

HÄLSOSAMT SPARANDE

HEALTH SAVINGS ACCOUNTS

JACOB ARFWEDSON

www.timbro.se/innehall/?isbn=9175667157&flik=4

2009-09-07

TIMBRO

TIMBRO [VÄLFÄRD & REFORM]

Copyright © Författaren och Timbro 2009
ISBN 978-91-7566-715-7

Timbro, Kungsgatan 60, Box 3037, 103 61 Stockholm
Telefon 08-587 898 00, info@timbro.se, www.timbro.se

INNEHÅLL

FÖRORD	4
SAMMANFATTNING	6
I. HEALTH SAVINGS ACCOUNTS – HISTORIK OCH PRAKTIK	8
VEM KONSUMERAR, VEM BETALAR?	8
HEALTH SAVINGS ACCOUNTS: BRUKSANVISNING	12
RAND HEALTH INSURANCE EXPERIMENT (HIE)	14
II. RESULTAT OCH DISKUSSION	17
FRAMTIDSPERSPEKTIV	20
EUROPA MOT USA?	23
BILAGA 1: EXEMPEL PÅ KONSUMENTDRIVNA HÄLSOSPÄRLÖSNINGAR	26
BILAGA 2: SINGAPORE OCH SYDAFRIKA	28
SINGAPORE	28
SYDAFRIKA	30
BILAGA 3: UTDrag UR EU-DIREKTIV ANGÅENDE FÖRSÄKRING OCH DEN GEMENSAMMA MARKNADEN	31
ORDLISTA	33
NOTER	35
REFERENSER	38

FÖRORD

Rapporten som du nu börjat läsa har ett ganska ovanligt innehåll.

För det första ger den en annan bild av den amerikanska sjukvården, dess problem och reformbehov, men också dess möjligheter till innovation och nya idéer. Idéer som även kan ha relevans för vår egen svenska debatt om framtidens finansiering av sjukvården.

Alla vet redan fakta – det finns ett växande gap mellan efterfrågan på vård och vad som är möjligt att finansiera via skatten, inom en inte alltför avlägsen framtid. Efterfrågan styrs förstås av att vår befolkning blir allt äldre, men framförallt av att vi med ökad levnadsstandard kommer att efterfråga mer av hälso- och sjukvårdstjänster för att kunna hålla oss friska och aktiva allt högre upp i åldrarna. Få politiska beslutfattare vill dock öppet resonera om hur det här gapet ska kunna täckas.

Hälsokonton efter amerikansk förebild kan vara en möjlighet till att vården i framtiden tillförs mer och nya resurser, för vilka beslutanderätten fördelas på fler, även hos oss.

Genom hälsokonton, eller Health Savings Accounts (HSAs) som de heter i USA, kan konsumtionen av vård och dess kostnader spridas över en längre tidsperiod. Den enskildes makt över den egna hälsan, ansvaret för den och för dess utgifter, ökar – och många kan få denna makt och möjlighet om bara politiken vill skapa de rätta förutsättningarna.

Rapportförfattaren problematiserar också vårdmarknader med ett överdrivet skydd. På sådana har patienter färre incitament att ta hänsyn till kostnaden, och använder då tjänster som sannolikt inte skulle ha konsumerats om försäkringsskyddet hade inneburit större egenavgifter. Huvudpoängen är att hälsan inte blir bättre av överkonsumtion. Patienter med större egenavgifter konsumerar mindre vård, men deras hälsa är lika god som de som betalar mindre. Hälsokonton kan vara ett sätt att hantera denna problematik – både i USA och i Europa.

För det andra innehåller rapporten en riktig nyhet. Det finns ett EU-direktiv som kan tolkas så att vi medborgare har rätt att "ta ut" våra pengar i de skattefinansierade välfärdssystemen

och i stället använda dem för eget välfärdssparande. Efter en genomläsning kan man bara instämma i författarens slutord. Det är min förhoppning att denna rapport kommer att ge ett bidrag till samtalet om hur vi kan tillföra mer resurser till framtidens sjukvård, bortom den offentliga monopolfinansieringens begränsningar.

