i USA. För mer info se Himmelstein m fl (2005) och Ström & Zackrisson (2006).

⁷¹ Zackrisson (2007).

⁷² Kaiser Family Foundation, 2006a och 2006b.

med en inkomst över medianinkomsten i USA, det vill säga mer än 43 000 USD i årlig inkomst. Ökningen i antal oförsäkrade förklaras nästan uteslutande av att färre arbetsgivare erbjuder sina anställda de allt dyrare sjukvårdsförsäkringarna. Det är ändå betydligt dyrare att köpa en försäkring som privatperson och många väljer därför att avstå. En annan grupp är de uppskattningsvis tolv miljoner illegala invandrare, som befinner sig i USA och som i regel inte heller har sjukvårdsförsäkring.⁷³

Ojämn kvalitet

Världens bästa och mest avancerade sjukvård med de senaste teknologierna finns i USA. Samtidigt finns det stora skillnader i kvalitet i sjukvården. Delvis är detta en konsekvens av decentraliseringen i systemet, som också gör det svårt för olika enheter att kommunicera med varandra, vilket ökar risken för felbehandlingar och felmedicineringar.⁷⁴ Trots att det finns stora skillnader i kvalitet mellan sjukhus och regioner är det inte en fråga som allmänheten ser som ett lika stort problem som höga kostnader.

Komplexitet

En fjärde faktor som ofta påtalas av både konsumenter och vårdgivare är komplexiteten i systemet. För många patienter är det ett lapptäcke av försäkringar som täcker behovet av vård. Det gör att det är svårt för konsumenter att få en överblick av vilken vård som står till buds och skillnader mellan olika vårdgivare.⁷⁵ Det komplexa systemet gör att kunderna inte kan göra informerade val, vilket gör att konkurrensen delvis sätts ur spel. Vårdgivarna måste kräva betalt från en stor mängd försäkringsbolag och olika delstatliga myndigheter, vilket kräver mycket administration. Komplexiteten i systemet driver kostnader, ökar risken för fel och ger upphov till missnöje hos både konsumenter och vårdgivare.

5.1.2 Historik⁷⁶

Fram till 1929 fanns det inga sjukvårdsförsäkringar i USA utan man besökte läkaren och betalade vad det kostade. Kunde patienten inte betala fick han/hon förlita sig på läkarens eller någon annans välvilja. Det underlättades av att det fanns ett ganska begränsat urval av vård som kunde erbjudas och att kostnaderna för de flesta ingrepp var ungefär desamma. Den första sjukvårdsförsäkringen (*health plan*) i USA introducerades i Texas. Den avsåg inte att skydda mot stora medicinska utlägg utan var ett sätt för sjukhuset att jämna ut inkomstströmmarna. Den erbjöd skollärare upp till 21 dagars sjukhusvistelse för sex USD per år. Idén att erbjuda en försäkring för att sjukhus skulle kunna jämna ut inkomstströmmarna spred sig snabbt. På 1930-talet erbjöd många sjukhus olika typer av försäkringar. Eftersom det bara var sjukhus som erbjöd försäkring behandlades patienter på sjukhusen.

⁷³ www.kff.org/uninsured/upload/Health-Coverage-for-Immigrants-Fact-Sheet.pdf.

⁷⁴ Porter & Teisberg (2006).

⁷⁵ Porter & Teisberg (2006) hävdar att de flesta gör mer research när de ska köpa en flygbiljett än när de ska köpa vård.

⁷⁶ Informationen i detta stycke är hämtat från Doe (2005) och www.cms.hhs.gov (besökt 070320) som är den federala myndighet som är ansvarig för de federala hälso- och sjukvårdsförsäkringarna.

Under andra världskriget rådde det såväl pris- som lönestopp i USA. I syfte att attrahera personal började företagen erbjuda sina anställda sjukvårdsförsäkringar. Denna trend förstärktes av att sjukvårdsförsäkringar var avdragsgilla för företag. Individer som fick bekosta sin egen sjukvård fick däremot göra det med beskattade pengar.

År 1946 blev akutmottagningar i USA enligt lag (Hill-Burton Act) tvingade att ta emot alla patienter som sökte sig dit.⁷⁷ Ingen skulle behöva bli nekad akutvård för att man inte hade sjukvårdsförsäkring. På 1950-talet introducerades idén om en federal sjukvårdsförsäkring. Resultatet blev att Medicare och Medicaid (se nedan) infördes 1965 för att erbjuda låginkomsttagare och äldre (d v s inte anställda) sjukvårdsförsäkring. Programmen blev framgångsrika och populära och har förutom mindre ändringar behållits i sin ursprungliga form. 1975 ersattes Hill-Burton Act med Public Health Security Act som gjorde det svårare för sjukhus att neka icke-betalande patienter vård. Sjukhus får ersättning via offentliga budgetar för akutvård av patienter som inte kan betala.

President Clinton försökte under sin första mandatperiod (1992–1996) införa en allmän sjukvårdsförsäkring. I korthet innebar den att alla amerikaner skulle ha en sjukvårdsförsäkring. Arbetsgivare skulle vara tvungna att erbjuda alla anställda en försäkring (små företag skulle vara undantagna) och övriga skulle få tillgång till subventionerade försäkringar via delstatliga försäkringspooler. Detta förslag hade i början ett ganska stort stöd men stödet föll efterhand samman. En vanlig förklaring till varför förslaget aldrig realiserades var att många viktiga politiska grupper (bl a pensionärer) befارade att de skulle få försämringar samt att förslaget av många uppfattades som komplicerat och byråkratiskt.⁷⁸

De senaste tio åren har kostnaderna för sjukvård ökat dramatiskt. President Bush har lanserat Health Savings Account (HSA) som ett sätt att göra vårdkonsumenter mer kostnadsmedvetna (se nedan). Detta ska också ses som ett led i presidentens och republikanernas politik att göra socialförsäkringssystemen mer individuella och öka det personliga ansvaret. Det är ännu för tidigt att bedöma vilka effekter HSA har fått på kostnadsutvecklingen och vårdkvaliteten i USA.

Sjukvården i USA är ett mischmasch av olika lösningar och ägande. I grova drag kan man dela upp USA:s sjukvård i sjukhus och det som närmast kan beskrivas som vårdcentraler, vilka är fristående kliniker där patienter kan träffa läkare. De senare är ofta företag ägda av läkarna själva.⁷⁹ Sjukhus däremot uppvisar en rad olika typer av ägande och kan delas in i tre grupper beroende på ägandeform. Det finns vinstdrivande sjukhus som utgör 15 procent av alla sjukhus. Majoriteten, 62 procent av sjukhusen i USA, drivs dock av icke vinstdrivande stiftelser och organisationer (många ägs av religiösa samfund och privata universitet).⁸⁰ De återstående 23 procenten drivs av det offentliga, oftast av en stad eller delstat.⁸¹

⁷⁷ www.hhs.gov/ocr/hburton.html (besökt 070215). Lagen gäller egentligen endast de sjukhus som mottar någon form av federalt anslag. I praktiken gör alla sjukhus det, så lagen är allomfattande.

⁷⁸ Starr (1995).

⁷⁹ Det finns t o m en speciell bolagsform som är anpassad för bl a läkarkliniker – Limited Partnership – den används t ex också av advokatbyråer.

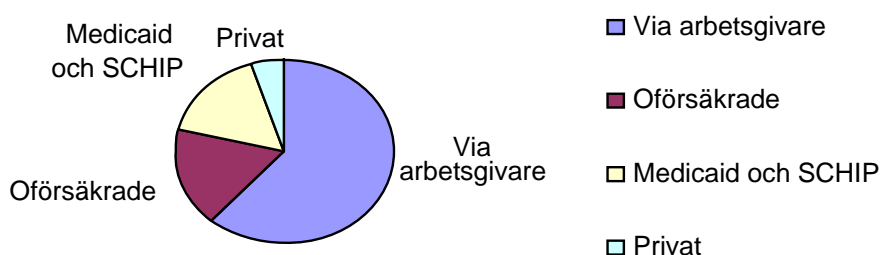
⁸⁰ De flesta privata universitet i USA är icke-vinstdrivande och ägs ofta av en stiftelse.

⁸¹ www.aha.org/aha/resource-center/Statistics-and-Studies/fast-facts.html (besökt 070301).

5.2 Finansieringen av det amerikanska sjukvårdssystemet

Befolkningen i USA kan delas in i fyra grupper med avseende på sjukvårdsförsäkring. De är antingen försäkrade via arbetsgivare, något av de offentliga försäkringsprogrammen, individuell försäkring eller är oförsäkrade. Majoriteten eller cirka 60 procent har försäkring via arbetsgivaren, se Figur 5-1.

Figur 5-1 Hur amerikaner (0–64 år) är försäkrade⁸²



Källa: Kaiser Family Foundation, 2006a

5.2.1 Offentliga sjukvårdsförsäkringar

Medicare

Medicare är ett federalt program som erbjuder individer över 64 år och handikappade hälso- och sjukvårdsförsäkring.⁸³ Det administreras av *The Centers for Medicare and Medicaid Services* som är en del av *Department of Health and Human Services* (motsvarar Socialdepartementet).⁸⁴ Medicare finansieras via en kombinerad arbetsgivaravgift och skatt motsvarande 2,9 procent (1,45 procent betalas som en skatt på lönen och 1,45 procent som en arbetsgivaravgift).⁸⁵ För att få tillgång till Medicare krävs att man har arbetat i minst tio år och är amerikansk medborgare eller permanent boende i USA. Individer som inte uppfyller arbetskravet på tio år kan köpa en subventionerad Medicare-försäkring (kostar mellan 50–500 USD i månaden beroende på vad som ingår). Individer under 65 med handikapp kan också få försäkring via Medicare. Försäkringens del A och B innehåller också en medfinansiering, som vid längre sjukhusvistelser kan uppgå till flera tusen dollar. De som inte har råd att betala kan få medfinansieringen ersatt via Medicaid (se nedan). Medicare består av följande fyra delar:

⁸² Eftersom nästan alla över 64 år är försäkrade via Medicare brukar de exkluderas i statistiken.

⁸³ En tredje grupp som inkluderas är individer med kroniska leversjukdomar som behöver dialys eller transplantation.

⁸⁴ www.cms.hhs.gov (besökt 060511).

⁸⁵ Egenföretagare (self employed) betalar 2,9 procent av vinsten.

Part A täcker kostnader för sjukhusvistelser och efterföljande vistelse på sjukhem (*Nursing home*).

Part B täcker kostnader för läkarbesök och viss medicinsk utrustning (t ex rullstol).

Part C lades till 1985 och erbjuder möjligheten att få förmåner enligt Medicare samtidigt som personen har en privat sjukvårdsförsäkring.

Part D lades till 2006 och ger rätt till kraftigt subventionerade receptbelagda mediciner. De som är berättigade till Part A och B är också berättigade att använda Part D.

År 2005 var 42,5 miljoner amerikaner försäkrade via Medicare.⁸⁶ Medicare utgjorde 2003 13 procent av den federala budgeten.⁸⁷ En tredjedel av alla hälso- och sjukvårdskostnader i USA går via Medicare.⁸⁸ Läkare som behandlar patienter med en Medicare-försäkring ersätts via ett system med fastställda tariffer.⁸⁹ Majoriteten av sjukhusen och läkarmottagningarna i USA tar emot Medicare-patienter.

En vanlig kritik mot Medicare är att det är underfinansierat och behöver reformeras för att kunna överleva när den stora efterkrigsgenerationen går i pension. En annan kritik mot Medicare och Medicaid är att det förekommer mycket fusk i systemet och att kontrollmekanismerna för detta är dåliga.⁹⁰ Systemet kritiserar också för att ersätta läkarna per behandling, vilket ger incitament till överbehandling och låga incitament till innovationer.⁹¹ Vårdgivare kritiserar även systemet för att vara byråkratiskt och framför allt ge en alltför låg ersättning för behandlingar.⁹² Både Medicare och Medicaid har emellertid stort folkligt stöd.

Medicaid

Medicaid är ett program som syftar till att erbjuda familjer och individer med låga inkomster (*low incomes and low resources*) hälso- och sjukvårdsförsäkring. Det finansieras gemensamt av den federala regeringen och delstaterna. Medicaid administreras av respektive delstat, men det federala *Centers for Medicare and Medicaid Services* övervakar de delstatliga programmen och etablerar kraven på kvalitet, finansiering och kvalificeringskrav. Sjukhus och läkarmottagningar kan välja om de vill ta emot Medicaid-patienter eller inte.

Delstaterna har olika namn för sina program till exempel *MediCal* i Kalifornien och *Masshealth* i Massachusetts. De delstatliga programmen kan utöver Medicaid också administrera delstatliga program. Deltagande i Medicaid är frivilligt för delstater, men alla har deltagit sedan 1982. Programmet kan variera lite mellan delstater. Dessa betalar ungefär hälften av Medicaid's budget (rika delstater betalar mer och fattigare mindre). Till skillnad från Medicare är Medicaid ett *social welfare program* och man måste ha en låg inkomst för att omfattas av detta. År 2005 introducerades en lag som kräver att man måste kunna uppvisa amerikanskt medborgarskap för att få Medicaid. Detta för att undanhålla

⁸⁶ www.kff.org/medicare/upload/7615.pdf (besökt 070320).

⁸⁷ www.kff.org/medicare/upload/1066-10.pdf (besökt 070220).

⁸⁸ www.kff.org/medicare/upload/1066-10.pdf (besökt 070220).

