

NR 3
1989MARKNADS-
EKONOMISK
TIDSKRIFT

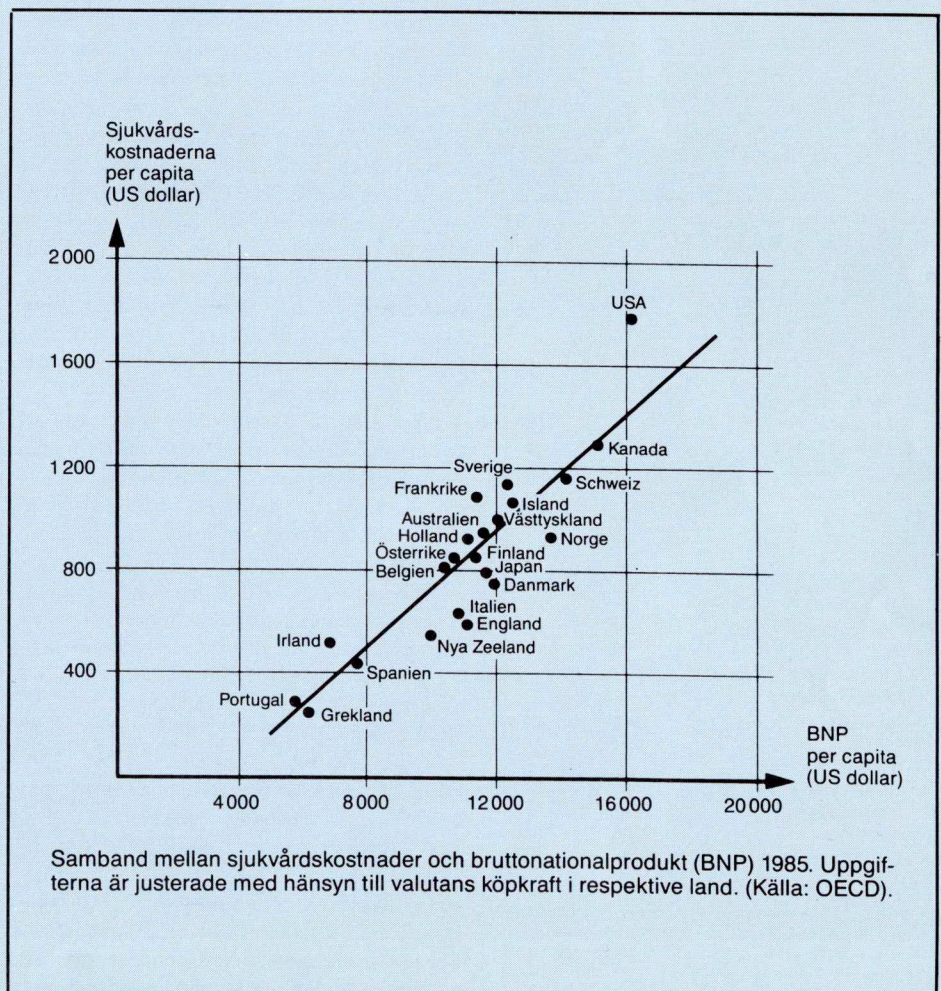
Sjukvård och marknad: Vad kan vi lära från USA?

Kostnadsexplosionen i den amerikanska sjukvården är en analytisk utmaning för alla som tror på marknadsmekanismer. Fil dr Hans Bergström, ledarskribent på Dagens Nyheter, diskuterar vilka slutsatser som är möjliga att dra från den amerikanska erfarenheten. En rad faktorer är specifika för USA men det går också att dra vissa generella lärdomar om bland annat utformningen av försäkringssystemet.

Begrunda diagrammet här intill. Två iakttagelser slår en:

1. Sambandet är mycket nära mellan hur rikt ett land är och dess sjukvårdskostnader per person och det finns även en korrelation mellan BNP:s nivå och sjukvårdens andel av BNP. Det är vidare *inte* så att sjukvårdskostnaderna minskar när ett folk blir friskare, t ex manifesterat i sjunkande barnadödlighet och stigande livslängd.

För det här finns många kända förklaringar. Tillväxt bygger på en arbetsfördelning som även leder till att många vårdfunktioner flyttas ut ur hemmen och de informella strukturerna. Med ett stigande välstånd och materiella grundbehov tillgodosedda vill människor ha bättre tjänster. Om ett land har råd uppstår också ett starkt tryck att medicinska möjligheter från ny teknologi skall bli tillgängliga för alla. Produktivitetsökningen är vidare ofta lägre inom tjänstesektorn (eller t o m negativ) än inom industri, jordbruk och byggnad, medan lönerna ökar med den allmänna standardutvecklingen. Ett rikare land utbildar normalt fler läkare och många undersökningar på senare år visar att vårdkonsumtionen är i stor utsträckning utbudsdriven (och från konsumtions-sidan nästan utan gräns, i vart fall vid nollprissättning). Bakom finns dessutom ett starkt indirekt samband: ju rikare ett land är desto längre lever dess invånare och ju mer sjukvård hinner de konsumera (värdefterfrågan stiger som bekant kraftigt



SJUKVÅRD OCH...

med åldern, nog till en del också för att pensionärer har mer tid att känna efter och att sitta i väntsalrar).

2. USA avviker, är en klar "outlayer" i förhållande till regressionslinjen. Förhållandet har dessutom förstärkts sedan 1985. Medan sjukvårdskostnaderna i de flesta OECD-länder under 70- och 80-talen har stagnerat som andel av BNP har de fortsatt uppåt i USA, även som andel av en starkt växande BNP. Läkararvodena har stigit med 16 procent per år i USA under de senaste sex åren, samtidigt som inflationen har hållit sig kring fyra procent. De amerikanska sjukvårdskostnaderna fördubblas med nuvarande trend vart sjätte år. De uppskattas totalt till 550 miljarder dollar 1988 och beräknas 1989 bli 620 miljarder dollar.

Nivån på sjukvårdskostnaderna och deras snabba expansion oroar särskilt med tanke på att USA ännu har framför sig den åldringsexplosion som Sverige i huvudsak redan upplevt. Se tabellen. USA ska gå från 12 till cirka 21 procent av befolkningen över 65 år under de närmaste fyra årtiondena. Åldersjusterat är kostnadsskillnaden mellan svensk och amerikansk sjukvård större än vad de enkla jämförelsetalen visar. Hela 60 procent av vårdutgifterna i USA går till personer i åldersintervallet 20-64 år, mot 37 procent för denna åldersgrupp i Sverige. Skillnaden i

vårdutgifter för personer i förvärsaktiv ålder är alltså dramatisk, trots att Sverige i sin tur har en dyr sjukvård.

DYRT FÖR FÖRETAGEN

Frustrationen över sjukvårdskostnadernas nivå och expansionstakt är nu stor i USA och stärks av två faktorer:

Dels saknar de varje rimligt samband med befolkningens hälsotillstånd; livslängden är inte högre än i t ex England men barnadödligheten avsevärt högre, trots att England bara använder en tredjedel så mycket resurser per person på sjukvård.