Jacob Arfwedson, som skrivit rapporten, är frilansskribent och konsult till tankesmedjor i både Europa och USA. Han är Senior Fellow på Center for Medicine in the Public Interest (New York) och direktör för CMPI i Paris, samt Fellow på European Enterprise Institute i Bryssel.

Stockholm i september 2009

Thomas Idergard

Programansvarig, Välfärd & reformstrategi, Timbro

SAMMANFATTNING

Att använda amerikanska experiment och exempel på sjukvårdsområdet kan för en europeisk publik, och kanske särskilt den svenska, tyckas provokativt. Detta kan till stor del härledas till bilderna av USA:s sjukvårdssystem, och allmänt till mediedrivna uppfattningar om det amerikanska samhället i stort.

Den snedvridna uppfattning om amerikanska välfärdssystem som dominerar nyhetsrapportering i Europa, gör implicit eller uttryckligen gällande att fakta – en nominellt skrämmande proportion av medborgare utan sjukförsäkring – ytterst bevisar den råa kapitalismens oförmåga att tillgodose grundläggande sociala behov. Till detta kommer dagens finansiella kris – som slutför den apokalyps Marx förutspådde – att ytterligare förvärra situationen för dem som redan tidigare befann sig på samhällets skuggsida när det gäller sjukvård.

Sant är att det amerikanska systemet är i akut behov av reform. Men dess symptom, och orsakerna till dagens kostnadskris, är huvudsakligen identiska med dem som sedan länge plågat europeiska patienter, nämligen en regim grundad på skattefinansiering, det vill säga närmast total socialisering av både försäkringssystem, vårdgivare, konsumtion och betalningssystem.

Health Savings Accounts (HSAs), hälsosparkonton, är ett instrument som först introducerades av president Bill Clinton 1996, och som mer utförligt genomfördes av president George W Bush 2003.¹ Målet var att delvis korrigera de obalanser som de dominerande systemen skapat, främst via skattehanteringen av arbetsgivarfinansierad sjukförsäkring.

Denna rapport beskriver i korthet systemets funktion och utveckling, samt den allmänna diskussion som HSAs har framkallat. Avslutningsvis några reflektioner om hur systemet skulle kunna tillämpas i Sverige och Europa (enligt uppgift finns i dagsläget ingen motsvarighet i europeiska länder).

HSA-systemet har varit i kraft sedan januari 2004, vilket ger utrymme för en rimlig empirisk bedömning av resultaten. Men det bör understrykas att HSAs bara är ett blygsamt

instrument som marginellt kan lindra ett slutet system som, när det gäller negativa resultat, mycket väl kan mäta sig med europeiska välfärdsstater.

Liksom när det gäller offentligt finansierade pensioner² kan en reform via *Health Savings Accounts* bidra till att vårdkonsumtionen och dess kostnader sprids över en längre tidsperiod, samt att var och en tar större ansvar för sin hälsa och de utgifter som detta innebär.

HSA-experimentet visar att vårdkonsumtion utfaller olika när egenansvaret och betalningsbördan i större utsträckning åligger den enskilde. Incitament och resultat förblir individuella, även om regi och finansiering är kollektiva och därmed underställda politiska beslut, tills vidare. Målet borde emellertid vara att varje medborgare får total förfoganderätt över de sociala avgifter som de facto tillhör löntagaren. På längre sikt är den nuvarande situationen hur som helst ohållbar – moraliskt, finansiellt och politiskt.

I detta avseende kan europeiska länder dra lärdom av det amerikanska experimentet, även om president Obamas politik verkar dra i motsatt riktning.