⁸⁹ www.ama-assn.org/ama/pub/category/2292.html (besökt 070220).

⁹⁰ Cannon & Tanner (2006).

⁹¹ Porter & Teisenberg (2006).

⁹² Graham (2006).

denna förmån för illegala immigranter.⁹³ Betydelsen av Medicaid kan illustreras med att 40 procent av alla förlossningar i USA betalas av Medicaid.⁹⁴

Kostnaderna för Medicaid har ökat dramatiskt de senaste åren. Många delstater har därför infört olika former av ransoneringar, till exempel begränsad tillgång till läkemedel och sänkta ersättningar till läkare. Medicaid blev under 2002 ett större program än Medicare och programmen kostar tillsammans över 500 miljarder USD årligen.

Ett program som påminner om Medicaid och som många delstater har valt att slå samman med Medicaid är the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Det är ett program som syftar till att alla barn ska ha en sjukvårdsförsäkring. Det riktar sig till de familjer som har för hög inkomst för att vara kvalificerade för Medicaid, men som inte har råd att köpa en privat sjukvårdsförsäkring. SCHIP startades 1997 och försäkrar mer än sex miljoner barn (2005).⁹⁵ Liksom Medicare är SCHIP ett samarbete mellan delstaterna och den federala regeringen. Delstaterna har frihet att utforma SCHIP efter egna behov så länge de uppfyller de federala reglerna.

5.2.2 Privata sjukvårdsförsäkringar

Majoriteten av USA:s befolkning (61 procent) upp till 65 år har sjukvårdsförsäkring via en arbetsgivare.⁹⁶ Villkoren i försäkringen och kostnaden är upp till företagen att bestämma. Större företag brukar erbjuda sina anställda flera olika försäkringar medan mindre företag endast brukar ha en eller ett par olika försäkringar. Försäkringslösningarna skiljer sig kraftigt åt mellan företag och de ändras ofta. Det är numera ganska ovanligt att arbetsgivaren betalar hela försäkringen och att läkar- och sjukhusbesök är gratis. I regel betalar den försäkrade, det vill säga arbetstagaren, en del av försäkringskostnaden och försäkringen innehåller även krav på *co-payments* (ungefär patientavgift) vid läkarbesök. Dessa *co-payments* är vanligtvis låga (5–10 USD) och uppgår sällan till mer än 20 USD.

De försäkringar som arbetsgivare köper kan vara av två sorter: *fully insured* eller *self insured*. Den senare innebär att risken finns hos arbetsgivaren medan den tidigare innebär att risken har övertagits av en *Health plan*. Båda typerna administreras i regel av en *Health plan*. Vanligtvis täcker en anställds försäkring också dennes familj.

Av anställda i större företag (>100 anställda) har 81 procent sjukvårdsförsäkring via arbetsgivaren medan färre än 70 procent i småföretag har motsvarande försäkring.⁹⁷ Eftersom ett litet företag med färre anställda köper försäkring för färre individer blir den dyrare (ju mindre företag desto dyrare försäkring).⁹⁸ De är också känsligare för prisökningar på individuella försäkringar och har dessutom färre anställda att sprida ut ökade kostnader på. De flesta delstater har lagar som förhindrar försäkringsbolag att neka småföretag sjukvårdsförsäkring. De flesta delstater har också lagar som reglerar hur mycket försäkringsbolagen kan höja småföretagens försäkringspremier årligen. Andelen småföretag som erbjuder sina anställda sjukvårdsförsäkringar har sjunkit de senaste åren. De företag som trots allt fortfarande erbjuder försäkring låter de anställda betala en allt större andel.

⁹³ www.cbo.gov/ftpdoc.cfm?index=7028&type=1 (besökt 070405).

⁹⁴ www.nursefamilypartnership.org/resources/files/PDF/NGAHealthyBabiesBrief.pdf (besökt 070301).

⁹⁵ www.kff.org/medicaid/7610.cfm (besökt 070221).

⁹⁶ Eftersom hela den anställdes familj vanligtvis ingår i försäkringen täcks även många barn av försäkring via arbetsgivare.

⁹⁷ www.kff.org/uninsured/upload/7570.pdf (besökt 070404).

⁹⁸ www.nchc.org/facts/Economy/Costs-Small%20Businesses.pdf (besökt 070320).

Försäkringsbolagen ersätter läkarna efter en på förhand framförhandlad tariff. En viss typ av behandling eller ingrepp betingar en viss ersättning. Dessa tariffer baseras ofta på de ersättningsnivåer som Medicare använder sig av. Dessa är inte kopplade till resultat. Eftersom de privata försäkringsbolagen i regel följer Medicares prissättning är det statliga inflytandet stort på prisutvecklingen i sjukvården. (Se nedan en diskussion om problem med prissättning.) När en anställd byter arbetsgivare byter han/hon ofta också sjukvårdsförsäkring.⁹⁹

De som inte har försäkring via sin arbetsgivare och inte uppfyller kraven på att tillhöra något av de offentliga programmen (se ovan) måste själv köpa en sjukvårdsförsäkring. Det är i princip samma försäkringar som arbetsgivare köper för sina anställda, med den skillnaden att de är dyrare eftersom risken inte kan slås ut på flera personer. De prissätts individuellt och kan kosta allt från 50 USD i månaden till tusentals USD. Prissättningen är inte fri utan styrs av delstatliga regleringar. Det finns i huvudsak tre olika typer av privata sjukvårdsförsäkringar i USA:

Health Maintenance Organization (HMO) plans

HMO är en typ av sjukvårdsförsäkring där patienten väljer en ”husläkare” (*primary care physician*) som fungerar som grindvakt. Läkaren möter patienten och skriver ut remiss för att träffa en specialist eller någon annan läkare. Varje HMO har avtal med ett antal läkare och sjukhus som patienterna är hänvisade till. Vill patienten ha vård utanför HMO-nätverket får denne betala själv. Fördelen med en HMO-försäkring är att försäkringsbolaget har intresse av att hålla sina kunder friska och de satsar mer på förebyggande vård. De är i regel den billigaste formen av sjukvårdsförsäkring.

En vanlig kritik i USA mot HMO är att de begränsar vilka läkare och sjukhus patienterna kan använda. En annan kritik mot HMO är att de rubbar marknadsmekanismerna när inte kunderna kan göra fria val. Kundens valfrihet är också begränsad och ”husläkaren” bestämmer om patienten behöver se en specialist. Detta system kallas även *managed health care*.

Preferred Provider Organization (PPO) plans¹⁰⁰

PPO fungerar som HMO:s fast patienten har större frihet att välja läkare. Liksom HMO:s har PPO också ett nätverk av vårdgivare, men inga ”husläkare” utan patienten kan uppsöka vem han/hon vill inom nätverket och behöver ingen remiss för att uppsöka en specialist. PPO betalar också för besök utanför nätverket men i regel endast en del av beloppet. En PPO-försäkring är i regel dyrare än en HMO-försäkring.

Consumer Driven Health Care

En typ av sjukvårdsförsäkringar som de senaste åren har fått mycket uppmärksamhet är så kallade *Consumer Driven Health Care*. Det innebär att konsumenterna betalar all enklare sjukvård från ett eget sjukvårdskonto (*Health Savings Account, HSA*) och har en försäkring som kan användas vid dyrare sjukvård.¹⁰¹

⁹⁹ Det finns en lag som ger en uppsagd rätt att behålla samma sjukförsäkring som han/hon hade som anställd under ett och ett halvt år, den s k COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act).

¹⁰⁰ Ibland sägs förkortningen betyda Participating Provider Plan.

¹⁰¹ www.cbpp.org/hsa-overview.htm (besökt 060514).

High deductible Insurance är en försäkring som har en hög självrisk. Det vill säga en försäkring som börjar gälla efter till exempel 5 000 USD. Upp till aktuellt belopp betalar patienten hela kostnaden. Den kan således liknas vid ett högkostnadsskydd.

HSA, som introducerades år 2003, är individuella konton där individer som har en sjukvårdsförsäkring med hög självrisk kan spara pengar skattefritt.¹⁰² Liksom pensionssparande är insättande på ett HSA avdragsgillt, men till skillnad från pensionssparande är uttag ur HSA också skattefritt så länge pengarna används till konsumtion av sjukvård. Beskattningsåret 2006 har varje individ möjlighet att avsätta 1 050 USD medan familjer kan spara ända upp till 10 500 USD per år. Dessa beloppsgränser planeras att höjas kraftigt under de kommande åren. Utöver att insättande ska vara avdragsgillt kommer det också förmodligen att erbjudas skattekrediter för att göra HSA attraktivare för låginkomsttagare.¹⁰³ Fördelen är att konsumenter blir mer kostnadsmedvetna, vilket förväntas leda till lägre kostnader. Till skillnad från traditionella sjukvårdsförsäkringar (som HMO:s och PPO:s) kan patienten välja fritt vilken läkare eller sjukhus han/hon vill besöka. Eftersom sparandet är skattefritt så blir individuella sjukvårdsförsäkringar lika skattegynnade som de via arbetsgivaren. Staten subventionerar i dag sjukvårdsförsäkring via arbetsgivare genom att det är avdragsgillt för företag och ett införande av HSA ger även liknande skattefördelar för individer som köper egen försäkring.

5.2.3 Integrerade sjukvårdssystem

Kaiser Permanente och Veteran Affair Health Administration

Kaiser Permanente (KP) är en Health Maintenance Organization (HMO) med säte i Kalifornien men organisationen finns i ett flertal delstater. Den tas ofta upp som ett lyckat exempel på sjukvård i USA. KP består dels av en försäkringsdel (Kaiser Foundation Health Plans), dels en utförardel (Permanente Medical Groups). Den förra är en icke-vinstdrivande privat stiftelse och de senare är vinstdrivande enheter. Patienterna hos Kaiser betalar som vanliga försäkringstagare en månadsavgift för att vara försäkrad. Det som skiljer KP från andra HMO är att patienterna inte kan söka sig utanför KP, och att de anslutna sjukhusen och läkarna inte tar emot andra patienter än KP:s. En rad undersökningar visar att KP har lyckats hålla nere kostnaderna samtidigt som deras resultat i form av kvalitet är i topp.¹⁰⁴ Det integrerade systemet gör att KP kan hålla de administrativa kostnaderna nere och lättare undvika onödiga behandlingar och dubbla provtagningar.

Ett liknande system som KP är Veteran Affair Health Administration (VA). De som är och har varit anställda i USA:s militära försvar har tillgång till en rad förmåner. Dessa administreras av Department of Veteran Affairs (som efter Departement of Defense är det största departementet). VA är delen som är ansvarig för sjukvård. De som har skadats under sin

¹⁰² Medicare Drug Legislation www.whitehouse.gov/news/releases/2003/12/20031208-2.html (besökt 060512).

¹⁰³ Skattekrediter är ett avdrag på skatten medan ett skatteavdrag är ett avdrag på beskattningsbar inkomst (för vidare information om detta se Zackrisson, 2004).

¹⁰⁴ Enthoven & Tollen (2004).

tjänstgöring har rätt till fri sjukvård i resten av sitt liv genom VA.¹⁰⁵ (De som inte har skadats under tjänstgöring har rätt till kraftigt subventionerad vård.)¹⁰⁶

VA driver ett hundratal sjukhus och vårdcentraler (*outpatient clinics*) runt om i USA och finns i samtliga delstater. Dessa har närmare 100 000 anställda och har hand om över fem miljoner patienter. På 1990-talet var VA:s rykte i botten och det förekom allvarliga politiska diskussioner om att stänga hela VA-systemet.¹⁰⁷ Vändningen kom 1994 när President Clinton tillsatte en ny *under secretary* (ungefär minister) som rensade upp i byråkratin och var en pionjär genom att införa avancerade IT-system för patientinformation. Sedan dess har VA blivit ett av de mest framgångsrika sjukhussystemen både när det gäller kvalitet och att hålla nere kostnader.¹⁰⁸ Enligt National Committy of Quality Insurance har VA högre kvalitet än samtliga jämförda privatsjukhus. Michigan Consumer index visar att VA-patienter är mer nöjda än patienter på andra sjukhus. Den senaste tiden har det blossat upp en debatt om kvaliteten på VA och i synnerhet kring Walter Reed-sjukhuset i Washington DC.¹⁰⁹ Trots den allvarliga kritik som framkommit finns det inget som tyder på att vårdkvaliteten över lag skulle vara dålig på VA-sjukhus.

Både KP och VA är integrerade system där aktören som betalar för behandlingen inte är skild från dem som utför den, det vill säga det finns inget *third-payer problem*. VA finns i hela landet och KP finns i många delar av USA, så deras patienter tvingas sällan på grund av flytt byta vårdgivare och det gör att de kan få en långsiktig relation till sina patienter. VA har till och med en livslång relation till sina patienter. Det lönar sig därför att investera i deras långsiktiga hälsa. De är stora så de kan få stordriftsfördelar när det gäller till exempel IT-investeringar. Både KP och VA har medvetet satsat på IT men inte främst på medicinsk teknologi, utan på att få ett bra informationsflöde som låter all vårdpersonal få tillgång till patienternas information.¹¹⁰ Detta reducerar risken för felbehandlingar och undviker dubbla behandlingar (t ex provtagningar). När information finns direkt tillgänglig minskar vårdtiderna och kostnaderna. Sammanfattningsvis kan man säga att KP fungerar som ett svenskt landsting fastän det är privat och konkurrensutsatt. VA som är ett offentligt system har heller inga problem med köer för behandling, men däremot är en vanlig kritik att det är svårt att bli inskriven i systemet.