Dels har vårdkostnaderna växande betydelse för konkurrenskraften hos amerikansk industri, nu i centrum för amerikanernas oro och grad av självmedvetande, sedan känslan av militär underlägsenhet försvunnit. Företagen står via försäkringar för en stor del av sina anställdas sjukvårdskostnader. Ett konkret exempel: General Motors betalar sjukförsäkring för 520 000 anställda i USA med familjer och därutöver för anställda som pensionerats, totalt över två miljoner amerikaner, nästan en procent av hela befolkningen. Enbart företagets sjukförsäkringsnota, på ungefär motsvarande 18 miljarder svenska kronor 1987, är lika stor som dess försäljning av 270 000 bilar. Med stora pensionsavgångar framöver växer insikten att något måste göras. I en artikel i New York Times (12.4 1989) visar före socialministern Joseph A Califano Jr hur Chrysler, som han nu arbetar för, 1988 betalade 700 US dollar per bil för personalens sjukvård, dubbelt så mycket som biltillverkare i Tyskland och Frankrike och tre gånger så mycket som de japanska konkurrenterna.

När man i Sverige uppmärksammar amerikansk sjukvård är det mest för de många oförsäkrade (ca 37 miljoner). Deras situation är ett väsentligt problem. Men det är också viktigt att analysera vad som orsakar den snabba utgiftsökningen i amerikansk sjukvård. Eftersom USA har det mest marknadsorienterade sjukvårdssystemet och har gått alltmer i marknadsriktning är de amerikanska erfarenheterna en analytisk utmaning för alla som tror på marknadsmekanismer.

Vad svarar man på påståendet att USA visar att marknadsmekanismer inte ger bättre eller effektivare sjukvård? Vad i kostnadsutvecklingen har specifikt amerikanska orsaker och vilka inslag har mer generell giltighet? Kan vi dra några lärdomar från USA om hur en liberalisering bör genomföras av sjukvården i Sverige, så att den verkligen ger förbättringar och inte

diskrediterar marknadsekonomin på detta centrala fält?

Avsikten är här inte att ge råd över Atlanten om hur amerikanerna bör förändra sina system för sjukvård. Den uppgiften klarar de själva. Den amerikanska problemmedvetenheten är hög (nio av tio amerikaner anser enligt en flernationsundersökning som Harris just genomfört på uppdrag av Harvard School of Public Health att systemet kräver fundamental förändring). Och debatten i USA om sjuk- och åldersvård är intensiv just nu.

V varje land måste utgå från sina traditioner, sin kultur, sina historiska erfarenheter och sin samhällsstruktur. En fundamental egenskap hos USA är givetvis att landet är en kontinent, vars federala regering omöjligt kan genomföra program på samma förhållandevis kontrollerade och enhetliga sätt som i en liten stat. Mycket av de konkreta sjukvårdsförändringarna i USA sker på delstats- och countynivå samt genom att företag skapar motvikt till vårdproducenterna. Men just genom sin storlek, mångfald och förändringsdynamik är Amerika också ett experimentfält, där mycket finns att lära.

USA-FAKTORER

Några av de främsta orsakerna till de stigande vårdkostnaderna i USA visar sig vid närmare betraktande vara specifikt amerikanska eller faktorer som får en särskild kostnadseffekt i just en miljö som den amerikanska.

■ En är *skadestånden* i kombination med den amerikanska judiciella traditionen. Neurokirurger och förlossningsläkare betalar ofta försäkringspremier på 100 000 dollar eller mer per år. Allvarigare ur samhällsekonomisk synpunkt är den omfattande övervård – "defensive medicine" – som hotet om skadestånd leder till. Amerikanska läkare kan inte nöja sig med en rimlig vårdinsats i förhållande till sjukdomsbilden. De måste göra maximala mängder och slag av undersökningar enbart för att vara garerade om något skulle hända.

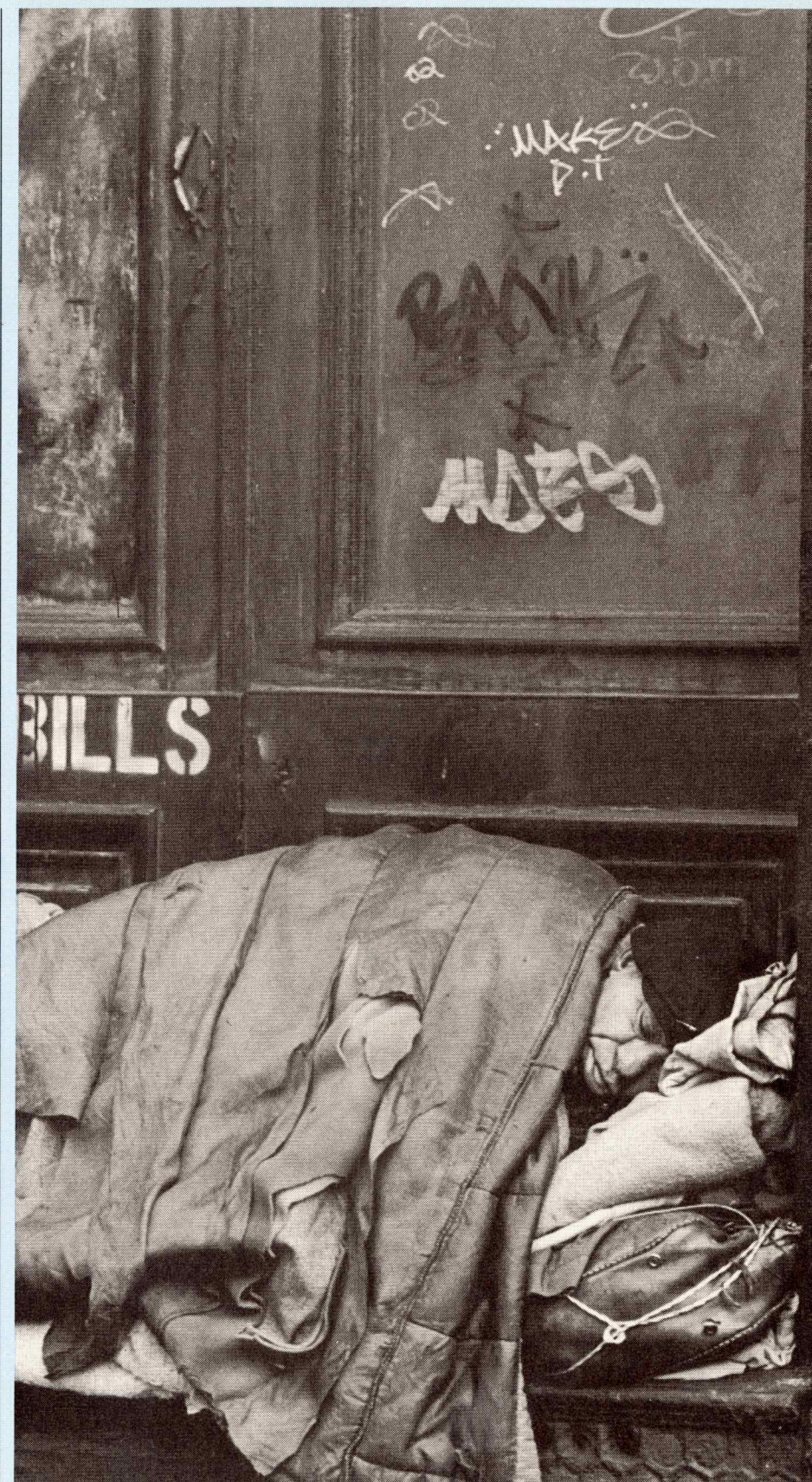
Sakkunniga bedömer att dessa undersökningar – "för säkerhets skull" – i själva verket skapar större medicinska risker än de undanröjer. Den rent defensiva medicinen beräknas stå för minst tio procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Mellan 1975 och 1984 steg antalet stämningar för "malpractice" från 5 till 16 per 100 läkare, visar MD *Howard H Hiatt* i boken *Medical Lifeboat* (1989). Få stämningar leder till framgång i rätten men många däremot till