Förhoppningsvis kan följande text övertyga läsaren om att hälsa – utformning, finansiering och försäkring – i allt väsentligt borde vara ett beslut för den enskilda vårdkonsumenten, inte en politisk angelägenhet. Detta gäller i Sverige, i Europa och i USA. Principerna förblir desamma, liksom resultaten.

Författaren tackar följande vänner och kollegor för tips och synpunkter: Michael Cannon (Cato Institute), Merrill Matthews (CAHI/IPI), Charlie Sauer och Devon Herrick (NCPA) samt Grace-Marie Turner (Galen Institute).

Ett särskilt tack till Margit Gennser för kritisk läsning och insikter.

I. HEALTH SAVINGS ACCOUNTS – HISTORIK OCH PRAKTIK

Paradoxen i en "rätt till sjukvård" är att denna motverkar samma aktiviteter som kan hjälpa till att leverera samma "rättighet".³

Som Frédéric Bastiat sade: "Det finns det man ser, och det man inte ser." Detta kan appliceras på de flesta statliga ingripanden i ekonomin och det civila samhället. När det gäller hälsa och sjukvård är skillnaden mellan de två perspektiven sannolikt större än för mer triviala ekonomiska områden.

För att bättre förstå logiken bakom *Health Savings Accounts* (HSAs) krävs en kort inledning för att beskriva dagens situation för sjukvård i västvärlden, och särskilt i USA.

Debatten i Sverige och i andra länder kännetecknas tyvärr ofta av begreppsförvirring. För att undvika missförstånd är det lämpligt att definiera ett antal termer och idéer. Resonemanget som följer är med nödvändighet både empiriskt och normativt, det vill säga att den rådande situationen dikterar botemedel, men dessa kan betraktas ur två diametralt motsatta perspektiv. Problemen bör lösas antingen genom mer marknad eller mer offentliga ingrepp, schematiskt uttryckt. Men om vi är redo att tänka om är det möjligt att föreställa sig att den första lösningen leder till bättre resultat, och att den senare bär ett stort ansvar för dagens situation.

VEM KONSUMERAR, VEM BETALAR?

Låt oss börja med ett tankeexperiment. I dag finns inte en enda politiker som ondgör sig över den explosionsartade konsumtion som har ägt rum under de senaste två decennierna när det gäller elektroniska produkter, till exempel datorer, mobiltelefoner, videospel, bredband. Varför inte? Nog borde en sådan utveckling inge oro hos våra beslutsfattare (om inte annat därför att de inte har någon kontroll över det, vilket de brukar vilja ha).

Kanske är det så att denna konsumtion är relativt fri från offentliga ingrepp, förutom indrivningen av moms. Möjligen tvekar valda politiker att öppet kritisera köp och bruk av Playstation, iPod, YouTube och liknande produkter. Men låt oss vända på steken: Tänk er att staten i morgon införde en ny myndighet för att delvis finansiera och därmed styra inköp av julklappar, ett statligt verk för julklappsledning (JKL). Därmed skulle julklappar bli en offentlig angelägenhet och en politisk hjärtefråga:

JKL konstaterar i sin årsrapport en kraftig ökning för inköp av elektroniska varor, trots tidigare riktlinjer och sänkt ersättning för främst nya versioner av videospel. Myndigheten framhåller också att äldre produkter sannolikt ger samma konsumentnytta som senare versioner, och därför bör premieras vid inköp. Samma rekommendation gäller också importprodukter, vars ökning kommer att bli föremål för sanktioner om importkvoten skulle överstiga de europeiska reglerna.

Så kunde det låta, och så låter det i dag när sjukvården debatteras. Detta för att både produktion och konsumtion fastställs på politisk nivå och administreras av stat, kommun och landsting. *Reductio ad absurdum?* Det beror sannolikt på vem man frågar: En patient som sedan flera månader väntar på höftleds- eller starroperation (rutinoperationer i många jämförbara länder) eller en landstingspolitiker som tror sig vara skickad att fatta beslut i samma patients ställe.