5.3 Problem och förslag på lösningar

Som tidigare konstaterades måste kostnader ses i relation till kvaliteten på vården. Flera vanligt använda indikatorer visar att USA inte har en folkhälsa som är i paritet med kostnaderna för sjukvården. De höga kostnaderna måste antingen bero på att amerikaner är sjukare än andra eller att USA:s sjukvård är dyrare än omvärldens. Studier visar att amerikaner visserligen är en aning sjukare än individer i andra jämförbara länder men det kan endast förklara en bråkdel av skillnaderna i kostnader.¹¹¹ En nedbrytning av kostna-

¹⁰⁵ Reglerna för hur man kvalificerar till fri sjukvård är komplicerade. reglerna för detta finns beskrivna på www.va.gov/healtheligibility/ (besökt 070227).

¹⁰⁶ Veteraner har också bl a förmånliga pensionsvillkor, utbildning, subventionerade huslån och företräde till vissa jobb inom offentlig sektor.

¹⁰⁷ VA-sjukhusens dåliga rykte kunde ses i filmen *Born the 4th of July* där filmens huvudperson (Tom Cruise) besöker ett smutsigt och nedgången VA sjukhus.

¹⁰⁸ www.washingtonmonthly.com/features/2005/0501.longman.html (besökt 070225).

¹⁰⁹ Washington Post, 20 februari, 2007.

¹¹⁰ Longman (2005) and Eddy (2004).

¹¹¹ Angrisano m fl (2007).

derna i USA:s sjukvård visar att de höga kostnaderna finns spridda över alla delar i USA:s sjukvårdssystem.

En vanlig föreställning är att amerikaner konsumerar mer läkemedel än medborgare i andra västländer. Detta är inte sant, men eftersom amerikaner konsumerar dyrare läkemedel blir de totala kostnaderna för läkemedel höga.¹¹² Studien visar att läkemedelskostnaderna är 50–70 procent högre än i andra västländer. Den främsta orsaken till de höga kostnaderna är att USA är *early adopters* av nya och ofta dyrare läkemedel.

Läkare i USA tjänar ungefär 50 procent mer än läkare i jämförbara länder, vilket givetvis är ett resultat av dels konkurrens mellan arbetsgivare, dels själva finansieringssystemet. Löner till sjuksköterskor i USA ligger däremot på OECD-genomsnittet. Det är också stora regionala skillnader i kostnader. Emellertid verkar inte de regioner som har den dyraste vården ha bättre medicinskt utfall.¹¹³ En förklaring är skillnader i administrativa kostnader. Uppskattningar tyder på att hela 31 procent av sjukvårdskostnaderna är administration.¹¹⁴ En annan förklaring som ofta framförs är den felaktiga incitamentsstrukturen där utförarna ersätts per ingrepp eller behandling, så kallad *fee for service*.¹¹⁵ Den ger läkaren svagare incitament att få patienten frisk eftersom mer och fler behandlingar genererar mer pengar.

De relativt dåliga medicinska resultaten i USA kan inte endast förklaras av brister i sjukvårdssystemet. Studier visar att stora inkomstskillnader bidrar till kortare livslängd och således bidrar USA:s socioekonomiska struktur till de ofördelaktiga medicinska indikatorerna. En annan vanlig indikator på sjukvårdens kvalitet är spädbarnsdödlighet. USA har en för västvärlden hög sådan. Innan man drar slutsatsen av att detta är ett symptom på en dålig fungerande sjukvård finns det ett par andra faktorer som åtminstone förklarar en del av skillnaden. I USA är förvisso aborter lagliga men av olika skäl utförs aborter i ganska liten utsträckning. Det finns ett samband mellan låg spädbarnsdödlighet och antal utförda aborter.¹¹⁶ Vidare är det svårt att jämföra internationell statistik, det finns skillnader i rapportering på grund av olika definitioner av levande födda. Däremot indikerar studier att vid låga födelsevikter har barn som föds på sjukhus i USA en högre chans att överleva än i många andra länder.¹¹⁷

Vilka lösningar på förespråkas och av vem?

Förslag på hur problemen i USA:s sjukvårdssystem ska lösas duggar tätt. Eftersom USA:s sjukvård har flera problem och vissa förslag på lösningar endast siktar in sig på vissa problem blir debatten svåröverskådlig. Nedan följer en översikt av den senaste tidens viktigaste och/eller intressantaste förslag.

Det verkar som man är överens om problembilden och ungefär vad som behöver göras. Skillnaderna är mycket mindre än likheterna. Systemet är stort, komplext och ansvaret återfinns på många olika nivåer. Skiljelinjen i den politiska debatten är ganska otydlig. I den amerikanska debatten är det få som vill att staten (*government*) ska ta över kontrollen över systemet. En tankesmedja som tydligt ligger politiskt till vänster – Progressive Policy Institute – skriver "*the government [must] take action in the public's interest without*

¹¹² Angrissano m fl (2007).

¹¹³ www.dartmouth.edu/~cecs/downloads/jsc80266.pdf.

¹¹⁴ Woolhandler m fl (2003).

¹¹⁵ Porter & Teisberg (2006).

¹¹⁶ Cannon & Tanner (2006).

¹¹⁷ Det finns ingen nyare studie än Eberstadt (1995). I vilken mån resultaten fortfarande är giltiga är därför osäkert.

seizing control of the system".¹¹⁸ Trots att det statliga sjukhussystemet VA har varit framgångsrikt är det få som förespråkar att statliga sjukhus är lösningen på sjukvårdens problem i USA.

Problemet med de oförsäkrade diskuteras ofta i termer av att de inte har råd med att köpa sjukvårdsförsäkring. Studier visar att många av de oförsäkrade har råd med en sjukvårdsförsäkring, men de väljer att inte ha en.¹¹⁹ Ett sätt att få dessa grupper att skaffa försäkring är att erbjuda billigare försäkringar. Många, bland annat nuvarande president, sätter stort hopp till Consumer Driven Health Care där ett *Health Savings Account* (se ovan) kombineras med en sjukvårdsförsäkring med hög självrisk.

Det finns dock en omfattande kritik mot HSA. De flesta amerikaner är i dag försäkrade via sin arbetsgivare som pooler både sjukare och friskare individer, vilket innebär att om alla får köpa individuell försäkring kommer sjukare individer att inte alls kunna köpa sjukvårdsförsäkring eller till ett mycket högre pris. En annan kritik mot HSA är att den stora delen av kostnaderna för hälso- och sjukvård finns i den typen av vård som HSA inte skulle bekosta utan i den delen som försäkringen täcker. Då finns det inte längre några incitament att vara kostnadsmedveten och att köpa billig vård.

Ett annat sätt att angripa de oförsäkrade är att införa obligatoriska sjukvårdsförsäkringar som diskuteras på delstatsnivå. Den delstat som har hunnit längst är Massachusetts som från och med den 1 juli 2007 kräver att alla invånare ska vara försäkrade. De som inte är det får en extra skatt. I flera andra delstater pågår en diskussion om att införa något liknande. Ett av de mest uppmärksammade är det från Kaliforniens guvernör – Arnold Schwarzenegger – om att alla i Kalifornien ska ha en sjukvårdsförsäkring. Det ska ske genom att de skattefinansierade försäkringssystemen expanderar för att täcka fler och de som har högre inkomster ska liksom i Massachusetts fås att köpa sjukvårdsförsäkring både med piska (extraskatt för de som inte köper en försäkring) och morot (subventionerade sjukvårdsförsäkringar).¹²⁰ Det ska också inkludera illegala immigranter vilket gör förslaget kontroversiellt.

Ett annat förslag i Kalifornien som fått uppmärksamhet är det från demokratiska delstats-senatorn Sheila Kuehl om ett *singel-payer* system.¹²¹ Det går i korthet ut på att delstaten skulle vara ansvarig för all finansiering av sjukvård, men att utförarna fortfarande ska vara privata. Delstaten skulle i kraft av sin storlek kunna förhandla fram lägre priser och på så sätt skulle kostnaderna för vården minska men alla skulle ha en sjukvårdsförsäkring. Detta förslag har passerat både kamrarna i Kalifornien delstatsparlament men Guvernören använde sitt veto mot det.

¹¹⁸ www.ppionline.org/documents/Fixing_Health_Care_092205.pdf (besökt 060825).

¹¹⁹ Kaiser Family Foundation (2006a).

¹²⁰ För en bra översikt av förslaget se www.health-access.org och <http://gov.ca.gov/index.php?/press-release/5057> (besökt 070501).

¹²¹ <http://dist23.casen.govoffice.com/> (besökt 070302).

Flera andra mindre delstater (Maine¹²², Vermont¹²³ och Hawaii¹²⁴) har experimenterat eller infört system som syftar till att få alla försäkrade.¹²⁵ I USA bOLLAS ofta frågor mellan delstater och den federala regeringen eftersom båda nivåerna i många fall äger frågan. Av naturliga skäl är det i många fall lättare att på delstatsnivå besluta om nya program och initiativ. När det gäller oförsäkrade har delstater dessutom ytterligare ett incitament eftersom en stor del av kostnaden för vård av oförsäkrade på akutmottagningar betalas av delstaten.

Ett förslag som ligger i linje med Guvernörs Schwarzeneggers är ett förslag från Federation of American Hospitals.¹²⁶ De föreslår ett system där individer tvingas att ha en sjukvårdsförsäkring. Antingen via arbetsgivaren om möjlighet erbjuds eller via något av de statliga programmen (se ovan) för dem som är kvalificerade. Övriga skulle vara tvungna att köpa en privat sjukvårdsförsäkring. Sjukhus med akutmottagning måste behandla oförsäkrade patienter. De får visserligen ersättning för detta men den motsvarar inte de egentliga kostnaderna. Amerikanska sjukhus har i dag uppskattningsvis 40 miljarder USD i obetalda räkningar och anser sig ta en oproportionerlig stor del av finansieringen av de oförsäkrades hälso- och sjukvård.¹²⁷

Den inflytelserike forskaren och debattören Michel Porter har tillsammans med en kollega tagit sig an den amerikanska sjukvården.¹²⁸ Deras kritik går ut på att det är fel typ av konkurrens i USA:s sjukvård och att den endast leder till ökande kostnader utan att kvaliteten stiger i motsvarande grad. De förespråkar i stället att ersättning till vårdgivare ska baseras på resultat i stället för ingrepp och att de måste ta ett helhetsansvar för patienten i stället för att vårdkedjan som i dag är uppdelad på flera aktörer. De anser att statens roll är att subventionera försäkringar till hushåll som inte har råd att köpa försäkring och att vara en pådrivare för användandet av ny teknik.

Få förslag frångår principen om sjukvårdsförsäkring via arbetsgivare. Problem med denna typ av sjukvårdsförsäkring är att det skapar inlåsnings effekter. Studier indikerar att så många som var fjärde anställd stannar på ett arbete de inte trivs med enbart på grund av sjukvårdsförsäkring, så kallad *job lock*.¹²⁹

Ett av de få förslagen i den nationella debatten om att kringgå de privata försäkringsbolagen kommer från Center for Economic Policy Research, som är en liberal tankesmedja i Washington DC. De argumenterar att USA bör expandera Medicare genom att låta individer köpa försäkring hos Medicare. De hävdar att eftersom Medicare har lägre administrativa kostnader än de flesta privata försäkringsbolag och är en stor köpare av vård har de goda möjligheter att förhandla ned priserna.¹³⁰

¹²² www.dirigohealth.maine.gov (besökt 070402).

¹²³ www.vtiha.org (besökt 070402).

¹²⁴ www.healthcoveragehawaii.org (besökt 070402).

¹²⁵ Även staden San Francisco har långtgående planer på att införa ett system med sjukvårdsförsäkring till alla (www.sfhp.org/sfhap). Ett problem som uppstått är den stora andel som arbetar i San Francisco men bor utanför staden. Ska det vara försäkrade eller inte?

¹²⁶ www.fahs.com/press_releases/press_releases/2007/HCP%20release%20FINAL.doc (besökt 070501).

¹²⁷ www.fah.org/passport/ (besökt 070501).

¹²⁸ Porter & Teisberg (2006).

¹²⁹ www.businessweek.com/magazine/content/07_05/b4019086.htm (besökt 070312).

¹³⁰ www.cepr.net/index.php?option=com_content&task=view&id=727&Itemid=45 (besökt 070312).

Förebyggande vård har fått större uppmärksamhet. Alla kandidater som ställer upp för presidentvalet 2008 har betonat vikten av förebyggande vård: *I think you're going to see a prevention component of virtually every candidate's health care reform.*¹³¹ Liknande tankegångar återfinns på ledarplats i San Francisco Chronicle:

*“Perhaps the major reason why American health care has grown so expensive is that our system rewards the wrong things: doctor specialization in narrow fields instead of primary care, expensive and exotic treatments instead of preventive care, prescriptions instead of lifestyle management.”*¹³²

Den av presidentkandidaterna inför 2008 års val som har det mest genomarbetade förslaget till reformer av sjukvården i USA och som profilerar sig i den frågan är den demokratiska Senatoren John Edwards.¹³³ Hans ledord för reformering av systemet är delat ansvar (*shared responsibility*).¹³⁴ Hans förslag går ut på att arbetsgivarna ska få ett utökat ansvar att försäkra sina anställda och de offentliga försäkringssystemen (Medicaid och SCHIP) ska utökas. Dessutom ingår i planen att skapa så kallade *Health Care Markets* där delstater ska upphandla sjukvårdsförsäkringar som ska erbjudas privatpersoner och företag. Dessa ska i kraft av sin storlek kunna förhandla fram lägre priser och ha låga administrativa kostnader. Ingen av de ledande republikanska kandidaterna har något utarbetat förslag till sjukvårdspolitik. De flesta av dem kan förmodas ha idéer som ligger i linje med president Bushs sjukvårdspolitik.