uppgörelser "i godo". Det genomsnittliga skadestånd som utdömdes i domstol var 1984 nära en miljon dollar, "i godo" (under hot om dom) 120 000 dollar. Patienterna erhåller i genomsnitt ungefär 30 procent. Resten går till advokatarvoden och undersökningskostnader. Det amerikanska rättegångs- och arvoderingsystemet har främjat den här typen av processer: jury-system som inbjuder till känslorargument, svaga krav på vem som kan inkallas att vittna som expert, advokatarvoden relaterade till skadeståndets volym m m. En rad delstater, med Kalifornien i täten, reformerar nu reglerna.

■ En annan viktig faktor är *fragmenteringen på betalningssidan*. USA och Sydafrika är de två enda industriländer som saknar nationell sjukvårdsförsäkring. Utöver de tidiga försäkringssystem som läkarkåren tog initiativ till på 30-talet – Blue Cross (sjukhusvård) och Blue Shield (öppenvård) – finns en mängd olika typer av företagsförsäkringar och individuella försäkringar samt det federala Medicare (för medborgare över 65 år) och federala/delstatliga Medicaid (för de fattiga). Det här har sina historiska och andra orsaker som man kan diskutera (de historiska rötterna analyseras i en färsk studie från The Heritage Foundation: Butler/Haislmaier eds "A National Health System for America"). Ur kostnadssynpunkt får det två effekter som är påtagliga just nu.

Den ena är stora administrativa kostnader ute i vården. Läkare och läkargrupper kan ha kanske 12 olika försäkringsplaner, som alla har olika redovisnings- och betalningssystem. Administrationen och papperskickandet har ökat kraftigt i den vardagliga vårdssituationen.

Den andra effekten är politiska styrproblem; det är ytterligt svårt att påverka helheten enbart genom att rycka i någon del av systemet. Ett exempel är det federala Medicare för de äldre. Medicare har gjorts betydligt kostnadseffektivare genom införande av ett betalningssystem med fast ersättning för olika typer av vård, enligt 470 olika diagnosrelaterade grupper, DRG (ett fastprissystem som studerats med stort intresse av svensk sjukvård). Ersättningen för en viss typ av sjukdom är alltså en och densamma, oavsett t ex antalet vård dagar på sjukhus. Detta ger sjukhus och läkargrupper ett starkt ekonomiskt incitament att inte övervårda, att undvika onödiga undersökningar och att minska antalet dyra slutna vård dagar. Följden har också blivit en kraftig nedgång i sjukhusdagarna för de berörda grupperna. Men vårdproducenterna – "profit" eller "non-profit" – försö-



Det amerikanska sjukvårdssystemet måste klara oerhört många olika grupper av patienter.

Foto: Bruno Ehlers/Bildhuset

De mest åldriga befolkningarna

Andel av befolkningen över 65 år (%)

1. Sverige	18
2. Norge	16
3. Storbritannien	15
4. Danmark	15
5. Västtyskland	15
6. Schweiz	15
7. Österrike	15
8. Belgien	14
9. Italien	14
10. Grekland	14
11. Luxemburg	14
12. Frankrike	13
13. Östtyskland	13
14. Finland	13
15. Ungern	13
16. Nederländerna	12
17. Spanien	12
18. USA	12
19. Irland	12
20. Bulgarien	12
21. Portugal	12
22. Färöarna	12
23. Uruguay	11
24. Tjeckoslovakien	11
25. Kanada	11

Källa: U S Bureau of the Census, International Data Base (1987). (Tabellen återgiven ur Dychtwald: "Age Wave".)

SJUKVÅRD OCH...

ker då i stället hård sälja sjukhusplatser och behandlingar på andra delar av marknaden och att öka öppenvårdskirurgin, alltså expandera där det inte finns DRG-system. På liknande sätt när ersättningarna har hållits nere inom ramen för Medicaid: läkare och sjukhus har svarat med att i gengäld ta ut mer av de fullbetalande patienterna och försäkringstagarna, kompensera sig med överpriser på egna laboratorier samt i alltfler fall genom att säga upp anslutningen helt och hållet till Medicaid och upphöra med de gratisplatser för fattiga som sedan gammalt har funnits som en del av den amerikanska traditionen av voluntarism och altruism.

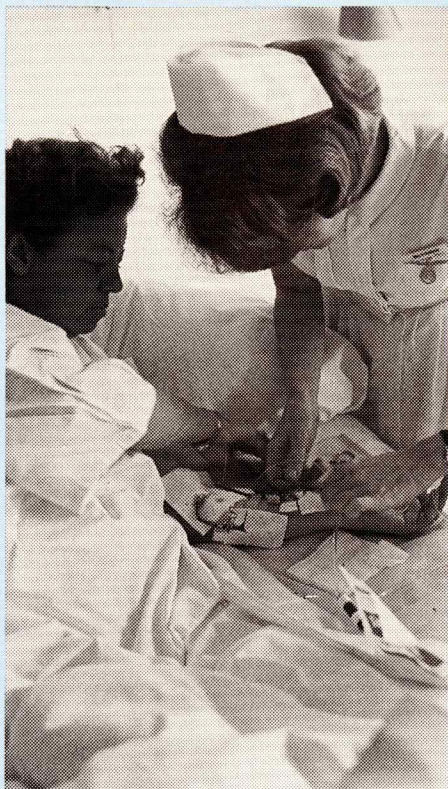
Genom att systemet är så fragmenterat på betalningssidan och rymmer så många olika, men kommunicerande, kärn har de samlade kostnadseffekterna blivit andra än de väntade och avsedda.

■ En tredje faktor är *läkarlönerna*. Amerikanska läkare har ungefär dubbelt så mycket betalt som svenska och avsevärt mer än läkare även i länder som England och Kanada. Läkarlönerna är en tung post, 30-40 procent av driftskostnaderna på sjukhusen.