Två fundamentala och nära förbundna felslut behärskar och blockerar debatten om sjukvårdens status och utveckling:

1. Sjukvård är en offentlig uppgift som måste organiseras och finansieras genom politiska beslut.

2. Eftersom vårbudgeten ständigt ökar krävs ytterligare reglering av produktion och konsumtion av tjänster och produkter.

Detta verkar först rimligt ur politisk synvinkel: alla kan inte få vård när som helst och hur som helst eftersom vi skattebetalare står för notan. Om vi återigen vänder på resonemanget kan man emellertid tänka sig att punkt 1 i allt väsentligt har skapat punkt 2.

Att sjukvårdens utgifter stiger är inte med nödvändighet specifikt varken för regi eller för finansieringsform. Det reflekterar huvudsakligen en stigande per capita-inkomst, ökad insikt om personlig hälsa samt en ständigt ökande livslängd i OECD-länderna, där Sverige ingår.

Att detta betraktas som ett "problem" beror däremot på att sjukvård till största delen är ett offentligt åtagande. Min vård finansieras med dina skatter, din långvård ska betalas av mina barn etc. När konsumtion av en tjänst eller en produkt är "gratis" (alltså finansierad av tredje man) blir efterfrågan oändlig och kan inte tillfredsställas av utbudet. När prismekanismen sätts ur spel sker fördelning av resurser via ransonering: i sjukvårdssammanhang via köbildning. Nominellt är detta jämlikt, men är det rimligt och rättvist?

Situationen i dagens USA – vårdkostnaderna har under senare år stigit betydligt snabbare än löner och inflation – har viktiga historiska orsaker. Av de amerikaner som har privat sjukförsäkring (mer än två tredjedelar av befolkningen, eller drygt 200 miljoner år 2007) erhöll nästan 60 procent (177 miljoner människor) försäkring via sin arbetsgivare. Detta inkluderar både förvärvsarbetande och pensionärer. Ytterligare 27 miljoner medborgare finansierar privat försäkring ur egen ficka, inklusive 10 miljoner som köper tilläggsförsäkringar via det offentliga systemet Medicare.⁴

Hur kommer det sig? Under andra världskriget införde Rooseveltadministrationen löne- och priskontroll. En viktig följd blev att företagen tvingades konkurrera om arbetskraft genom att erbjuda skattefria sjukförsäkringar. Denna policy fastlades officiellt av det amerikanska skatteverket i oktober 1943, vilket sannolikt mer än något annat myndighetsbeslut har präglat sjukvårdens utveckling sedan dess.⁵ En löntagare som i dag erbjuds 1 000 dollar mer i månaden kan räkna med en nettoökning på cirka 600 dollar. Men 1 000 dollar i sjukvårdsförmåner innebär 1 000 dollar mer netto.

Som en expert har anmärkt:

Detta arrangemang omvandlar i praktiken ett instrument avsett för att täcka olycksfall/katastrofförsäkring, till ett system för förskottsbetalning av rutinutgifter.⁶

Detta bidrar till att förklara den paradox som präglar den amerikanska debatten. Det stora antal personer som är utan försäkring står i centrum – men i själva verket lider systemet i sin

helhet av det motsatta problemet, alltså överdriven användning av försäkringsskydd vilket har skapat onaturliga incitament till produktion och konsumtion av sjukvård.