En faktor som ofta nämns som en av huvudorsakerna till kostnadsökningarna är ny teknik. Visserligen bidrar den till att förbättra vården men i vissa fall endast marginellt och till en stor kostnad. För att komma till rätta med detta förespråkas det ibland metoder för att neutralt utvärdera ny tekniks kostnadseffektivitet. Det ska ske av en oberoende aktör och förse sjukhus och läkarmottagningar med neutral information om olika teknologiers och läkemedels kostnadseffektivitet.¹³⁵

Om man ska försöka hitta en minsta gemensam nämnare för debatten i USA kan man säga att USA behöver en politik där alla är försäkrade, men något system som i Kanada eller Sverige där sjukvården är finansierad av det offentliga är inte en acceptabel lösning. Inför presidentvalet 2008 kommer *health care* att vara en av de största frågorna. En inte alltför vågad gissning är att alla presidentkandidater kommer ha ett utarbetat förslag om hur alla amerikaner ska kunna få en sjukvårdsförsäkring. Anledningen är att allt fler företag i USA upplever att de höga sjukvårdskostnaderna är en konkurrensnackdel. I medierna upprepas att 1 500 USD av varje bil som GM säljer går till sjukvårdsförsäkringskostnader och att café-giganten Starbucks lägger ut mer pengar på sjukvårdsförsäkringar än kaffe!

En annan linje tas av dem som inte ser att de ökande sjukvårdskostnaderna är ett problem. Den amerikanske ekonomen och nobelpristagaren R.W. Fogel hävdar att de stigande kostnaderna för hälso- och sjukvård i USA kommer att bli en tillväxtmotor i ekonomin på samma sätt som järnvägsbyggandet drev ekonomin i slutet på 1800-talet. Det ökade konsumtionsutrymmet som tillväxten i ekonomin skapar måste användas till något. En allt mindre andel av de disponibla inkomsterna behövs för att tillfredsställa behovet av mat och

¹³¹ The President of Kaiser Family Foundation citerad i Boston Globe 20 februari, 2007.

¹³² San Francisco Chronicle, 5 februari, 2007.

¹³³ <http://johnedwards.com/about/issues/health-care/> (besökt 070501).

¹³⁴ Även guvernör Schwarzenegger använder begreppet *shared responsibility* i sina förslag att reformera Kaliforniens sjukvårdssystem.

¹³⁵ Wilensky (2006).

husrum. ”*We have to spend our money on something.*”¹³⁶ Lite tillspetsat kan man säga att valet står mellan ett större hus, ytterligare en bil eller mer sjukvård.

Hälso- och sjukvårdssektorn inklusive angränsande branscher har skapat 1,7 miljoner nya jobb i USA mellan åren 2001 och 2005. Som en jämförelse har den övriga privata sektorn inte skapat ett enda jobb netto under denna tidsperiod.¹³⁷ Branschen är dessutom en viktig ersättningsindustri för flera delstater i särskilt nordöstra USA och Midwest som drabbats av stora neddragningar inom tillverkningsindustrin. Sjukvårdssektorn är således också viktig för regional utveckling i många områden.¹³⁸ Sysselsättningen i sjukvårdssektorn har ökat i USA och om det är bra eller inte för ekonomin beror på deras alternativa sysselsättning. ”*The answer depends on whether the value of what new people do in the medical services sector is larger or smaller than the value they could have created elsewhere in the economy*”.¹³⁹

De höga kostnaderna för USA:s sjukvård kan också ses som en gigantisk efterfrågan på avancerade läkemedel och medicinteknisk utrustning. En parallell kan dras till militära utgifter, som har varit en viktig motor för bland annat utvecklingen av Silicon Valley.¹⁴⁰ Man kan diskutera om det är klokt att av denna anledning lägga pengar på sjukvård, men det bidrar till att USA är världsledande och en stor exportör av läkemedel och medicinteknisk utrustning. För att få en helhetsbild av kostnaderna för sjukvård i USA måste man ta med storleken på exporten av sådana produkter i ekvationen.

En tillväxtorienterad sjukvårdssektor måste vara benägen att prova nya mediciner och teknologier, vilket är kostnadsdrivande.¹⁴¹ USA är en gigantisk marknad för sjukvård, men landet är också *early adopters* av nya produkter. Av all läkemedelsforskning i världen bedrivs 58 procent i USA och uppskattningar tyder på att en nästan lika stor andel av medicinteknologindustrin finns i USA.¹⁴² En annan indikation på USA:s dominans inom medicinsk forskning är att 35 av de senaste 40 årens nobelpris i medicin har inkluderat minst en forskare som varit verksam i USA.¹⁴³

De höga kostnaderna i USA är det problem i sjukvården som får mest uppmärksamhet och vad sjukvårdsdebatten främst handlar om. Många röster höjs för att USA:s sjukvårdssystem behöver omdanas i grunden. De politiska lösningarna som presenteras och florerar i debatten tar emellertid nästan alla sin utgångspunkt i att arbetsgivarna även fortsättningsvis ska försäkra sina anställda och betonar egentligen inga radikala förändringar av nuvarande system. Det politiska systemet i USA är komplext och är inte gjort för snabba förändringar. Förändringar av sjukvårdssystemet kommer därför att ta tid.

¹³⁶ Professor Robert E Hall citerad i New York Times, 22 augusti, 2006.

¹³⁷ Mandel (2006).

¹³⁸ Mandel (2006).

¹³⁹ Pauly (2003).

¹⁴⁰ Leslie (2001).

¹⁴¹ Aaron (2003).

¹⁴² www.phrma.org (besökt 070404).

¹⁴³ http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/ (besökt 070503).

6 Det kanadensiska systemet för hälso- och sjukvård

Kanada är en federation med tio provinser och tre så kallade territorier. Huvudstad är Ottawa och landet har 33 miljoner invånare. Trots att landet är världens till ytan näst största land är befolkningen i huvudsak koncentrerad till ett fåtal stora städer vid gränsen till USA.

6.1 Bakgrund

USA har den längsta landgränsen mot Kanada, men de två ländernas sjukvårdssystem är varandras raka motsatser. Kanadas system beskrivs ibland som ett offentligt finansierat så kallat *singel payer system*, men är egentligen 13 regionala system som administreras av de federala och provinsiella regeringarna tillsammans. Detta betecknas ofta som Medicare. Delstaterna svarar för organisering och att tillhandahålla all öppen och sluten vård. Den federala regeringen anger riktlinjer och krav enligt *The Canada Health Act (CHA)*, som är Kanadas federala lagstiftning för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Den federala regeringen har intervenerat inom detta område som egentligen ligger under provinsiell jurisdiktion, men utan att ändra maktindelningen som den stipuleras i konstitutionen. Även om den federala regeringen inte är ansvarig för sjukvårdens administration, organisation och utförande kan den utöva betydande inflytande över den provinsiella hälso- och sjukvårdspolitiken genom att utnyttja politiska och finansiella maktmedel. I praktiken har de villkor som anges i CHA för att provinserna ska få federal finansiering, i stor omfattning format och gjort de provinsiella offentligt finansierade sjukvårdssystemen relativt likartade över hela landet.¹⁴⁴

Den huvudsakliga målsättningen med CHA är:

”to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.”

Det övergripande målet med CHA är således fritt översatt god hälsa för alla kanadensiska medborgare och att underlätta rimlig tillgång till hälso- och sjukvård utan finansiella kostnader när vård ges. Landet har ett förbud mot privat kompletterande finansiering av den grundläggande, offentligt finansierade hälso- och sjukvården, som är helt avgiftsfri för alla medborgare som ett uttryck för de bakomliggande principerna om jämlikhet och solidaritet.

I Kanada svarar de provinsiella regeringarna för ungefär 91 procent av de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård.¹⁴⁵ Den federala regeringen tillför betydande statsbidrag till provinserna och har under åren låtit provinserna få en allt större andel av skatteinkomsterna från privatpersoner och företag för att stödja finansieringen av Medicare. Dessa medel är dock inte öronmärkta utan utgör allmänna intäkter i de provinsiella budgeterna. De federala statsbidragen till provinserna enligt *Canada Health Transfer* är emellertid betingade av att de provinsiella offentliga sjukvårdssystemen är i överensstämmelse med fem fundamentala nationella principer i CHA.

¹⁴⁴ www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/944-e.htm (besökt 070430).

¹⁴⁵ Evans (2006).

Dessa är offentlig administration av betalningssystemet (*public administration*), täckande av alla medicinskt nödvändiga tjänster (*comprehensiveness*), allomfattande på lika villkor (*universality*), portabilitet, det vill säga alla medborgare i en provins är berättigade till hälso- och sjukvård i en annan provins (*portability*) och tillgänglighet (*accessibility*), vilket bland annat innebär att om provinserna tar ut någon form av patientavgifter för offentligt finansierade tjänster av medborgare reduceras statsbidraget i samma omfattning.

En central bestämmelse är avsnitt 8 i CHA, som anger att hälso- och sjukvårdssystemet i en provins måste administreras av en offentlig myndighet, vilken är utpekad eller utnämnd av provinsregeringen. Denna bestämmelse kräver införandet av ett *single-payer* system för sjukvårdstjänster som omfattas av CHA. Vidare finns det två specifika villkor i CHA (avsnitt 18 och 19) som förbjuder tilläggsfakturerering (*extra-billing*) och patientavgifter för offentligt finansierade tjänster. De ovan nämnda principerna och villkoren är tillämpliga på alla offentligt finansierade tjänster. Lagen skiljer således mellan dessa tjänster, som anses vara *medicinskt nödvändiga*, och tilläggstjänster. De förstnämnda omfattar:

- Sjukhusvård med syftet att upprätthålla hälsa, förebygga sjukdomar eller diagnostisera eller behandla skador, sjukdomar eller funktionshinder. Detta inkluderar även inläggning, måltider, tjänster utförda av läkare och sjuksköterskor samt mediciner och utrustning.
- Tjänster utförda av praktiserande läkare.
- Medicinskt nödvändig tandvård som bara kan utföras säkert på sjukhus.

Exempel på tilläggstjänster är övrig tandvård och optikertjänster, vilka även i Sverige ligger utanför det offentliga åtagandet, samt receptbelagda läkemedel, sjukgymnastik, hemsjukvård och äldreomsorg. För dessa tjänster kan däremot såväl patientavgifter som tilläggsfakturerering ske helt eller delvis. Dessa tjänster finansieras genom offentliga medel från provinserna, kompletterande privata försäkringar, förmåner betalade av arbetsgivaren och patientavgifter.

Omkring 70 procent av utgifterna för hälso- och sjukvård i Kanada finansieras med offentliga medel av vilka provinserna står för den helt övervägande delen och resterande utgörs av nationella statsbidrag. Även om Kanada kan beskrivas som ett offentligt finansierat sjukvårdssystem kommer samtidigt 30 procent av intäkterna från privata källor, men dessa avser enbart tilläggstjänsterna. Denna andel är dubbelt så hög som i Sverige. Flertalet läkare är privata och ersätts enligt prestationsbaserade taxor som fastställs av delstatsregeringarna i förhandlingar med läkarorganisationerna. Om privatläkare vill sätta sina egna taxor måste de lämna det offentliga finansieringssystemet. Sjukhusen är i huvudsak offentliga och icke-vinstdrivande privata sjukhus.

6.2 Den kanadensiska sjukvårdens resultat och prestationer

Hur fungerar den kanadensiska sjukvården jämfört med andra länder?

Enligt oberoende *Conference Board of Canada* placerar sig Kanadas sjukvårdssystem på en sammanlagd 13:e plats bland 24 OECD-länder vad gäller sammanvägda prestationer av hälsostatus, medicinska resultat och livsstilsfaktorer. Beträffande medicinska resultat, som är ett mer direkt mått på vårdens kvalitet, hamnar Kanada långt ned eller på 20:e plats.¹⁴⁶ Kanada tillhör samtidigt den tredjedel av OECD-länderna med högst utgifter för hälso- och

¹⁴⁶ The Conference Board of Canada (2004).

sjukvård i relation till BNP. Landets utgifter mätt på detta sätt är en procentenhet högre jämfört med Sverige och genomsnittet av samtliga OECD-länder.

The Commonwealth Fund har undersökt ett 40 kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården i Australien, Kanada, Nya Zeeland, Storbritannien och USA.¹⁴⁷ Resultaten visade att inget land genomgående låg i topp eller i botten för samtliga indikatorer och att varje land åtminstone för en indikator var bäst eller sämst. Kanadas sjukvård presterar bra på vissa områden. Kanadensarna upplever också mycket låga finansiella hinder för att få medicinsk vård, diagnostiska tester och förskrivning av läkemedel. Å andra sidan rapporterades svårigheter att träffa en specialist, få vård under kvällar och helger samt att träffa en läkare samma dag om det behövs. Resultaten för de sistnämnda indikatorerna kan sammanfattas som generellt dålig tillgänglighet.