ARBETAR MYCKET

■ Ett fjärde viktigt element under de senaste åren är att *utbudet har skapat sin egen efterfrågan*. Fenomenet som sådant är väl känt i alla länder. Invånare som bor nära universitetssjukhusen i Sverige konsumerar t ex avsevärt mer vård än befolkningen i genomsnitt. USA har av särskilda skäl haft en stark utbudsökning på främst läkartjänster under 80-talet. Som ett utflöde av 60-talets "Great Society"-program subsidiärerade den federala regeringen åren 1965-80 nya medicinskolor och en utbyggnad av de existerande. Syftet var att få fler primärvårdsdoktorer till underförsörjda områden. Som med de flesta Great Society-program blev effekterna helt andra än de avsedda. Antalet utexaminerade läkare ökade från 7 500 till över 16 000 per år. Antalet verksamma läkare var 335 000 år 1975 och beräknas vara uppe i 600 000 år 1990. Antalet yrkesverksamma läkare per 100 000 invånare har ökat från 140 år 1960 över 174 år 1975 till 240 år 1990. Sverige har dock fler: 273 läkare per 100 000 invånare 1987.

Till detta har kommit att de sänkta marginalskatterna i USA i förening med egenskaper hos själva sjukvårdssystemet (som att betalning sker per prestation inom främst Medicare och att många privatpraktiker fungerar som småföretagare) har gett



Dialys vid amerikanskt sjukhus.

Foto: Bertil Hagert/Bildhuset

ett högt arbetsutbud per läkare. SNS-ekonomerna visar i sin senaste rapport att en läkare i USA normalt arbetar 58-60 timmar per vecka under 48-49 veckor per år. I Sverige är en offentliganställd läkare i genomsnitt i tjänst 40 timmar per vecka under 42 veckor per år. En ökning av arbetstiden till vad som gäller i USA skulle innebära en ökning av arbetsutbudet från de svenska läkarna med 75 procent! Detta motsvarar 15 000 nya läkare i Sverige. Som en skämtare formulerat iakttagelsen: svenska läkare har troligen lägst golftandikap bland läkare i världen.

Införandet av DRG-system har, i förening med nya styr- och betalningssystem på även den privata försäkringsmarknaden, också lett till ett stort överskott på sjukhusplatser i USA. Olika uppgifter nämns i litteratur och artiklar om hur stor andel av sjukhussängarna som står tomma, men den lägsta uppgift jag har sett är en tredjedel, totalt över hela USA. På sikt borde det här leda till nedläggningar och sammanslagningar (en process som är i gång). En omedelbar effekt är dock att enskilt drivna sjukhus mer offensivt säljer sina tjänster. Vidare har produktiviteten i många fall sjunkit, som följd av lägre kapacitetsutnyttjande. Båda faktorerna har hittills medverkat till stigande totala vårdkostnader.

BEHANDLINGSOPTIMISM

■ En femte faktor som man måste beröra är *den amerikanska livsstilen och kulturen*. Ett

gammalt känt förhållande rör människors vanor i fråga om kost, tobak, alkohol och motion. Dessa betyder oerhört mycket för skillnader i vårdbehov mellan länder. Amerikanerna har i genomsnitt levt ganska osunt i de här avseendena: fet kost från tidiga år, lite motion, mycket tobak och alkohol. En dramatisk svängning sker nu, men dels tar det tid innan den når alla regioner och folkgrupper, dels kommer de gamla försyndelserna länge än att påverka människors hälsa. Belöningen i form av färre hjärtinfarkter har dock redan börjat komma. Tvärt emot den gängse bilden har också drogmissbruk kraftigt minskat bland amerikansk ungdom under 80-talet. Men i fråga om t ex lungcancer får betendet under 50- och 60-talen följas länge än.

Ett mera svåråtkomligt men enligt min uppfattning centralt element bakom sjukvårdskostnaderna i USA är optimismen och ungdomskulturen i amerikansk kultur. Själva döden strider mot den amerikanska myten att allt är möjligt, att alla hinder kan övervinnas. "Inte i Amerika", svarade Ronald Reagan trotsigt på republikanernas partikonvent inför andras tal om att han vid 80 gick mot sitt livs skymning. När denna livsföreställning förenas med en okritisk tro på vad ny teknik kan uträtta ger den exceptionell grogrund för utbud av nya mirakulösa behandlingar, kosta vad de kosta vill.

SOCIALISM BEGRÄNSAR

Jag är benägen att dra tre övergripande slutsatser av det som hänt i amerikansk sjukvård:

1. *Det finns ett antal specifikt amerikanska företagsformer som kan förklara skillnaden i total kostnad i förhållande till Sverige*. Redan skadestandsreglerna och den därav följande överbehandlingen "för säkerhets skull" samt skillnaden i läkarlönerna räcker. Det är ju för övrigt först på 80-talet som USA och Sverige har kommit att skilja sig åt (se diagrammet); en delförklaring under dessa år är att det är lättare i ett litet monolitiskt land att i ekonomiska kristider genom politiska beslut strama åt penningtilldelningen för en sektor.

Kostnadsskillnaderna mellan USA och länder som Storbritannien och Japan är däremot anmärkningsvärda. När USA-debattörer söker inspiration från andra sjukvårdssystem är det i första hand Kanada, med dess kombination av a) nationell finansiering och kontroll, b) regionalt planeringsansvar och c) många privatläkare, som utgör det lockande exemplet.

Min bedömning – men jag måste med-

ge att jag inte någonstans i den amerikanska debatten, som är ytterligt självkritisk, har hittat stöd för den – är att kombinationen av effektivare system för kostnads-kontroll i de offentliga programmen (via bl a DRG-system), högre egenavgifter och hårdare förhandlingsattityd från företag och försäkringsbolag, nya styr- och upphandlingssystem, stopp för överutbudet samt ett ökat egenansvar för hälsan hos individen kommer att vända även den amerikanska utvecklingen under 90-talet. I motsatt riktning verkar dock ökningen av antalet äldre.

2. *De amerikanska erfarenheterna ger viktiga tankeställare om vad som är fördelarna med starka marknadsinslag på ett tjänsteområde som sjukvården*. Beläggen är faktiskt svaga för att just marknadsinslagen på producentsidan i sig skulle sänka totalkostnaderna. Men amerikansk sjukvård har många andra fördelar. Den ger ofta utomordentligt bra och personlig vård till den majoritet som har goda försäkringar. Den har en hög innovationskraft, medicinska landvinningar kommer snabbt i bruk. Den anpassar sig också snabbt till nya personalförhållanden; ett exempel just nu är bristen på sjuksköterskor, som lett till stora organisationsförändringar med mer självständigt ansvar för sjuksköterskorna och mer stimulerande arbetsvillkor, helt enkelt därför att sjukhus och läkargrupper konkurrerar om goda sjuksköterskor. Den amerikanska sjukvården reagerar likaså snabbt på ändrade ekonomiska incitament, med minskningen av antalet belagda sängplatser på sjukhusen som ett huvudexempel. Och den rymmer ett högt arbetsutbud från läkarna.