Tredjepartsbetalning av sjukvård (av stat eller via privat försäkring) ligger bakom en stor del av kostnadsutvecklingen och ökade från 56 procent (1965) till 86 procent (2001). Tredjepartsbetalningen är hög i samtliga OECD-länder men rekordet innehas av USA: 86 cent per dollar betalas av en tredje part. HMO:s⁷ representerade 27 procent 1988, men hela 95 procent 2004. Staten betalar närmare hälften av sjukvårdsutgifterna. Med detta mått mätt har USA faktiskt en av världens mest socialiserade vårdekonomier.⁸

Som noteras av Michael Cannon och Michael Tanner vid CATO Institute:

Sjukförsäkring i USA fungerar annorlunda. I stället för att låta konsumenterna utvärdera kostnader och förmåner i olika försäkringsformer döljer staten aktivt den totala kostnaden. Resultatet är att konsumenterna kräver högre täckning, och en stor del av vården som innefattas i denna "försäkring" är vård som de annars skulle ha köpt på egen hand.⁹ (Egen översättning.)

När patienter sedan agerar på en vårdmarknad med överdrivet skydd har de färre incitament att ta hänsyn till kostnaden, och använder följaktligen tjänster som sannolikt inte skulle ha konsumerats om försäkringsskyddet hade inneburit större egenavgifter. (Om man exempelvis utan extra avgift kan besöka två eller tre läkare för att få recept eller sjukintyg bidrar detta till kostnadsspiralen.) Detsamma gäller vårdgivarnas sida av ekvationen: de har i motsvarande mån inget större intresse av att erbjuda innovativa lösningar eller prisinformation. Detta innebär att den "överförsäkring" som präglar den amerikanska vårdmarknaden sammantaget reducerar konkurrensfördelarna, med ökande kostnader och sjunkande kvalitet som följd.

Detsamma gäller "managed care/managed competition": arbetsgivare och löntagare tecknar överenskommelse med försäkringsgivare som sedan erbjuder förmåner som har definierats av sociala myndigheter. Men som ekonomen Alan Enthoven poängterar:

Managed competition is not a free market.¹⁰

HEALTH SAVINGS ACCOUNTS: BRUKSANVISNING

Utgångspunkten för *Health Savings Accounts* (HSAs)¹¹ är ett enkelt faktum: federal skattelagstiftning snedvrider incitament och enskilda beslut när det gäller konsumtion och finansiering av vårdtjänster, det vill säga de medborgare som inte åtnjuter skattefri försäkring via arbetsgivaren måste finansiera sin vård ur egen ficka med beskattade inkomster. HSAs var därför ett försök att delvis kompensera denna skattemässiga ojämlikhet. HSAs är alltså endast en justering som inte bör betraktas som en privatisering av sjukförsäkringen.

För att få ett skattefritt HSA-konto krävs att förmånstagaren har en godkänd sjukförsäkring med hög självrisk (*High-Deductible Health Plan*, HDHP). Den enskilde och/eller arbetsgivaren gör inbetalningar på hälsosparkontot. Innehavaren kan sedan skattefritt använda kapitalet för rutinutgifter. När självrisken överskrids ger försäkringen täckning för ytterligare utgifter, helt eller delvis enligt kontraktet.

HSA-innehavare (2008) har en självrisk på 1 100 dollar och ett tak för egenavgifter på 5 600 dollar. För familjer gäller en självrisk på 2 200 dollar och egenavgifter på maximalt 11 200 dollar.¹² Förmånstagaren/arbetsgivaren kan skattefritt göra inbetalningar på HSA-kontot. Det maximala beloppet (2006) motsvarar självrisken, eller 2 700 dollar. Familjeförsäkringen har lägre självrisk eller 5 450 dollar. HSA-medlemmar mellan 55 och 64 år kan betala in "catch-up"-bidrag på upp till 700 dollar per år (2006).

Premier för HSA-försäkringar är mellan 10 och 40 procent lägre än klassiska privatförsäkringar. Detta gör det möjligt att återinföra grundidén för sjukförsäkring, nämligen ett skydd för stora utgifter vid lika stora olyckor (katastrofförsäkring). Med andra ord är "priset" för en lägre premie att rutinutgifter upp till självriskens tak (t ex tandläkarbesök, årliga hälsokontroller, besök hos optiker) inte ersätts av försäkringen utan betalas via egenavgifter.