Enligt en komparativ studie från den marknadsliberala tanke- och forskningsinstitutet Fraser Institute är den kanadensiska modellen underlägsen andra inom OECD. Den producerar undermålig tillgång till läkare och medicinsk teknologi, producerar längre väntetider och är mindre framgångsrik att förhindra dödsfall från orsaker som går att förebygga. Systemet kostar också mer än något annat system med liknande målsättningar, förutom Island. Såväl ålder-korrigerad som okorrigerad statistik visar att det kanadensiska systemet inte lider brist på finansiella resurser.¹⁴⁸

Kanadas sjukvårdssystem lider enligt Sally Pipes, vd för den marknadsliberala tanke- och forskningsinstitutet Pacific Research Institute, av långa väntetider för väsentliga behandlingar och bristande tillgång till rådande teknologi.

“There’s no question that Canada suffers from a shortage of new medical technology that can assist in diagnosis and treatments.”

Andra problem enligt Pipes är ökande kostnader för skattebetalare och patienter samt *brain drain* av läkare till främst USA där löneläget är högre och inkomstmöjligheterna större.¹⁴⁹ En studie visar att 18,7 kanadensiska läkare lämnade Kanada och flyttade till USA för varje läkare som kom till Kanada från USA.¹⁵⁰

Fraser Institute har under flera år undersökt väntetider i den kanadensiska sjukvården. Enligt den senaste undersökningen från 2006 var medianväntetiden från det att remiss utfärdats av allmänläkare till den aktuella behandlingen 18 veckor för 12 olika medicinska specialiteter, se Figur 6-1. Denna tid fördelades på nio veckor från besöket hos allmänläkaren till konsultationen hos specialisten samt nio veckor från denna konsultation till behandling. Den totala väntetiden är nära nog fördubblad jämfört med 1993 då den var nio veckor. Patienterna upplever också enligt studien betydande väntetider för olika diagnostiska teknologier. Medianväntetiden för datortomografi, magnetröntgen och ultraljud var år 2006 fyra respektive tio och fyra veckor.¹⁵¹

¹⁴⁷ The Commonwealth Fund (2004).

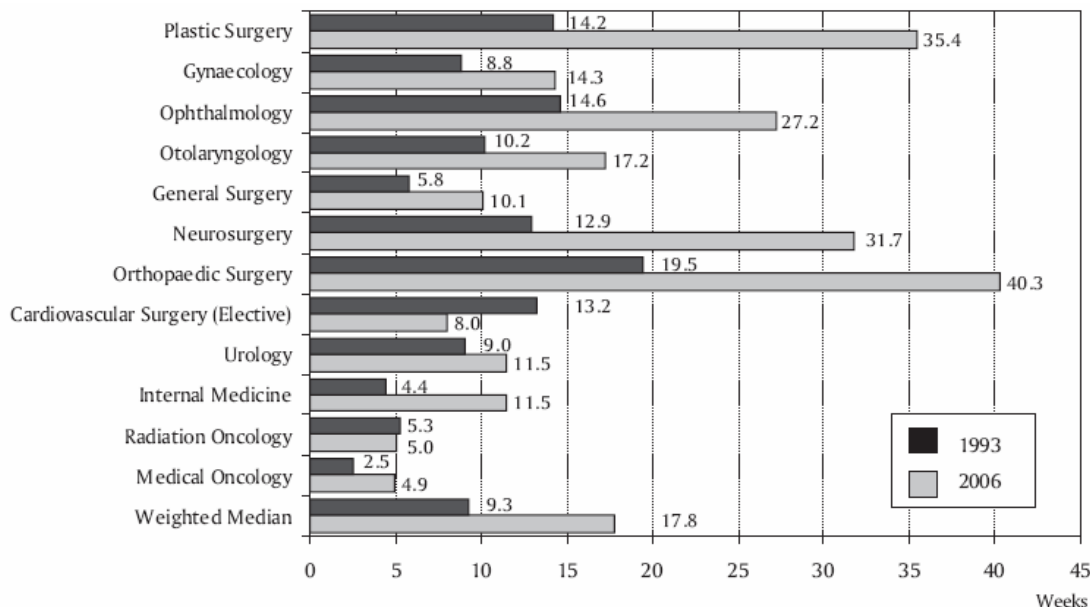
¹⁴⁸ Esmail & Walker (2006).

¹⁴⁹ Pipes (2004).

¹⁵⁰ Finnie (2001).

¹⁵¹ The Fraser Institute (2006).

Figur 6-1 Medianväntetid i veckor från utfärdad remiss av allmänläkare till behandling av specialist i Kanada, 1993 och 2006.



Källa: The Esmail & Walker (2006b) samt Ramsey & Walker, 1993

Även den kanadensiska högsta domstolen har kommenterat väntetiderna till den kanadensiska sjukvården. I ett mycket uppmärksammat rättsfall år 2005 uttalade domstolen bland annat följande i ett mål rörande provinsen Quebec:¹⁵²

“Governments have promised on numerous occasions to find a solution to the problem of waiting lists. Given the tendency to focus the debate on a sociopolitical philosophy, it seems that governments have lost sight of the urgency of taking concrete action”.

“The evidence in this case shows that delays in the public healthcare system are widespread, and that, in some serious cases, patients die as a result of waiting lists for public health care. The evidence also demonstrates that the prohibition against private health insurance and its consequence of denying people vital healthcare result in physical and psychological suffering that meets a threshold test of seriousness”.

Även om problemen med köer består har de offentliga kostnaderna, som utgör cirka 70 procent av de totala utgifterna, ökat kontinuerligt. År 2002 spenderade den offentliga sektorn 79,5 miljarder och utgifterna beräknades uppgå till 98,8 miljarder kanadadollar år 2005, vilket innebär en ökning med 25 procent på tre år. Utgifterna för hälso- och sjukvård stiger snabbare än intäkterna för samtliga provinssiella budgetar. År 1992 svarade utgifterna för 34 procent av provinsernas utgifter. Tio år senare hade andelen nått 41 procent. Denna utveckling riskerar att tränga ut andra viktiga områden som investeringar i infrastruktur och utbildning.¹⁵³

¹⁵² Supreme Court of Canada, Chaoulli v. Quebec (2005).

¹⁵³ Vancouver Board of trade (2006).

6.3 Problem och förslag på lösningar

Den offentliga debatten i Kanada rörande nuvarande sjukvårdssystem är dels inriktad på att det inte är finansiellt hållbart givet nuvarande nivåer och utvecklingstendenser och dessutom kommer efterfrågan att öka i framtiden, dels att ökade utgifter inte lett till bättre resultat varav långa väntetider är ett av de största bekymren. Kritikerna hävdar att den kanadensiska hälso- och sjukvården måste reformeras genom att öka rollen för såväl privat finansiering som utförande jämsides med det offentliga Medicare. Vad gäller privat finansiering verkar enbart privata försäkringar diskuteras och knappast alls patientavgifter, vilket är lite förvånande. Någon diskussion om tillväxtperspektivet eller att hälso- och sjukvården driver innovationer verkar inte heller förekomma.

Det var mycket debatt och uppmärksamhet i Kanada i samband med avrapporteringen från *The Commission on the Future of Healthcare in Canada* (den sk Romanov-kommissionen) år 2002.¹⁵⁴ Dess ordförande, Roy Romanov, uttalade i en delrapport bland annat följande.

”One of the most significant cost drivers is how our own expectations have grown over the past few decades. We expect the best in terms of technology, treatments, facilities, research and drugs, and as a consequence, we may be placing demand on our governments that are not sustainable over time.”

Kommissionens slutsatser och rekommendationer innebar dock i korthet att bevara systemet som det är utan några egentliga förslag till förändringar och att tillföra mera medel.

I en rapport från Atlantic Institute for Market Studies, som gick i direkt polemik med den offentliga Romanov-kommissionen genom den talande rubriken *Definitely Not the Romanov Report* rekommenderades bland annat följande. Definitionen av nödvändig vård (*comprehensiveness*) som finansieras av det allmänna ska avgränsas till att omfatta sofistikerade och dyra behandlingar (katastrofvård), medan ansvaret för val av vanliga behandlingar överlämnas till individen, vilkas kostnader lätt kan bäras av en genomsnittlig person, kompletterad med privata försäkringar och stöd till dem med låga inkomster. I rapporten föreslogs en separation av funktionerna allomfattande finansiär, utförare och utvärderare av sjukvård, vilket skulle göra den offentliga sektorn till en neutral köpare av offentligt finansierad vård från alla utförare som kan möta stränga krav på kvalitet, tillgänglighet och värde för pengarna. Ytterligare ett förslag var uppmuntra framväxten av fristående, specialiserade, vinstdrivande och icke-vinstdrivande kliniker enligt franska och norska modeller, som säljer tjänster till Medicare enligt prestationsbaserad ersättning (*fee for service*).¹⁵⁵

I en studie från Fraser Institute anser författarna, utifrån jämförelser med andra länder, att de sjukvårdsmodeller som producerar överlägsna resultat och kostar mindre än Kanadas monopolistiska system har patientavgifter, alternativa omfattande privata försäkringar och privata sjukhus.¹⁵⁶ Kanada borde följa dessa exempel på sjukvårdsmodeller.

Det finns bland dessa kritiker även förespråkare av den lösning som diskuteras mycket i USA, det vill säga *Health Savings Account* (HSA). I ett *single payer* system, i vilket vården är avgiftsfri vid vårdtillfället, är incitamenten för individen att besöka läkaren ofta.

¹⁵⁴ The Commission on the Future of Healthcare in Canada (2002).

¹⁵⁵ Crowley m fl (2002).

¹⁵⁶ Esmail & Walker (2006).

För läkaren, som ersätts enligt offentligt fastställda taxor per besök, är incitamenten att maximera antalet besök. Incitamenten för politikerna och de som administrerar systemet är att investera i mindre avancerad teknologi och primärvård, vilket är den typ av vård som majoriteten av skattebetalarna troligen utnyttjar under ett givet år. Ett införande av HSA innebär däremot att incitamenten blir de rätta enligt Sally Pipes.¹⁵⁷ Dessa innebär en reell hälsovårdförsäkring som ger individerna ett ekonomiskt intresse av att välja det mest effektiva sättet att konsumera vårdtjänster.

Hälso- och sjukvården är mer politiserad och spelar en än större för den kanadensiska identiteten än den gör i USA. Enligt den kanadensiske författaren och läkaren David Gratzer är HSA i sig ideologiskt neutralt. Om all privat inblandning i sjukvården anses vara en dålig idé, en åsikt som ofta framförs av *Medicares* mest ivriga förespråkare, är det fortfarande möjligt att ha ett offentligt administrerat och finansierat system som innehåller HSA. Enligt honom finns det tre modeller som policymakers kan välja bland. En offentlig, där det offentliga erbjuder katastrofförsäkring och skattemedel finansierar sjukvårdskontona. De som sannolikt behöver mer vård får mer pengar. En privat modell, enligt vilket kanadensarna köper försäkring från privata försäkringsgivare och finansierar dessa med privata medel, möjligen med obligatoriska bidrag. Eller slutligen en mixad modell där regeringarna kan erbjuda försäkring, men där medborgarna bidrar med egna medel eller tvärtom.¹⁵⁸

Det finns samtidigt försvarare av den rådande modellen. Enligt Professor Robert Evans vid University of British Columbia skulle sådana förslag förbättra den relativa tillgängligheten för de med större finansiella resurser medan kostnaden skulle överföras från skattebetalare till patienter, öka de totala kostnaderna och samtidigt inkomsterna för utförare och försäkringsbolag.¹⁵⁹ Representanter för höginkomsttagargrupper och utförare av vården, som känner av de begränsningar som ett *single payer*-system lägger på deras inkomstmöjligheter, har gett starkt stöd för en sådan utveckling. Varje dollar i utgifter är någon annans inkomster, enligt Professor Evans. Det finns enligt honom inte heller belägg för att ett *two-tier* system varken bidrar till kostnads kontroll eller förbättrar den sammantagna effektiviteten i sjukvårdssystemet. Hittills har dessa ansträngningar begränsats av hotet om en motsvarande neddragning i nationella statsbidrag. Samtidigt lämnar sådana förslag de avsevärda ineffektiviteterna som finns i organiseringen och utförandet av vården orörda.

Samtidigt med Romanov-rapporten publicerades en annan rapport av en senatskommitté ledd av Michael Kirby (Kirby-rapporten).¹⁶⁰ Denna omfattade många delområden, men bland annat konstaterades att regeringarna måste rikta in sig på problemen med väntelistor. Att lösa tillgång till vård inom rimlig tid är kritiskt om Kanada ska kunna behålla the *single insurer model* (enbart offentlig finansiering), som såväl kanadensare som kommittén starkt stödjer. Om inte tillgång till rimlig vård i tid är möjlig, kan förbudet mot privat finansiering omöjligt rättfärdigas. Ett misslyckande att lösa frågan kommer högst troligt, som ett resultat av domstolsbeslut, att leda till etableringen av ett parallellt privat system. Det kan noteras att kommittén var mycket förutseende i detta avseende, se nedan. Vidare föreslogs en vårdgaranti, som innebär att när den maximala väntetiden uppnåtts, ska regeringen betala för att patienten omedelbart får vård eller behandling i en annan

¹⁵⁷ Pipes (2004).

¹⁵⁸ Gratzer (2002).

¹⁵⁹ Evans (2006).

¹⁶⁰ The Health of Canadians – The Federal Role (2002).

jurisdiktion och om nödvändigt i ett annat land (USA). Maximala väntetider ska tillämpas nationellt, det vill säga i samtliga provinser.