Är man som patient missnöjd med en läkare eller en läkargrupp är det lätt att byta till en annan. Behöver man en operation kan man också, fortfarande förutsättande försäkring eller annan betalningsförmåga, snabbt få den, utan ransonering och köer.

Marknadsstyrkan har i det här fallet knappast visat sig vara kostnadseffektiviteten men däremot förmågan att stimulera personalen, den snabba anpassningen till nya förhållanden och teknologier, makten hos den förutseende och alltmer kunnige patienten.

Som tankeövning kan det också vara värt att vända på perspektivet när det gäller kostnaderna: Har amerikanerna nödvändigtvis fel när de efterfrågar mycket vård? Visar de möjligen att socialismen inte ger "för mycket" sociala tjänster utan tvärtom för lite i förhållande till medborgarnas preferenser, att socialistiska systems stora egenskap inte är att få fram ett övermått av

det sociala utan den rakt motsatta: att ransonera tjänster? Motsvarande resonemang kan föras kring utbildning.

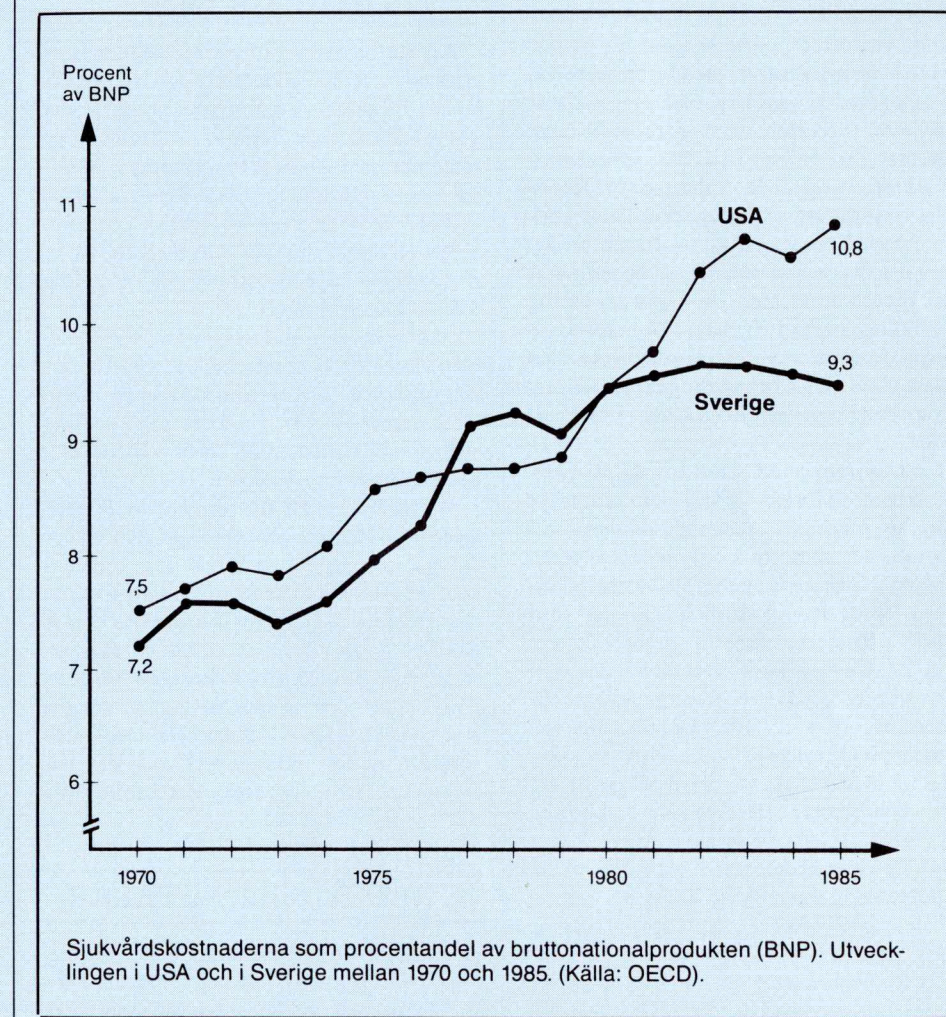
KUNSKAPSMONOPOL

3. *I några avseenden kan ändå negativa inslag i den amerikanska sjukvårdens utveckling generaliseras, enligt min uppfattning*. Jag vill framhålla tre fundamentala erfarenheter, som även vi i Sverige har anledning att ta till oss:

a) Den första gäller *synen på livet och på läkarvetenskapen*. Tron att läkare kan fixa allt, att det finns mediciner för allt och att en av livets grundrealiteter – döden, människans sårbarhet och existentiella ensamhet – på något sätt kan undflys är fundamentalt felaktig och leder till falska förväntningar. Individen har ett egenansvar för hur hon sköter sin egen kropp, vilken kunskap hon tar till sig och hur hon handlar därefter. Möjligheterna att utan risker och sidoverkningar manipulera fram ett friskt och okomplicerat liv när man mis-

skött sin egen hälsa eller drabbats av livets outgrundliga nitlotter är avsevärt mindre än vad folk i allmänhet tror.

Vid samtal med olika specialister bland läkare har det slagit mig hur de vid uppriktiga samtal visat sig vara mycket mer självkritiska och pessimistiska om nettore-sultatet av de egna vårdinsatserna än den bild de ger utåt. Det gäller så väsentliga områden som by pass-operationer, strålbehandling i cancervården, mammografi-screening. Det är inte bara en rolig historia att färre dog när det var sjukhusstrejk i Kalifornien. Föreställningarna om sjukvårdens möjligheter är ofta groteskt överdrivna. Det gäller kanske särskilt i USA men även hos oss finns det stark saklig grund att korrigera bilden. Överläkare Christer Enqvist vid Älvsborgs lasarett har i en rad väsentliga artiklar i främst Läkartidningen visat hur sjukvårdens insatserna för riktigt gamla i växande grad tenderar leda till inhumana orimligheter därför att man vägrar godta att livet har ett naturligt lopp som också rymmer, i all sin existentiella



SJUKVÅRD OCH...

förolämpning och ångest, ett naturligt slut. Hela vår kulturs syn på livet, sjukdomen, döden och livets risker behöver bearbetas och bli mindre fylld av illusioner. Människan kan säkert behöva illusioner men sjukvården kan aldrig motsvara de förväntningar som de bygger. Detta bör sägas mer rakt ut.