Kapitalet kan sedan skattefritt användas för att finansiera självrisk, patientavgifter, sjukvårdsutgifter som inte betalas av försäkringen, samt under vissa villkor försäkringspremier. Saldot står kvar på kontot med skattefri ränta och kan ackumuleras över tiden. Kontot är en personlig egendom och följer med förmånstagaren, utan avseende på

arbetssituation. Vid 65 års ålder kan ackumulerat kapital tas ut och användas fritt, men beskattas då som ordinär inkomst.

Sedan systemet infördes (januari 2004) har antalet medborgare med HSA-kompatibel försäkring stigit till drygt 7,7 miljoner (2009).¹³ Av dessa hade 44 procent funnits med längre än 18 månader och ytterligare 16 procent mellan 13 och 18 månader.¹⁴

Antalet effektiva HSA-kontohavare är svårare att uppskatta, och varierar mellan 5,7 och 6,5 miljoner (sista kvartalet 2008).¹⁵ Enligt Kaiser Foundation gjorde 72 procent av arbetsgivarna 2008 inbetalningar på i genomsnitt 1 139 dollar per individ och 2 067 dollar per familj.¹⁶ Vissa prognoser anger att en av tio försäkringstagare 2010 kommer att ha ett HSA, med sammanlagda tillgångar på 75 miljarder dollar.¹⁷

Detta är en intressant utveckling, men man bör inte dra alltför långtgående slutsatser. HSA-konton är för närvarande tillgängliga endast för dem som har försäkring via sina arbetsgivare. Dessutom kan HSA-konton varken helt avlägsna de snedvridningar av prismetanismen som den federala skattelagstiftningen innebär, eller underlätta tillgång till försäkring för dem som saknar skattefri försäkring via arbetsgivare.

Men det finns andra relevanta fynd: HSAs har gjort det möjligt att ge sjukförsäkring åt dem som tidigare saknade skydd; att förbättra preventivvård och reducera utgifter; öka kostnadsmedvetenheten hos vårdkonsumenter och därmed begränsa offentliga åtaganden samt en spridning av sparande för vård i samtliga inkomstskikt.¹⁸ Enligt Kaiser Family Foundation steg andelen företag som erbjöd HSAs från 2 procent 2006 till 11 procent 2008. Dessutom ökade antalet anställda i HSA-kvalificerade försäkringar från 3 till 4 procent mellan 2007 och 2008, medan andelen för andra liknande försäkringar var konstant (3 procent), vilket kan antyda att HSA-lösningen betraktas som mer attraktiv.¹⁹

Särskilt intressant ur amerikanskt perspektiv är siffror som belägger att en tredjedel av HSA-kontohavare tidigare saknade försäkring (se kapitel 2).²⁰

RAND HEALTH INSURANCE EXPERIMENT (HIE)

Kostnadsautomatiken i sjukvårdssystemet ledde på 1970-talet RAND Corporation²¹ att genomföra ett långsiktigt forskningsprojekt för att undersöka om ett system med så kallad *universal care* (enligt europeiskt snitt) rättfärdigade kostnaderna. HIE är fortfarande det mest omfattande experimentet i sitt slag, och ägde rum mellan 1971 och 1982. Studien inkluderade 2 750 familjer och sammanlagt mer än 7 700 personer, samtliga under 65 år.²²

Undersökningen ställde tre enkla frågor:

- Hur påverkas konsumtion av vård av medlemskap i en Health Maintenance Organisation (HMO) eller liknande kostnadsdelning?
- Hur påverkas vårdkvalitet och lämplighet av dito arrangemang?
- Vilken blir inverkan på hälsoreultatet generellt?

