

NILS-ERIC SANDBERG



Hur mycket ska vården få kosta?

Nils-Eric Sandberg, frilansskribent, föredragshållare och författare.

Sjukvården kritiserar för att vara otillräcklig. Patienterna sitter och ligger i köer. Är problemet att vården har för lite resurser?

Kanske – och kanske inte.

Fölster–Hallström–Morin–Renstig samlade i sin bok »Den sjuka vården« (Ekerlids, 2003) in statistik som visade att antalet läkare 1975–2001 har ökat från 8 500 till 24 200. Så grundproblemet ligger kanske inte i bristen på resurser.

Utan: Kostnaderna ökar, resurserna ökar, och – enligt lite spridda rapporter – vårdköerna ökar. Så här ser det ut inte bara i Sverige.

En amerikansk ekonom, Martin Feldstein, har i en bok analyserat de mekanismer som ökar kostnaderna inom vården. Och han fann en intressant paradox.

Ny medicinsk teknik och nya läkemedel gör vården effektivare: en del åkommor kan kureras med enklare kirurgiska ingrepp, en del kan botas med läkemedel. Utvecklingen av medicinteknik är alltså rationaliserande: den sänker vårdkostnaden per patient och sjukdom.

Men: Samtidigt kan ny teknik innebära att sjukdomar/olycksfall som tidigare omgäende ledde till döden nu kan behandlas – fast endast med mycket avancerad och kostsam teknik. I den här dimensionen kommer ny effektiv teknik att öka vårdkostnaderna.

Vi får försöka väga samman de två effekterna. Att räkna ut nettot blir svårt. Men jag misstänker att demografin, dvs ökande andelen äldre med stigande vårdbehov, leder till att kostnaderna ökar.

Françoise Sagan skrev att »jag gråter hellre i en Rolls Royce än på tunnelbanan«. Den svenska motsvarigheten lyder: »Jag är hellre ung och frisk och rik än gammal och sjuk och fattig.«

Detta är två sammanfattningar av tanken att folk prioriterar hälsa, mental och fysisk. Det är roligt att vara klar i

knoppen och rask i kroppen. Mens sana in corpore sano, som romarna uttryckte det.

En titt i statistiken tyder på att sådana preferenser påverkar vårdens ekonomi.

OECD – ett ekonomiskt samarbetsorgan för västvärldens industriländer – publicerar årligen statistik över medlemsländernas ekonomi. Och OECD arbetar mycket för att få statistikserierna jämförbara.

Den som vill veta hur världen ser ut – och har modet att genomföra en sådan studie – måste börja med OECD.

OECD har sedan länge analyserat vårdkostnaderna. Och funnit: Vårdkostnaderna ökar, som andel av BNP, med BNP per capita. Enklare uttryckt: Ju rikare ett land blir, desto större andel av inkomsterna går till konsumtion av vård.

Det intressanta: Detta samband gäller (alla OECD-länder utom ett), oavsett om vården finansieras och organiseras privat eller offentligt.

Den enda slutsats vi kan dra är att när inkomsterna stiger vill de flesta lägga mer pengar på sjukvård. Alltså: Först en elementär standard så att vi kan leva; om vi överlever detta primärstadium prioriterar vi vård, så att vi kureras när vi blir sjuka.

USA ligger trea i en rankinglista över världens rikaste länder, mätt som köpkraftskorrigerat BNP per capita. Och USA lägger störst andel av BNP på sjukvård, 13 procent. Sverige hamnar på 8 procent. (Siffran underskattar kanske något, eftersom vi lyft ut en del av äldreården från sjukvården till kommunerna.)

Inkomstelasticiteten för efterfrågan

på sjukvård i USA är 1,6. Det innebär att om inkomsten stiger med 10 procent ökar efterfrågan på sjukvård med 16 procent.

I USA är ungefär hälften av all vård offentligt finansierad, via programmen Medicaid och Medicare. I Sverige är nästan allt offentligt finansierat. Det innebär att väljarna betalar in sin skatt, för vårdens finansiering, men i övrigt

” Ett problem med den svenska offentligt finansierade vården är att den inte kan ge någon garanti. En strävsam figur kan betala skatt varje år i hopp om att få vård när han faller ihop. Men om vården uteblir kan han inte stämna landstinget.

har de ingen möjlighet att via sina önskemål påverka utbudet av vård.