VÄDERKVARNSKAMP

Som livet nu är givet måste vi också försöka leva det, inte använda obegränsat med resurser på att utreda och åtgärda varje möjlig skavank eller till att föra en väderkvarnskamp mot döden själv (som en del av den teknifierade intensivvården för gamla i livets slutskede, när smärtlindring och en trygg hand är det mest värddiga och viktiga som går att ge).

b) En andra iakttagelse av generell räckvidd gäller *tendensen till kunskapsmonopol* i fråga om sjukvårdens specialiserade tjänster. Läkare har ett oerhört kunskapsövertag i förhållande till patienterna, förstärkt av statusen och myterna kring yrket och det förhållandet att de upplevs ha livet självt i sina händer. Det är svårt för patienter, och även politiker och administratörer, att i en given behandlingssituation ställa de relevanta frågorna. Den nära relationen patient-läkare kräver också att utomstående iakttar varsamhet. Läkarnas professionella bedömning måste mycket långt godtas. Men detta innebär att det är ytterst svårt att ifrågasätta om vissa behandlingar verkligen behövs, om de utgör en rimlig avvägning mellan å ena sidan chans till bättre diagnos och terapi, å andra sidan risker med själva behandlingen, möjligheter att handla utifrån diagnosen samt kostnader.

I ett system med stort inslag av företagsdriven sjukvård är det också mycket svårt att hindra att patienter hänvisas till laboratorier som är extremt dyra (men delägda av läkargruppen), att vårdproduktionen förskjuts till de behandlingar som ger den bästa ersättningen, att man skriver ut och sedan raskt skriver in en patient igen för att komma runt begränsningar i schablonersättning etc, allt missförhållanden som är mycket omskrivna i USA och som man nu försöker att via delstatslagstiftning samt egna etiska regler hos läkarna komma bort ifrån. (Det bör dock nämnas att en stor del av enskilt driven vård i USA är "non-profit", ägs av stiftelser o d).

Kunskapsövertaget för läkarna skapar mycket lätt en ojämvikt mellan producenter och konsumenter på det här området, även i ett marknadssystem. Detta är en

viktig erfarenhet även för svensk del. Den har stor betydelse när man analyserar politikernas och administratörernas styrmöjligheter i ett vårdssystem. Av förhållandet följer några viktiga slutsatser:

– Det är angeläget att varje individ har en professionell *gate keeper*, en läkare (ja, även distriktssköterskor och företagssköterskor kan spela en viktig roll i det här avseendet) som har samlad kunskap om individens hälsoläge och hälsohistoria och som har auktoritet och kunskap nog att kritiskt pröva andras diagnoser och behandlingsråd, hindra att individen valser runt i sjukvårdsapparaten till dryga kostnader men svagt resultat (ofta negativt genom både den fysiska och mentala påfrestningen), kunna genomskåda orsaksfaktorer i individens livssituation (Hiatt visar t ex i sin bok hur man i USA dragit i gång omfattande hjärntumörundersökningar på äldre som bara haft tillfällig huvudvärk ett par veckor på grund av att något oroande hänt barn och barnbarn).

VÄLETABLERAD

Att det brittiska sjukvårdssystemet är så effektivt i förhållande till dess låga totalkostnad förklaras i stor utsträckning av det väletablerade och ytterst välfungerande systemet med General Practitioners, husläkare som verkligen gör skäl för namnet till skillnad från de svenska smålasarett som kallas vårdcentraler och som mest består av stora lokaler, dyr utrustning och en otrolig mängd kringpersonal.

– Det är nyttigt med *professionella motiv* även på betalningssidan, typ försäkringsgivare som verkligen skaffar sig medicinsk kompetens och för sin upphandling analyserar kostnadsbild och vårdresultat hos olika vårdproducenter.

– Det är centralt att *redan hos den behandlande läkaren skapa incitament att göra vettiga avvägningar*, inte så att han sviktar i grundlojalitet med sin patient, men så att han har skäl att söka en billigare lösning om den är lika bra, väga värdet av eventuell extrainformation mot risk och kostnad med en femte eller sjätte undersökning av samma slag som de tidigare. Olika betalnings- och styrsystem har olika inverkan i det här avseendet, vilket jag strax ska återkomma till.

TREDJE PART BETALAR

c) En tredje huvudfarenhet gäller problemet med *tredjepartsbetalning*, alltså att konsumenten och producenten gör upp om

vissa tjänster och gemensamt kan skicka räkningen till en tredje part.

Vi har detta problem i Sverige också, men här hanteras det genom ransonering, ofta med svårt lidande som följd. När en efterfrågan stimulerad av nollkostnad överstiger en produktion begränsad av skatte- och ineffektiva organisationer ställs folk helt enkelt i köer.

Den amerikanska erfarenheten visar att problemet inte upphör med ett mer marknadsorienterat sjukvårdssystem. I grunden beror det på att hälsorisker, om de utlöses, kan orsaka så stora kostnader och livseffekter att de kräver ett ekonomiskt skydd utöver det som ligger i den reguljära konsumtionsförmågan. De motiverar i alla civiliserade samhällen en riskutjämning inte bara över en individs livscykel utan även mellan individer. Därmed uppkommer problemet med tredjepartsbetalning när risken materialiseras. Vare sig betalning sker över skatt, genom offentliga försäkringssystem, avtalade eller helt privata försäkringar blir grundproblemet detsamma: produktionen och konsumtionen frigörs från ansvaret för betalningen och därmed mycket lätt från känslan för kostnader och kostnadseffektivitet. Problemet blir särskilt stort när kunskapsmonopol förenas med tredjepartsbetalning, som i fråga om sjukvård.

I Sverige driver främst moderaterna förslaget att förena en heltäckande offentlig sjukvårdsförsäkring med fritt marknadstillträde, fri konkurrens, fritt konsumentval och fri utbudsexpansion i fråga om produktionen av sjukvårdstjänster. "Man ska kunna ta sitt landstingskort och gå vart man vill", som Carl Bildt brukar uttrycka det. Lösningen har många mänskliga förtjänster – avskaffar köer och myndighetsprövning – men USA visar att den driver upp totalkostnaderna för sjukvård och inte leder till en samlad kostnadseffektivitet.

INCITAMENT

"Effektivitet", skriver SNS-ekonomerna 1989 (med professor Bengt Jönsson som huvudansvarig för avsnittet i fråga) "måste stimuleras fram genom incitament att göra rätt saker och göra saker rätt. Det väsentliga är alltså att skapa en organisation som stimulerar effektiviteten. Principerna för en sådan organisation är att de enheter där produktionen sker och besluten fattas ges incitament att på ett korrekt sätt ta hänsyn till såväl kostnader som intäkter av alternativa handlingsätt." När resurserna tas från någon annans budget kommer beslut om

diagnostik och terapi att fattas utan kostnadsansvar, noterar SNS-ekonomerna. "Beslut och kostnadsansvar följs ej åt." På denna grund avvisar SNS-ekonomerna ett system med allmän sjukförsäkring kombinerad med frihet för konsumenten att välja vård och vårdgivare. "Öppna försäkringssystem med vård på löpande räkning blir alltid dyrbara och måste kompletteras med olika regleringar för att hålla kostnaderna nere."