Deltagarna fördelades slumpmässigt på fem olika typer av sjukförsäkring, varav endast en var avgiftsfri. Övriga försäkringar inkluderade egenavgifter mellan 25 och 95 procent av kostnaden. Familjerna deltog i experimentet under tre till fem års tid. För att utvärdera konsumtion, kvalitet och kostnader fungerade RAND Corporation som försäkringsgivare under experimentet. 60 procent av deltagarna uttogs slumpmässigt för hälsokontroll i början och slutet av undersökningen.

Jämfört med den grupp som erhöll "gratis" sjukförsäkring observerades följande som resultat av kostnadsdelning:

- Oavsett självriskens/patientavgiftens nivå hade samtliga grupper lägre antal läkarbesök och 20 procent färre sjukhusvistelser. Detsamma gällde tandläkarbesök och receptbelagda läkemedel.
- Medlemmar i HMO-kooperativ registrerade 39 procent färre sjukhusvistelser.
- Deltagare i system med kostnadsdelning spenderade mindre på vårdtjänster.

Det kan tyckas rätt självklart: högre självrisk och högre patientavgifter verkar rimligen hämmande på konsumtionen. Mer intressant är dock att denna grupp inte rapporterade några signifikanta negativa hälsoeffekter jämfört med dem som fick gratis försäkring:

Vi tolkar de proportionella variationerna i lämplig och olämplig vård som att fördelarna med ytterligare lämplig vård kompenseras av ytterligare olämplig vård som utnyttjades av dem som hade avgiftsfri täckning. Med andra ord, en ökad konsumtion av olämplig vård var inte bara utan positiv effekt; den hade faktiskt negativ effekt.²³ (Egen översättning.)

RAND-studien som publicerades 1982 skulle kräva en repris för att uppdatera och utvärdera dagens situation. Men en liknande studie genomfördes 2005 av McKinsey och var den första övergripande undersökningen av *Consumer-Directed Health Plans* (CDHP), där Health Savings Accounts (HSAs) är en variant bland flera.²⁴

McKinsey ser övervägande positiva resultat av HSAs och slutsatserna gäller kostnadsmedvetenhet, preventivvård, kostnadskontroll, konsumentresultat och arbetsgivarnas inställning.

1) *Cost-benefit analys* jämfört med traditionella försäkringar är CDHP-konsumenter:

- 50 procent mer benägna att utreda faktiska kostnader.
- 33 procent mer benägna att på egen hand identifiera alternativa behandlingar.²⁵
- Tre gånger mer benägna att välja mindre utförliga och billigare behandlingar under de senaste tolv månaderna. [tempus?]

De som valt CDHP är inte mer utsatta än traditionella försäkringstagare när det gäller allvarliga besvär, men de tenderar klart att inte söka vård för åkommor som betraktas som lindriga (*nuisances*).

2) *Friskvård/preventivvård*:

- CDHP-konsumenter lägger större vikt vid förebyggande åtgärder och hälsosamt leverne.

- 30 procent mer benägna att genomgå årlig hälsokontroll för att undvika utgifter på längre sikt.

3) *Kostnadskontroll:*

- Kostnadsmedvetenheten är oförändrad, på kort och lång sikt, trots att CDHP-konsumenter har samma incitament som traditionella försäkringstagare.
- De är klart mer benägna (20 procent mer än traditionella försäkringstagare) att strikt följa behandlingsregler för kroniska åkommor, och två gånger mer benägna att informera sig om läkemedelskostnader (trots att båda grupperna hade samma ersättningsnivå för läkemedel).

4) *Konsumentresultat:*

- 44 procent sade sig vara lika nöjda eller nöjdare med CDHP-lösningen, men anser att de har för lite information och tenderar att söka hjälp via Internet snarare än via försäkringsbolaget.

5) *Arbetsgiوارrollen:*

- Graden av tillfredsställelse kan delvis härledas till i vilken omfattning de anställda själva får ta ansvar för sin hälsa och relevanta försäkringsbeslut.