Den federala regeringen har anslagit mera medel i flera omgångar, främst för att förbättra tillgängligheten. I budgeten för 2003 avsattes 34,8 miljarder kanadadollar till investeringar i sjukvården under en femårsperiod för att förbättra kvaliteten och tillgången till sjukvårdstjänster. I september 2004 kom provinsernas hälsoministrar och Kanadas premiärminister överens om enligt *the 10-year plan to Strengthen Healthcare* att tillgång till vård inom rimlig tid var det största bekymret gällande sjukvården och en nationell prioritering. För att förbättra tillgången och minska väntetiderna kommer ytterligare 41 miljarder kanadadollar att investeras under en 10-årsperiod. Som en del av planen har den federala regeringen erbjudit 5,5 miljarder i statsbidrag för att reducera väntelistor. Regeringen har också deklarerat att den ska arbeta med provinserna för att utveckla en vårdgaranti för att försäkra att alla kanadensare får medicinskt nödvändig behandling inom kliniskt acceptabla väntetider.¹⁶¹

Domstolarna driver på en förändring och utveckling av sjukvårdssystemet

Det var först i samband med Högsta domstolens dom i det ovan nämnda rättsfallet *Chaoulli vs Quebec* som ett nytt kapitel inleddes i debatten om Kanadas offentligt finansierade sjukvård. Huvudfrågan i det fallet var huruvida restriktionerna mot köp av privata försäkringar för sjukvårdstjänster, som täcks av det offentliga åtagandet, inkräktade mot rätten till personlig säkerhet. I domen som togs med rösterna fyra mot tre, fastslog domstolen att sådana förbud i provinsen Quebec stred mot stadgan om mänskliga fri- och rättigheter. När det offentligt finansierade systemet inte kan erbjuda vård inom rimlig tid, och samtidigt förbjuder privat finansierad vård är detta orättfärdigt (*unconscionable*). Domstolen fastslog i ett mycket citerat uttalande att *"access to a waiting list...is not access to health care"*.¹⁶²

Den knappa majoriteten och det faktum att slutsatsen var tillämplig enbart mot Quebec skärpte åsiktsskillnaderna i den följande debatten.¹⁶³ Försvarare av Medicare i sin nuvarande form har generellt fördömt domstolens beslut för att öppna dörrarna för ett parallellt system som kommer att ge konsumenter med mer pengar bättre vård och locka över utförare från det offentligt finansierade systemet. Kritiker av det nuvarande systemet har allmänt välkomnat beslutet för att det upprätthåller individuella rättigheter mot ett statligt monopol och erkänner begränsningarna i ett system, som i sig, måste ransonera tjänsterna för vilka efterfrågan alltid kommer att överstiga utbudet.

Inget slut på denna argumentation är i sikte.¹⁶⁴ Restriktioner för privata försäkringar jämsides med köer existerar inte i någon annan utvecklad demokrati. Hängivenheten hos många kanadensare till landets unika modell är samtidigt djupt rotad. Inte förvånande har provinsregeringarna varit långsamma att reagera och vidta åtgärder utifrån domen. Stämningar och fortsatta köer kommer säkert att prägla framtiden och domstolarna kan komma att spela en central roll i den framtida utvecklingen av sjukvården i Kanada.

¹⁶¹ Vancouver Board of Trade (2006).

¹⁶² Supreme Court of Canada, *Chaoulli v. Quebec* (2005).

¹⁶³ Robson (2006).

¹⁶⁴ Robson (2006).

Sedan domstolen avkunnade sin dom verkar lite ha förändrats på ytan.¹⁶⁵ Miljoner kanadensare väntar fortfarande för länge på medicinsk nödvändig vård. Medan provinsen Quebec har infört en lagstiftning som innehåller en vårdgaranti jämsides med begränsat anlåtande av privata försäkringar för vissa behandlingar, har det inte skett några förändringar i andra provinser eller på federal nivå. I praktiken har emellertid rättsfallet inneburit att förändringar av det kanadensiska hälso- och sjukvårdssystemet är oundvikliga. Högsta domstolen har slagit fast att överdriven ransonering av utbudet av sjukvård inte kan rättfärdigas varken legalt eller moraliskt. Den federala regeringen har anammat beslutet och gjort införandet av en vårdgaranti som ett prioriterat mål. Till sist har överdriven ransonering av sjukvårdstjänster blivit oacceptabelt i Kanada. Regeringarna och i ökande omfattning även policy makers och forskare inom området har nu förstått att om de inte upprätthåller gränser för väntetider till medicinskt nödvändig vård, måste de kunna erbjuda individer möjligheten att betala privat för de tjänster de efterfrågar.

Två synliga utvecklingsvägar eller reformalternativ framgår tydligt enligt Patrick Monahan.¹⁶⁶ Det första är ett förbättrat, hållbart och allomfattande single-payer system som det existerande, med jämförelser av resultat och förbättrad tillgång till vård inom rimlig tid i hela systemet. Det andra är introduktionen av ett privat finansierat alternativ, vilket är tillgängligt för patienter som överskridit de maximala väntetiderna inom det offentligt finansierade systemet. Valet mellan dessa alternativ kommer slutligen att göras av regeringar och lagstiftande församlingar snarare än av domstolar.

Ett annat viktigt rättsfall som är under avgörande rör provinsen Alberta.¹⁶⁷ Detta fall avser en 57-årig person som inte fick tillgång till höftledsbehandling med hänvisning till för hög ålder. Han fick denna behandling utförd i en annan provins, men fick betala den själv. Han stämde i augusti 2006 provinsen Alberta för att regeringen misslyckats med att erbjuda honom vård i tid för medicinskt nödvändig vård, samtidigt som delstaten förbjuder tillgång till privat försäkring som kan betala sådan behandling i den privata sektorn. Dom väntas under 2007 och denna emotes av många då den kan få stor betydelse för den fortsatta diskussionen om väntelistor och tillgänglighet, men även frågan om privat kompletterande finansiering.

Slutsatsen i stycket ovan är egentligen självklar eftersom domstolarna inte stiftar lagar, men regeringarna verkar inte vilja ta striden för en förändring av sjukvårdssystemen då de har relativt lite att vinna på detta och oppositionen är samtidigt stark. Domstolarna kommer därför antagligen att spela en fortsatt viktig roll genom att driva på utvecklingen. De flesta är dock överens om att det nuvarande kanadensiska hälso- och sjukvårdssystemet inte är hållbart på sikt och att förändringar måste och kommer att ske.

¹⁶⁵ Monahan (2006).

¹⁶⁶ Monahan (2006).

¹⁶⁷ <http://casselsbrock.com/publicationdetail.asp?aid=1165> (besökt 070418) samt Carpay (2007).

7 Slutsatser och implikationer för Sverige

7.1 Slutsatser

Jämförelser mellan ett marknadsbaserat och ett offentligt administrerat system

Inledningsvis bör betonas att inget sjukvårdssystem i världen kommer någonsin att kunna erbjuda alla omedelbar tillgång till all den vård som efterfrågas. Vi har i denna studie jämfört det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet med det kanadensiska utifrån de svenska förhållandena och utmaningarna.

Det kanadensiska systemet förbjuder kompletterande privat finansiering av den sjukvård som omfattas av det offentliga åtagandet. Medborgarna har samtidigt rätt till fri sjukvård enligt lagstiftningen. För att begränsa kostnadsökningarna i ett sådant system måste tillgången ransoneras. Köer och bristande tillgänglighet är ett resultat av detta. En annan åtgärd är att genomslaget av ny medicinteknik begränsas, vilket är logiskt eftersom den nya tekniken driver kostnader men samtidigt verkar detta bidra till sämre medicinska resultat jämfört med många andra OECD-länder. Budgetmässiga begränsningar sätter tak för de anställdas löneutveckling, vilket bland annat inneburit att läkare söker sig till USA. Kostnaderna har ändå fortsatt att öka snabbare än skatteintäkterna, främst som en följd av satsningar på att förbättra tillgängligheten. Detta belastar de offentliga budgeterna hårt och nuvarande system anses av många inte vara hållbart på längre sikt.

Detta kan få till följd att omfattningen av det offentliga åtagandet minskar och att inslaget av privat finansiering ökar, vilket är ett annat alternativ för att hålla de offentliga kostnadsökningarna under kontroll. I dagsläget motsvarar den offentligt finansierade vården cirka 70 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården i Kanada, men kostnader för sjukhusvård och läkarbesök finansieras enbart med offentliga medel.

Det amerikanska systemet bygger på den djupt rotade föreställningen att individen har rätt att besöka vilken läkare han/hon vill, när som helst. Kostnaden betalas emellertid främst av någon annan, det vill säga av tradition arbetsgivaren via försäkringar men i ökad utsträckning av det offentliga. Implikationen av ett sådant system är skenande kostnader och höga försäkringspremier. I vissa avseenden har USA den bästa vården i världen med den senaste medicintekniken och behandlingsmetoderna. Sjukvårdssektorn med angränsade näringar har samtidigt svarat för en del stor del av nettotillskottet av nya arbetstillfällen och det höga löneläget attraherar de bästa läkarna från bland annat Kanada. Den omfattande sjukvårdssektorn driver också forskning och utveckling av nya läkemedel och medicinteknik.

Baksidan är ett stort antal oförsäkrade då arbetsgivarna i mindre utsträckning är beredda att erbjuda de allt dyrare försäkringarna för sina anställda. Många äldre storföretag upplever de höga sjukförsäkringskostnaderna som en konkurrensnackdel i förhållande till konkurrenter, vilka inte erbjuder sina anställda lika generösa förmåner. När arbetsgivaren betalar sina anställdas sjukvårdsförsäkringar blir risksammansättningen gynnsammare eftersom både sjukare och friskare individer ingår. För individer som tecknar privat försäkring är premien beroende av individens hälsostatus. Till skillnad från företagets premier är de sistnämnda inte avdragsgilla.¹⁶⁸ Många har därför inte råd och vissa kan till

¹⁶⁸ Presidenten lanserade i det s k State-of-the-Union talet 2007 förslaget att även individuella sjukvårdsförsäkringar ska vara avdragsgilla.

och med nekas försäkringar, men av de oförsäkrade som besöker sjukhusens akut-mottagningar tjänar en tredjedel mer än 43 000 USD i årsinkomst eller över medianinkomsten i USA. Detta indikerar åtminstone till viss del ett *free rider*-problem, det vill säga många avstår från privat försäkring medvetna om att de enligt federal lag har rätt till vård på sjukhusens akutmottagningar. Detta är den dyraste vården och notan för de oförsäkrade skickar sjukhusen vidare, vilket belastar de offentliga budgeterna. Att de oförsäkrade besöker sjukvården först vid rent akuta tillstånd är också negativt för folkhälsan i USA, som inte står i proportion till de höga utgifterna för sjukvården. Många akuta tillstånd kunde ha förhindrats genom förebyggande insatser eller att patienten tagit kontakt med sjukvården tidigare.

Såväl kanadensare som amerikaner efterfrågar naturligtvis den bästa vården och tillgängligheten, särskilt eftersom någon annan betalar i båda systemen. Det är därför viktigt att skilja på behov och efterfrågan, som mer skulle sammanfalla om individen betalar patientavgifter i samband med besök eller är med och delfinansierar vården via egna försäkringar. Kompletterande privat finansiering av det offentliga åtagandet är också det som ofta framförs som lösningen på Kanadas ökade offentliga kostnader, bristande tillgänglighet och dåliga medicinska resultat. Förvånade nog diskuteras inte införande av patientavgifter. I USA diskuteras att individualisera försäkringarna och införa individuella obligatoriska sjukvårdskonton för alla, *Health Savings Account*, som en åtgärd för att begränsa kostnadsökningarna. Detta skulle medföra att individen tar ett större ansvar genom att spara egna medel till kommande sjukvårdskostnader. Enbart utgifter för sjukvård skulle vara avdragsgilla. Även arbetsgivaren kan bidra med medel till sjukvårdskontot liksom det offentliga för de med lägst inkomster.

I jämförelse med Kanada och Europa anses den dynamiska och omfattande tjänstesektorn i USA vara den främsta förklaringen till den trendmässigt högre tillväxttakten och bättre förmågan att skapa nya arbetstillfällen. Som visades i kapitel fem är sjukvården en tillväxtsektor som skapar ekonomisk tillväxt och många nya arbeten i USA. Nettotillskottet av nya jobb i den privata sektorn mellan åren 2001 och 2005 har skapats inom sjukvården och angränsande näringar. Den bakomliggande förklaringen synes under senare år i stor utsträckning vara den amerikanska sjukvårdssektorn.

Kanadas sjukvårdssystem bygger på att de offentliga kostnadsökningarna ska hållas under kontroll med hjälp av budgetbegränsningar. Dessutom finns ett förbud mot kompletterande privat finansiering. Detta innebär följaktligen begränsningar för utförarna liksom inkomstutvecklingen för de anställda i vården. Med begränsade inkomst- och affärsmöjligheter söker sig endast i begränsad omfattning entreprenörer och företag till sjukvårdssektorn. Ett sådant system är knappast förenligt med vad som kan betecknas som en tillväxtmarknad.

Utgifterna för sjukvård kommer att öka i framtiden

Att människor får en bättre hälsa och lever längre kan enbart vara något positivt. Det kan förväntas att kostnaderna för sjukvård kommer att öka eftersom betalningsviljan är stor och ökande. Patienterna kommer också att efterfråga de senaste behandlingsmetoderna och den bästa vården. Dessutom drivs kostnaderna av bland annat nedanstående faktorer.