De amerikanska erfarenheterna styrker resonemanget, utsträckt även till avtalade försäkringssystem. Kanada är annars det land som ligger närmast det föreslagna vårdssystemet. Erfarenheterna är visserligen bättre än i USA, inte minst när det gäller vården av underprivilegierade grupper, men ett pris för kombinationen av allmän sjukvårdsförsäkring och stor privat företagssektor inom vården är en stark administrativ detaljreglering i Kanada.

Finns det då ingen utväg? Bland det mest intressanta som nu händer i USA är ansträngningarna att finna en sådan, system som rymmer enskild konkurrens och fritt marknadstillträde på produktionssidan, fritt konsumentval, försäkringar och samtidigt kostnadshänsyn.

HÄLSOPLANER

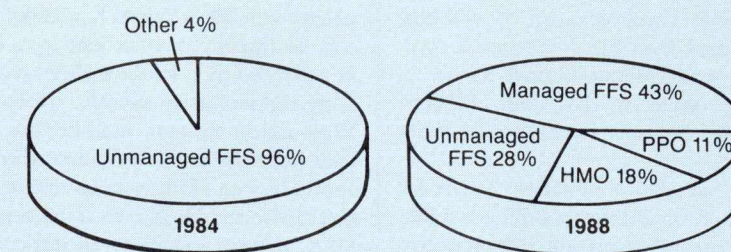
"Say Goodbye to the Age of Free Rides" satte tidskriften Newsweek som rubrik på en analys (30 januari 1989) av den revolutionerande förändring som nu sker i de amerikanska hälsoplanerna för anställda. Ännu 1984 hade 96 procent av de anställda med sjukvårdsförsäkring via sina företag en typ av försäkring som i USA brukar betecknas som *Unmanaged Fee for Service*. Den innebär att de anställda kan gå till vilken doktor, vilket sjukhus de vill och sedan få betalt från försäkringen (med någon liten egenavgift) för vad än läkaren eller sjukhuset behagar debitera.

Denna typ av försäkring ersätts nu i rask takt med tre andra huvudtyper:

– *Managed Fee for Service*, som håller något större kontroll på utgifterna genom administrativa medel, som att försäkringsgivaren på förhand måste godkänna vissa intagningar på sjukhus.

– *Preferred Provider Organizations (PPOs)*. Dessa innebär främst en slags förhandlingslösning där företagen utnyttjar antalet anställda för att få billigare sjukvård till god, men inte exklusiv, kvalitet. De skriver kontrakt med en grupp som i sin tur enrullar olika läkare, läkargrupper och sjukhus mot rabatt. Gruppen genomför också jämförande kostnads- och

Types of Group Health Plans



Källa: Health Insurance Association of America. (Newsweek 30/1 1989).

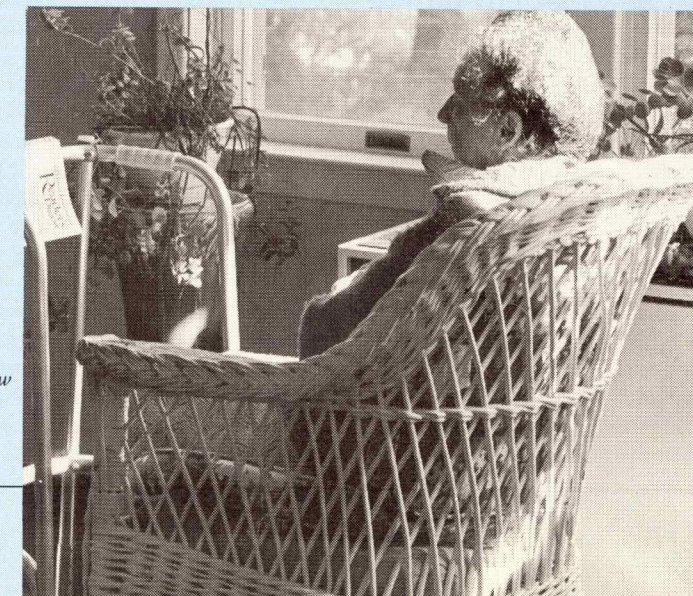
kvalitetsstudier. Så länge de anställda håller sig till någon av läkarna eller sjukhusen upptagna på PRO-listan får de god ersättning från försäkringen; vill de gå till någon annan får de stå för extrakostnaden själva. PPO-tillväxten är ett uttryck för en stark tendens i USA att företag söker hejda de stigande sjukvårdskostnaderna genom att mycket mer medvetet upphandla försäkrings- och sjukvårdstjänster. I ett växande antal fall sluter de sig också samman för att öka sin förhandlingsstyrka.

– *Health Maintenance Organizations (HMOs)*. HMO bygger på den gamla kinesiska principen att en läkare får mer betalt när han håller en patient frisk än när patienten blir sjuk. Läkaren eller läkargruppen (de egenverksamma läkarna minskar i USA till förmån för läkare som verkar inom ramen för en grupp eller ett större företag) får en fast årlig förhandsersättning, "prepaid", per patient som ansluts/ansluter sig till systemet. Det rör sig alltså om ett slags prenumeration på sjukvårdsservice. Prenumerationen kan sägas upp en gång per år ("free season"). Bakom "prenumerationsavgiften" ligger vanliga aktuariemässiga beräkningar av risk och risk-

sammansättning hos en större grupp patienter.

Ekonomiskt sett har producenten i ett HMO-system att balansera mellan två hot: övervård ger förluster genom dyra sjukhusräkningar, undervård ger förluster genom skadestånd samt genom att risken ökar för att mer exklusiva vårdinsatser kommer att krävas i ett senare skede. Det bästa läkaren/läkargruppen kan göra är alltså att så långt möjligt förebygga stora vårdinsatser genom regelbundna hälsokontroller, genom att stimulera kunderna att sluta röka, äta mindre fett etc. När vårdbehov uppträder tjänar de på att finna tillräckligt bra laboratorier (men inte onödigt dyra), att ligga på för att få så korta vistelsetider på sjukhus som möjligt och att finna billigare boendelösningar (genom öppenvårdskirurgi, små sjukhem på landet etc). Det humana och det ekonomiska går alltså hand i hand. Incitamenten verkar i samma riktning. Om patienten hålls frisk kommer läkaren att få överskott (eller bonus om han och hans personal är anställd av en grupp).

Ansvaret för både individens hälsotillstånd och hans totala vårdkostnad finns



På ett ålderdomshem i New York.
Foto:
Bertil Hagert/Bildhuset

SJUKVÅRD OCH...

tydligt samlat på en enda och professionell punkt, som också kommer att fungera som effektiv "gate-keeper". För befolkningsgrupper anslutna till HMO-system har vård dagar och vårdkostnader på sjukhus reducerats med flera tiotal procent. I synnerhet har kostnaderna kunnat sänkas i geografiska områden där olika HMO-organisationer befinner sig i inbördes konkurrens.