Sjukvården är en verksamhet med speciella egenskaper. Både de som vill ha privatisering och de som vill ha allt helt offentligt har missförstått problemen.

Först måste vi göra en distinktion mellan finansiering och produktion. De här två verksamheterna behöver inte nödvändigtvis hänga ihop.

I en enkel matris kan vi se fyra alternativ:

- offentlig finansiering och offentlig produktion;
- offentlig finansiering och privat produktion;
- privat finansiering och offentlig produktion;
- privat finansiering och privat produktion.

Att sjukhus drivs privat, med eller utan vinst, hindrar inte att vården fi-

nansieras offentligt. Vi kan alltså teoretiskt se en rad olika modeller för sjukvårdens organisering. Vi kan ha en offentlig finansiering, som nu, men en privat produktion. Och blandkombinationer.

Både privatiserarna och det offentligas advokater bortser från att sjukvården har en helt annan risk- och kostnadsstruktur än andra verksamheter. På marknaden för andra varor och tjänster möts producenter och konsumenter. Via marknadens prisbildning blir de överens.

Men vården är något annat.

Först: En konsument som ska köpa en TV kan läsa några handböcker och skaffa sig information om den nya dumberken. Marknadsekonomins teorier utgår från att konsumenten har hyggelig information om produktionen.

I sjukvården är livet inte så enkelt. Bara 1,25 procent av befolkningen över 18 år har medicinsk utbildning, som läkare eller sjuksköterska. Därmed är så gott som alla patienter helt okunniga om medicinska elementa. Läkaren/producenten har alltså ett unikt informationsmonopol gentemot kunden/patienten.

Den vanliga ekonomins modeller om relation mellan producent och konsument kan därmed inte appliceras på vården.

Sedan: Vården har en unik kostnadsstruktur. I en vanlig affär köper konsumenten något av producenten. Men om konsumenten blir skadad eller sjuk behöver hon/han vård som kostar mycket. Och då finansieras detta av en försäkring.

Här ligger vårdens grundproblem. Den bygger på en ekonomisk trekant.

Omfattningen och finansieringen av vården bestäms av en relation mellan tre parter: konsument (dvs patienten), producent (dvs sjukhus/läkare) och finansör (försäkringsinstitutet).

Och den grundläggande frågan blir: Vem ska bestämma om hur mycket vården får kosta? Konsumenten vill givetvis ha maximalt – eftersom han själv inte betalar. Producenten, läkaren, vill också ge mesta möjliga vård, eftersom hans prestation kopplas till hans yrkesetik men helt saknar koppling till kostnaden för hans arbete.

Ett problem med den svenska offentligt finansierade vården är att den inte kan ge någon garanti. En strävsam figur kan betala skatt varje år i hopp om att få vård när han faller ihop. Men om vården uteblir kan han inte stämma landstinget. Ty statens och landstingets löf-

ten om vård är inte civilrättsligt bindande. Han får ligga på sin soffa.

Detta är ett av missgreppen i den svenska modellen.

Om den svenska sjukvården kan reformeras skulle jag föreslå den amerikanska HMS (Health Maintenance Organization) som förebild. HMS fungerar så här: Personer tecknar en sjukförsäkring i ett försäkringsbolag som driver ett eget sjukhus; premien ger vård; bolaget har starka incitament att hålla nere kostnaderna och ger därför löpande check-ups på sina kunder – dvs testar deras hälsostatus. Det bygger på principen »early detection – early treatment«. Ju tidigare en sjukdom upptäcks, desto lindrigare blir behandlingen, medicinskt och ekonomiskt.

Men en sådan modell utgår från att sjukvården ska få en ekonomiskt rationell organisation. Och vilka har i den svenska modellen ekonomiska incitament att forma en sådan struktur?

Inga.

Det är det som är problemet.

Nils-Eric Sandberg