Innovationer och utveckling av ny medicinteknik, bioteknik och läkemedel kan i vissa fall rationalisera behandlingar och diagnostik i hälso- och sjukvården, men fungerar också starkt kostnadsdrivande.¹⁶⁹

¹⁶⁹ Aaron (2003).

Ekonomisk tillväxt är en annan kostnadsdrivare eftersom länder med högre BNP/capita lägger en större andel på sjukvård. En fortsatt hög ekonomisk tillväxt leder till ökade kostnader för sjukvården.¹⁷⁰ Dessutom blir produkter kontinuerligt billigare relativt tjänster, varför tjänster kommer att ta en större andel av konsumtionen i anspråk.

Den åldrande befolkningen driver också kostnader. Folkhälsan har kontinuerligt förbättrats bland annat till följd av den medicintekniska utvecklingen. Människor lever längre och kommer under sin livstid att konsumera och efterfråga mer vård, även om det fortfarande är så att det huvudsakliga vårdbehovet föreligger under det sista året eller till och med veckorna i livet.

De ökade kostnaderna för sjukvård är således till stora delar en konsekvens av ett antal positiva och politiskt önskvärda faktorer. Kan kostnaderna för hälso- och sjukvård då bli för höga? Det kan vara fallet av tre skäl. För det första gäller generellt att ett land eller region behöver ett diversifierat näringsliv som inte är för ensidigt beroende av vissa branscher eller näringar. Detta gäller oavsett om det är fråga om fordonsindustri eller *Life Science* och sjukvård. Det andra skälet skulle vara så kallade *third payer problem*, det vill säga patienter efterfrågar för mycket vård eftersom någon annan betalar. Det är ingen önskvärd utveckling om företag eller skattebetalare förorsakas överdrivna kostnader till följd av detta. För det tredje är det inte heller någon eftersträvansvärd utveckling om människor inte blir friskare eller får snabbare tillgång till bättre vård trots att kostnaderna ökar.

Hälso- och sjukvården betraktas oftast som både en rättighet och ett kostnadsproblem. För att få en mer relevant och nyanserad diskussion om sjukvården borde den i analogi med utbildning ses mindre som ett kostnadsproblem och mer som en investering. I Nordamerika finns en debatt om individens betalningsvilja för sjukvården. Två ekonomer vid UC Berkeley har uttryckt det på följande sätt.

“As we get older and richer, which is most valuable: a third car, yet another television, more clothing – or an extra year of life?”¹⁷¹

Utgifterna för hälso- och sjukvård uppgår till cirka 2,4 procent av de disponibla inkomsterna i Sverige, även om andelen är betydligt större före skatt eftersom främst landstingsskatten finansierar sjukvården. Det kan noteras att en lika stor andel av hushållens disponibla inkomster läggs på alkohol och tobak.¹⁷² Ökade resurser till sjukvården kan också indirekt innebära ökade resurser för FoU inom *Life Science*. Detta gäller även om stora delar av hälso- och sjukvårdens kostnader inte är att betrakta som en investering, exempelvis vård i livets slutskede.¹⁷³

7.2 Sjukvårdens två roller i tillväxtpolitiken

Sjukvårdens roll i tillväxtpolitiken beror på hur man väljer att betrakta den. Lite förenklat uttryckt finns det två huvudsakliga modeller. En offentligt administrerad modell som bland annat syftar till att hålla kostnadsökningarna under kontroll (lågkostnadsmodell), samt en marknadsbaserad modell där sektorn tillåts att växa. Exempel på den förstnämnda modellen är de kanadensiska och svenska systemen medan USA är ett exempel på ett

¹⁷⁰ Jones (2002).

¹⁷¹ New York Times, 22 augusti 2006.

¹⁷² SCB (2003–2005).

¹⁷³ Vård i livets slutskede och vård av äldre måste ses som ett kännetecken för ett välfärdssamhälle och inte ses som en investering i finansiella termer.

marknadsbaserat system. Det svenska systemet är mer integrerat jämfört med det kanadensiska eftersom landstingen i huvudsak är både utförare och finansierare, se Figur 7-1.

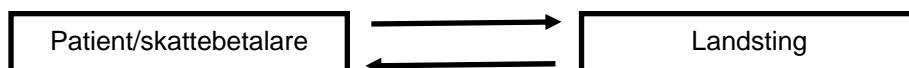
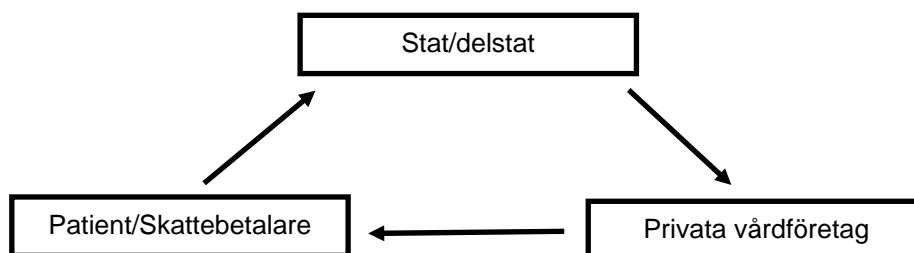
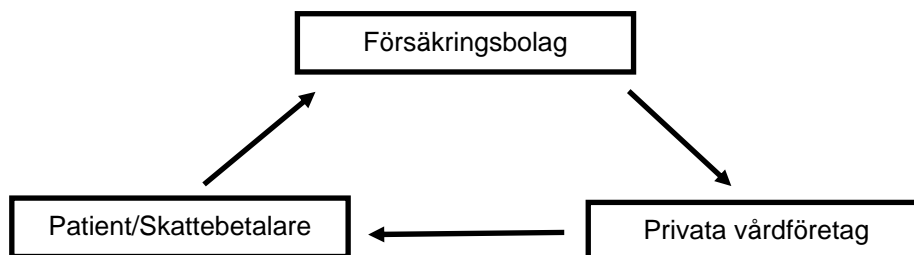
I lågkostnadsmodellen är sjukvårdens syfte inte tillväxtpolitiskt utan att efter behov ge alla medborgare tillgång till vård av god kvalitet. Detta ska ske till så låga kostnader som möjligt. Ur ett strikt ekonomiskt perspektiv ska sjukvården se till att den arbetsföra befolkningen vid sjukdom och skada så snabbt som möjligt kan komma tillbaka till arbetskraften. Vård av individer som inte ingår i arbetskraften, exempelvis vård av äldre, varken kan eller ska motiveras från ett ekonomiskt perspektiv utan snarare ett mänskligt. Det är emellertid av samhällsekonomiskt intresse att även denna vård sker kostnadseffektivt. Oavsett om vården finansieras via skatter eller försäkringar kan en lågkostnadsmodell ge medborgarna högre disponibla inkomster eller landets näringsliv en konkurrensfördel, det vill säga det finns mer resurser för investeringar eller vinsterna blir högre. Denna modell kan också sysselsätta färre personer, men om detta är positivt eller inte beror på deras alternativa sysselsättning.

De allmänna tendenser vi har pekat på tidigare såsom innovationer och ökad ekonomisk tillväxt innebär ett tryck uppåt på kostnaderna, men i den här modellen är syftet att begränsa kostnadsökningarna för sjukvården. Även om de offentliga utgifterna har ökat under senare år i Kanada, är de ökade kostnaderna en följd av politiska beslut för att förbättra resultaten, och inte av en marknadsdriven efterfrågan.

Den andra rollen sjukvården kan spela i tillväxtpolitiken är att faktiskt även vara en sektor som växer. Som vi diskuterade i kapitel två kännetecknas en tillväxtmarknad av att den växer snabbare relativt andra branscher. Detta är situationen i USA även om vissa implikationer till följd av felaktiga incitament inte är önskvärda ens ur ett tillväxtpolitiskt perspektiv, som att amerikanska företags konkurrenskraft försämras till följd av de höga kostnaderna för sjukvårdsförsäkringar.

Den svenska sjukvården är mycket kostnadseffektiv, bland annat till följd av ett integrerat system och att budgetmässiga begränsningar används. Till skillnad från flertalet andra OECD-länder har sjukvårdskostnadernas andel av BNP varit konstant i Sverige under de senaste 25 åren, men sjukvårdssektorn har ändå tillförts mer medel eftersom BNP har ökat under denna tidsperiod. Sverige har trots en oförändrad utgiftskvot lyckats uppnå bra medicinska resultat och god folkhälsa jämfört med andra länder. I jämförelse med flera andra länder är dock väntetiderna till särskilt specialistsjukvården längre i Sverige. Utöver mänskligt lidande innebär vårdköer en indirekt kostnad i form av produktionsbortfall för den arbetsföra befolkningen. De två stora utmaningarna för svensk sjukvård, som annars står sig mycket väl i en internationell jämförelse, bedöms vara bättre tillgänglighet och den framtida finansieringen.

Figur 7-1 Tre schematiska modeller/typer av vård

Sverige:**Kanada:****USA:**

En förutsättning för att sjukvården i Sverige även ska kunna spela en roll som tillväxtsektor är att denna växer mer än BNP. Detta eftersom kostnaderna definitionsmässigt motsvaras av intäkterna för vårdgivare och företag i vårdsektorn. Mer resurser kan tillföras på ett flertal sätt. Budgetmässiga restriktioner, som sätter ett tak för kostnadsutvecklingen för de offentliga sjukvårdsbudgeterna lär bestå även i framtiden, eftersom utrymmet för ett ökat skatteuttag är begränsat i Sverige. Omprioriteringar från andra utgiftsområden skulle kunna innebära att sjukvården den vägen tillförs mer medel, men det krävs betydande belopp och sådana politiska omprioriteringar är alltid svåra att genomföra. Därför är det knappast troligt att sjukvården kan få mer offentliga medel från andra mer eller mindre prioriterade områden.

Ett annat alternativ som ibland lyfts fram i debatten är ökad export. Med tanke på de goda resultat som svensk sjukvård uppvisar och den spetsforskning som återfinns i Sverige finns det definitivt en potential för export av vård. Här är det emellertid viktigt att skilja på möjligheter för framgångsrika exportföretag och att svensk sjukvård ska tillföras mer resurser via export. Det förstnämnda finns det en stor potential för, medan det sistnämnda

är betydligt mer komplicerat. För att vården ska tillföras mer resurser krävs att Sverige blir en stor nettoexportör av vård, det vill säga det krävs att många från andra länder kommer till Sverige för att konsumera vård medan endast ett begränsat antal svenskar söker sig utomlands av denna anledning.

Såvitt känt finns det inga nyare studier av omfattningen av kanadensare som anlitat sjukvården i USA, men det verkar inte ske i någon större omfattning även om det är svårt att kvantifiera detta. Om export av sjukvård inte är omfattande mellan dessa länder, som har en gemensam landgräns och inga språkbarriärer och där det ena har köer och det andra den bästa tillgängliga vården, är det knappast troligt att ett större antal européer skulle söka sig till Sverige för att få vård. I vilket fall inte i den omfattningen att det kan innebära ett betydande resurstillskott för den svenska sjukvården, i synnerhet inte så länge tillgängligheten i den svenska vården är ett problem.

Ett ytterligare alternativ är att sjukvårdssektorn tillförs mer privat finansiering som ett komplement till den grundläggande offentliga finansieringen. Detta kan ske genom ökade patientavgifter, via försäkringar, vårdkonton eller olika kombinationer av dessa lösningar. Privat finansiering kan antingen ske i kombination med offentlig finansiering, eller att det offentliga åtagandet begränsas och att vissa typer av behandlingar eller mindre allvarliga problem enbart bekostas med privata medel. Ett exempel på detta är den öppna prioritering som gjordes av landstinget i Östergötland för några år sedan.

Även om den svenska sjukvården skulle tillföras mer resurser kan den ändå inte betecknas som en tillväxtmarknad, även om den indirekt kan skapa tillväxt inom närliggande områden som exempelvis medicinteknik. En marknad kännetecknas av att konsumenterna har reella val och att deras handlade får konsekvenser för producenterna, det vill säga mer effektiva enheter belönas genom större intäkter och andra slås ut. Även om kundvalsmodellen innebär att konsumenterna har ökade valmöjligheter, begränsas konkurrensen till att olika producenter till en given intäkt per patient erbjuder en bestämd tjänst. Detta innebär att möjligheterna till nya och annorlunda utformade tjänster eller innovationer rörande innehållet i tjänsterna är begränsade. Samtidigt föreligger stora informationsasymmetrier, vilket kräver att patienter har tillgång till bra och jämförande information om olika vårdgivare för att kunna göra rationella val.

Det bör dock poängteras att sjukvård inte är en homogen tjänst. Ett sätt att klassificera sjukvård är att dela upp den i specialiserad sjukvård och primärvård.¹⁷⁴ Utrymmet för marknadslösningar, privat finansiering och handlingsfrihet för patienten finns framför allt inom primärvården och i standardiserad kirurgi och övrig planerbar specialistsjukvård. Exempel på standardiserade behandlingar är operationer av höftleder och knän samt starr-operationer. För akutsjukvård och övrig specialistvård är förutsättningarna helt annorlunda eftersom denna typ av vård har kännetecknen för ett marknadsmisslyckande. På sistnämnda områden är det därför både rimligt och troligt att såväl offentlig finansiering som utförande kommer att vara det helt dominerande inslaget i Sverige även i framtiden, det vill säga dessa områden kommer att vara den hårda kärnan i det offentliga åtagandet. En svensk modell och en medelväg mellan det kanadensiska och amerikanska systemet skulle kunna innebära att utanför denna hårda kärna minskas det offentliga åtagandet och besluten överläts i större utsträckning till konsumenten eller andra aktörer, som även svarar för en större del av finansieringen.