Nyligen har den innovativa Stuart M Butler – chef för Domestic Policy Studies vid The Heritage Foundation – presenterat ett ännu radikalare förslag till förändring av det amerikanska sjukförsäkringssystemet. Butler och hans medarbetare är lika kritiska som några andra till dagens amerikanska sjukvårdssystem. De visar hur det i många avseenden ger helt fel incitament, främjar onödigt dyra behandlingar, gynnar producentperspektiv, skyddar individen ekonomiskt från kostnader för rutinbehandlingar som de lätt skulle kunna betala, men ofta inte för större händelser som blir i alla avseenden katastrofala, heller inte för behovet av långvarig vård och omsorg på ålderdomen.

Butler avviker från amerikanska konservativa genom att förespråka drastiska förändringar och ett heltäckande sjukvårdssystem. Han avviker från amerikanska liberaler genom att visa att detta kan och bör gå i marknadsriktning.

Butler och hans medförfattare utvecklar ett sinnrikt förslag för att komma runt problemet med tredjepartsbetalning och införa mer av verklig konsumentstyrning och kostnadsmedvetenhet även på sjukvårdsområdet. Huvudelementet är att avskaffa företagsförsäkringarna (som vad gäller incitament fungerar ungefär som skattefinansiering) och i stället via lag ålägga individen att ha sjukförsäkring (jfr den svenska trafikförsäkringen).

KATASTROFRISKER

Genom en graderad skala för skattekediter skulle individen stimuleras att själv betala rutinbehandlingar (85 % av all medicinsk behandling, enligt Butler), "out of pocket", och använda sedvanligt försäkringsskydd mest för katastrofrisker. Offentligt stöd till särskilt behövande grupper skulle kunna utgå i form av vouchers med öppenhet i två riktningar: individen får behålla mellanskillnaden om han finner billigare lösningar och har rätt att lägga till ur egen ficka om han söker dyrare.

Butler visar hur det med rätt incitament finns vägar för individen att utöva konsumentmakt även på ett så specialiserat om-

råde som sjukvårdens. Man kan ta råd av kunnigare (eller mer erfarna) vänner och bekanta, ens försäkringsbolag eller familjeläkare kan hjälpa till med studier av kompetens och effektivitet hos olika sjukhus och läkargrupper, man kan byta när man är missnöjd med kvalitet eller kostnad etc. I en rapport från svenska ambassaden i Washington noterar med lic Eric Jannerfeldt hur tilltron till individens förmåga att uppträda som effektiv konsument även på sjukvårdsområdet har ökat på senare år i USA, delvis i spåren av en starkt växande och mycket effektiv medicinsk journalistik. Att finna fram till en bra och samtidigt kostnadseffektiv läkare behöver inte nödvändigtvis vara mer omöjligt än att utan egna motorkunskaper välja bil och bilverkstad.

Butlers m fl förslag innebär också att staten förstärker sin insats där den verkligen behövs: för att garantera alla rätt till viktig vård, för att klara det i USA helt försummade behovet av långvarig omsorg om gamla m m.

STÅLL OM SIGNALERNA

Om det centrala i den Butlerska skissen kom att prövas skulle det ge utomordentligt intressanta lärdomar rörande möjligheterna och effekterna av en verklig konsumentstyrning på sjukvårdsområdet. För svensk del ligger nog annars den mest näraliggande möjligheten i att införa en primärvård byggd på HMO-principerna, med fri etableringsrätt och fritt läkarval för individen, i någon kombination med upphandling från ett försäkringssystem som är frikopplat från producenterna.

Det räcker inte att släppa marknaden loss med försäkringar som betalar på löpande räkning, även om det nog skulle innebära en förbättring i förhållande till dagens landstingsvård, med dess extremt låga arbetsutbud och ineffektiva resursanvändning.

Det räcker heller inte att på typiskt svenskt sjukvårdssocialistiskt vis tala om allt gott man vill uträtta utan att ha några effektiva instrument för att få organisation och personal att handla på det önskade sättet. Man måste se till att signalsystemen lyser i rätt riktning: för ökat arbetsutbud från främst läkarna, för att i den konkreta vård situationen söka effektivast möjliga användning dygnets alla timmar och veckans alla dagar av dyr sjukvårdsutrustning, för att i vardagen väga in också kostnader och alternativa vägar för diagnos och tera-

Mycket har pratats om vård i Sverige men föga har gjorts åt de fundamentala styrprinciperna och signalsystemen. Ändå bör vissa reformer (som HMO-system) vara lättare att genomföra utan negativa sideeffekter i det lilla landet med ett heltäckande och i fråga om regional resursfördelning likvärdigt nationellt försäkringsskydd. Mycket talar för att drastiskt sänkta marginalskatter för läkare och sjuksköterskor i förening med fri etableringsrätt och någon variant av HMO-system skulle dramatiskt kunna förbättra och effektivisera svensk sjukvård.

Här som på så många andra områden borde mycket mer av den politiska och offentliga debatten ägnas *signal- och styrsystemen* snarare än som nu *insatsresurserna* – som säger föga om de tjänster som kommer ut – och *innehållet* – där vi som politiker eller samhällsdebattörer ohjälpligt förblir blott amatörer och pratmakare.

USA är generellt sett inget lysande föredöme för ett lands sjukvårdssystem. Men det bevisar heller inte att det är omöjligt eller olämpligt att använda marknadsmekanismer på sjukvårdens område. Vad det visar är att kombinationen av tjänstens karaktär (tendens till kunskapsmonopol) och behovet av försäkringar kräver genomtänkta kombinationer av betalningssystem, offentligt ansvar och marknad.

Hans Bergström

Några källor:

1. Stuart M Butler, Edmund F Haislmaier (eds): *A National Health System for America* (The Heritage Foundation 1989).
2. Johan Calltorp: *Artikel om tendenser i amerikansk sjukvård. Läkartidningen nr 30-31, 1988*
3. Ken Dychtwald: *"Age Wave - The Challenges and Opportunities of an Aging America"* (Tarcher 1989)
4. *"For the Health of a Nation". Report of The National Leadership Commission on Health Care* (Washington 1989)
5. Howard H Hiatt: *"Medical Lifeboat"* (Harper & Row 1989)
6. SNS-ekonomernas rapport 1989
7. SPRI (Sjukvårdens Planerings- och Rationaliseringsinstitut, skrifter om DRG m m, statistik.

En mängd reportage, debattinlägg och nyhetsartiklar om sjukvård i amerikanska tidningar och tidskrifter våren 1989.

Intervjuer under en månads lång vistelse i USA februari/mars 1989 med bl a Alice Rivlin (Brookings), Margaret Rhoades (huvudsekreterare bakom "For the Health of a Nation"), Robert Rector och Burt Pines (The Heritage Foundation), Jack E Meyer (under åtta år chef för Health Policy Research vid American Enterprise Institute), med lic Eric Jannerfeldt (Svenska ambassaden, Washington), Eva Cohen (svenska som sedan 22 år arbetat i USA med att upphandla sjukvårdstjänster för HMO och PPO-system, nu verksam på PPO-företaget Protocol i Washington DC).