¹⁷⁴ Pettersson (2006).

Om sjukvården ska vara en tillväxtsektor krävs att denna tillförs mer resurser och att besluten i större utsträckning överläts till marknaden eller konsumenterna. Enbart ökad konkurrensutsättning, vårdgaranti eller vårdpeng är därför inte tillräckligt för att åstadkomma en egentlig tillväxtmarknad. Ingrepp i näringsfriheten eller förbud mot kompletterande privat finansiering av sjukvård, som i Kanada, är oförenligt med en sådan utveckling.

Samtidigt skulle en sådan förändring kunna bidra till den framtida finansieringen, öka tillgängligheten och reducera överkonsumtion i den mån det existerar, det vill säga efterfrågan skulle mer avspegla de verkliga behoven. På samma sätt som i dag kan detta kombineras med ett högkostnadsskydd och stöd till dem med lägst inkomster för tjänster som omfattas av det offentliga åtagandet. En sådan utveckling med fler aktörer innebär att systemet blir mindre integrerat. Erfarenheter från både USA och Sverige visar att ett integrerat system innebär högre kvalitet och lägre kostnader. Ur ett tillväxtpolitiskt perspektiv är dock det sistnämnda inte ett problem. En utökad privat finansiering innebär också att det blir svårare att upprätthålla principen om lika vård. Vilken roll sjukvården ska spela i tillväxtpolitiken är dock ett politiskt val och beror på prioriteringar och avvägningar mellan olika mål och hur de inneboende målkonflikterna hanteras.

8 Förslag på fortsatta studier

Sjukvården är ett område som studerats flitigt men utöver den rent medicinska forskningen kretsar mycket av forskningen kring sjukvårdens organisation och ledning. Ett område som är betydligt mindre beforskat är sjukvårdens ekonomiska betydelse. Studier har visat att när en ekonomi växer så stiger sjukvårdens andel av BNP, men utöver det är kunskapen mycket begränsad om sambanden mellan sjukvård och ekonomisk tillväxt. Vi vet lite om sambanden mellan storleken och strukturen på ett lands sjukvård å ena sidan och omfattningen av FoU och tillväxten i läkemedels- och medicinteknologiindustrin å andra sidan. Som vi har antytt i den här rapporten kan en stor sjukvårdssektor vara en av de bidragande orsakerna till en framgångsrik läkemedels- och medicinteknisk industri. Det behövs vidare studier för att förstå dessa samband bättre. Detsamma gäller för sambanden mellan organisation av ett lands sjukvård och export av vård.

För att förbättra nationella sjukvårdsystem behövs jämförelser med andra länder. För detta krävs komparativ statistik. Internationella organisationer som OECD och WHO samt konsultföretag som Health Consumer PowerHouse producerar komparativ statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet. Sådant arbete behöver fortsätta och utvecklas. För att patienterna ska kunna göra informerade val krävs dessutom information om hur olika vårdgivare presterar. Ett sådant arbete har inletts av Sveriges kommuner och landsting, men behöver fortsätta och informationen måste finnas tillgänglig. Hälso- och sjukvården kommer att vara en av de viktigaste politiska frågorna under lång tid framöver. Det krävs därför statistik och studier av andra länder för att få en konstruktiv och saklig debatt som kan leda till bra beslut.

Om svensk sjukvård får ett allt större inslag av privata finansiärer och utförare är det viktigt att regelverket är anpassat för en sådan utveckling och att det offentliga åtagandet preciseras. Många länder i Sveriges omvärld har lång erfarenhet av sådan reglering och kan utgöra empiriska exempel för studier. USA:s marknad för sjukvårdsförsäkringar skulle kunna tjäna som ett avskräckande exempel, men den långa erfarenheten kan inspirera och vägleda en svensk debatt. Även utvecklingen i Kanada är värd att följa, särskilt om denna innebär ett större inslag av privat kompletterande försäkring och hur detta i så fall utformas.

Utbredd användning av IT i sjukvården synes förbättra kvaliteten och öka effektiviteten. Två väl fungerande sjukvårdssystem i USA, Kaiser Permanente och Veterans Health Administration, kännetecknas av långtgående implementering av IT i hela organisationen. Sjukvårdens komplexitet och svårigheterna att få de sedvanliga marknadsmekanismerna att fungera i sjukvården gör att incitamentsstrukturen blir annorlunda. Detta framförs som en delförklaring till att användandet av IT är lägre i sjukvården än önskvärt. Därför behövs vidare studier om hur sjukvården organiseras för att underlätta införande av IT-lösningar men också hur IT-lösningarna bör utformas och implementeras.

Referenser

Skriftliga källor

- Aaron, H. J. (2003) Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health care Spending. *Health Affairs* – web Exclusive, January 8.
- Anell A. och Persson, M. (1998) Mäta BNP-andel inte nog reala mått kompletterar. *Läkartidningen*, 95 (30-31), 3315-3318.
- Angrisano, C., Farrell, D. Kocher, B. Laboisseire, M. and Parker, S. (2007) *Accounting for the cost of Health care in the United States*. McKinsey Global institute.
- Bajari, P., Hong, H. and Khawaja, A. (2006) *Moral Hazard, Adverse Selection and Health Expenditures: a semiparametric analysis*. NBER Working paper No 12445.
- Bernfort, L. (2001) *Setting priorities in health care - studies on equity and efficiency*. Linköping studies in arts and science, Linköping University.
- Björnberg, A. (2005) The Great Healthcare Paradigm Shift – Building the Largest Service Industry in Society.
- Blomqvist, Å. (1991) The doctor as double agent: information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of Health Economics*, 10 (4), 411-432.
- Cannon, M. F. and Tanner, M. D. (2005) *Healthy Competition: What is holding back health care and how to free it*. Washington DC: Cato Institute
- Carpaty, J. (2007) Health care insurance gap should be closed. *Calgary Herald*, March 22.
- Commonwealth Fund (2004) International Working Group on Quality Indicators
- Conference Board of Canada (2004) Challenging Health Care Sustainability
- Coyce, M. J., Aubury, W. M. och Yu, W. (2003) The Tipping Point. Presented at....
- Crowley et al (2002) Definitely Not the Romanov report. Atlantic Institute for Market Studies
- ECON Analys (2006) En översiktlig kartläggning av den svenska tjänstesektorn, ITPS
- Eddy, D. M. (2004) Technology Assessment, Deployment, and Implementation in Prepaid Group Practice, In Enthoven and Tollen (2004).
- Ekelund M. (2006) Myten om Baumols sjuka och ökade förutsättningar för innovationer inom välfärdstjänstesektorn. Svensk utvecklingskraft, Johansson, D. och Karlson, N. (red.), Ratioinstitutet.
- Ekelund, M. (2003) Sveriges glömda tillväxtnäring – Hälsa och sjukvård som möjlighet. Timbro Hälsa.
- Ekelund, M. (2004) Konkurrens på sjukvårdsmarknaden. Konkurrensverket.
- Enthoven, A. C. and Tollen, L. A. (eds) (2004) *Toward a 21st Century Health System: the contributions and promise of prepaid group practice*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Esmail, N. and Walker M. (2006a) *How Good Is Canadian Health Care?* Vancouver, BC: Fraser Institute.

- Esmail, N. and Walker M. (2006b) *Waiting your turn: Hospital Waiting Lists In Canada*. Vancouver, BC: Fraser Institute.
- Evans, R., (2006) Extravagant Americans, Healthier Canadians: The Bottom Line in North American Health Care. Draft paper
- Farell, D. (ed.) (2006) *The Productivity Imperative – Wealth and Poverty in the Global Economy*. Boston, MA: Harvard Business School Press and McKinsey Global Institute.
- Fölster S., hallström, O., Morin, A. och Renstig, M. (2003) *Den sjuka vården – En granskning av hur sjukvårdens resurser används*. Stockholm: Ekerlids förlag.
- Graham, J. R. (ed.) (2006) *What States Can Do to Reform Health Care: a Free Market Primer*. San Francisco: Pacific Research Institute.
- Gratzer, D. (ed.) (2002) *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*. Toronto: ECW Press.
- Health Consumer Powerhouse (2006) Euro Health Consumer Index 2006
- Health of Canadians – The Federal Role (2002)
- Himmelstein, D. U., Warren, E., Thorne, D. and Woolhandler, S. (2005) Illness And Injury As Contributors To Bankruptcy. February, *Health Affairs*.
- Johansson, D. och Karlson, N. (red) (2002) *Den svenska tillväxskolan*. Stockholm: Ratioinstitutet
- Jones, C. I., (2002) *Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much?* November, Working Paper, UC Berkeley Departement of Economics..
- Jordahl, H. (2004) Vårdkonsument eller soffpotatis? – Nya balanspunkter för hälsa och sjukvård. Timbro Hälsa.
- Jönsson m fl (2004) *Hälsa, vård och tillväxt*. Stockholm: SNS Förlag.
- Kaiser Family Foundation (2006a) *The Uninsured: a primer*. Kaiser Family Foundation. September.
- Kaiser Family Foundation (2006b) *Medicaid and the Uninsured*. Kaiser Family Foundation. Palo Alto, CA.
- Kaiser Family Foundation (2006c) *Health Poll Report Survey: Voters on health care and the 2006 elections*. Kaiser Family Foundation. Palo Alto, CA.
- Longman, P. (2005) The best care anywhere. *Washington Monthly*. January/February.
- Långtidsutredningen 2003/04 (SOU 2004:19)
- Macinko, J., Shi, L., and B. Starfield. (2004). Wage inequality, health care, and infant mortality in 19 industrialized countries. *Social Science & Medicine* 58(2): 279-292.
- Mandel, M. (2006) *Business Week*, September 25 2006
- Messere, K (1995) Taxation in ten industrialized countries over the last decade: an overview. *Tax Notes International*, 11.

- Monahan, P. (2006) *Chaoulli v. Quebec and the Future of Canadian Healthcare: Patient Accountability as the "Sixth Principle" of the Canada Health Act*. C.D. Howe Institute
- Nutek (2007) *Företagens framväxt i vård- och omsorgssektorn*. Stockholm: Nutek.
- Nutek (2007b) *Vård och omsorg – en tillväxtbransch*. Faktablad nr 1. Stockholm: Nutek.
- Nyman, J. A. (2003) *The Theory of Demand for Health Insurance*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- OECD Health Data (2006)
- Pauly, M. (2003) Should we be worried about high real medical spending growth in the United States? *Health Affairs*, 8 January.
- Pettersson, K. H., (2006) *Den svenska sjukvården – hur långt kan vi låta marknaden ta hand om vården*. Forum för Småföretagsforskning, 2006:2
- Pipes S., (2004) *Miracle Cure: How to Solve America's Health Care Crisis and Why Canada Isn't the Answer*. San Francisco, CA: Pacific Research Institute.
- Porter, M. and Teisberg, E. (2006) *Redefining Health Care: creating value-based competition on results*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Reinhardt, U. E., Hussey, P. S. and Anderson, G. F. (2004) U.S. health care spending in an international context. *Health Affairs*, 23, (3), 10-25
- Robson, W. B. P. (2006) Foreword In P. Monahan *Chaoulli v Quebec and the Future of Canadian Health Care*. C D Howe Institute.
- SCB (2003 – 2005) Hushållens utgifter, HUT.
- Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (2002) *The Health of Canadians – The Federal Role*.
- Starr, P. (1995) What happened to health care reform? *The American Prospect*, 20, 20-31.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2004) *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*.
- Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen (2006) *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*.
- Tanner, M. (2006) *No Miracle in Massachusetts: why Governor Romney's health care reform won't work*. Cato Policy Analysis Nr 97.
- Vancouver Board of Trade (2006) *Reforming the Canadian Healthcare System*.
- Wilensky, A. (2006) *Developing A Center For Comparative Effectiveness Information*. *Health Affairs*, Nov 7.
- Woolhandler, S, Campbell, T. and Himmelstein, D. U. (2003) Costs of health care administration in the United States and Canada. *New England Journal of Medicine*. 349 (8), 768-775.

Muntliga källor

Carson, Dan, California Legislative Analyst's Office

Evans, Robert G., University of British Columbia

Garber, Alan M., Stanford University

Graham, John R., Pacific Research Institute

Henriks, Göran, Landstinget i Jönköpings Län

Levitt, Larry, Kaiser Family Foundation

Luft, Harold S., University of California San Francisco

Mulkey, Marian, California Health Care Foundation

Ohman, Christopher, California Association of Health Plans

Park, Dave E., Vancouver Board of Trade

Porter, Molly, Kaiser Permanente

Skinner, Brett, Fraser Institute

ITPS, Institutet för tillväxtpolitiska studier, är en statlig myndighet med uppdraget att bidra till en insiktsfull tillväxtpolitik i Sverige. ITPS förser främst Regeringskansliet, riksdagens ledamöter samt andra statliga myndigheter med underlag i form av statistik, utvärderingar och analyser inom näringspolitikens och den regionala utvecklingspolitikens områden.

En insiktsfull tillväxtpolitik grundar sig på:

- Statistik och analyser av näringslivets struktur och dynamik – för att få en aktuell och relevant bild av hot och möjligheter.
- Utvärderingar av resultat och effekter av politiska åtgärder och program – för att lära av genomförda insatser.
- Omvärldsanalyser för att blicka utåt och framåt – vilka är framtidens frågor på den svenska tillväxtpolitikens agenda?

Att förmedla detta underlag är ITPS uppgift.