II. RESULTAT OCH DISKUSSION

Kritik mot Health Savings Accounts och liknande arrangemang saknas inte. Vi ska i det som följer sammanfatta den debatt som pågått de senaste åren. Avslutningsvis ges en kort översikt av förslag som syftar till att utveckla HSAs och allmänt öppna den privata försäkringsmarknaden, och vilka slutsatser som kan vara intressanta för den europeiska och svenska debatten.

1. HSAs gynnar dem som redan är friska.

I verkligheten är alla typer av försäkringar utformade för de friska! Men studier har visat att exempelvis diabetiker mycket väl kan ta hand om sin egen vård, med både bättre hälsoreultat och ekonomiska vinster.²⁶ (Som vi ska se längre fram finns marknadsmässiga försäkringslösningar också för kroniska och långvariga åkommor.)

Sant är att HDHP (hög självrisk) för närvarande utgör ett hinder för att ytterligare utveckla HSAs. Men jämfört med traditionella försäkringar (via arbetsgivaren) innebär HSA-täckning betydande besparingar. Samtidigt hävdas att arrangemanget innebär en diskriminering av äldre och sjukare medborgare. Men HSA-konceptet är annorlunda: idén är att medborgarna får möjlighet att spara en del av sina vårdutgifter genom konton som de äger och kontrollerar.

Den genomsnittliga utgiften för arbetsgivarfinansierad sjukförsäkring (2005) var 4 024 dollar per person och 10 880 dollar per familj. Detta ska jämföras med en HSA: 2 700 dollar per person och 7 909 dollar för familjetäckning – en icke obetydlig skillnad.²⁷ Varje amerikansk medborgare skulle potentiellt kunna göra anspråk på ett HSA-konto, och för att ytterligare utveckla systemet bör den federala regeringen avskaffa, eller åtminstone luckra upp, kravet på en HDHP-försäkring.²⁸

2. HSAs tar inte hand om de fattiga och sjuka.

Huvudargumentet hänvisar till "omvänd selektion", det vill säga de som har kroniska åkommor eller är äldre kan inte räkna med försäkring till ett rimligt pris eftersom riskkalkylen är negativ. I verkligheten använder de flesta äldre människor relativt lite sjukvård (utom under de sista levnadsåren).

I överensstämmelse med RAND-studiens slutsatser är sjuka individer inte sämre ställda med en hög självrisk än med andra typer av försäkringar, inklusive "gratis" sjukvård. I själva verket innebär besparingar i form av lägre premier att HSA-självriskerna kan finansieras inom ett par år (jämfört med en klassisk arbetsgivarförsäkring).

Olika undersökningar visar också att närmare hälften av HSA-patienterna är äldre än 40 år. En liknande andel (46 procent) kommer från familjer med en årsinkomst under 50 000 dollar. 38 procent av HSA-försäkrade bor i hus värda mindre än 125 000 dollar och 27 procent har nettotillgångar under 25 000 dollar.²⁹

3. HSAs skiftar finansieringen till löntagarna.

Detta är sannolikt det mest skamlösa argumentet, som också gäller dagens övriga fördelningssystem, till exempel pensioner. I själva verket innebär HSAs att en större del av sjukförsäkringen hanteras av löntagarna. Före 2004 fick vårdutgifter skattebefrielse endast om löntagarna lät arbetsgivaren ta befälet. Nu kan anställda i stället själva bestämma över en större del av pengarna.

Invändningen bygger på det mytiska antagandet att sjukförsäkring är något som finansieras av arbetsgivarens avgifter. Så är det inte. Arbetsgivaren kan välja mellan att erbjuda högre löner utan övriga förmåner, eller lägre löner och förmåner. Men den totala kostnaden för sjukförsäkring och andra förmåner betalas i slutändan av löntagaren.³⁰ Om sjukförsäkringens börda ökar reagerar arbetsgivarna genom att sänka andra kompensationer i lönepaketet. Detta visas också av real-löneutvecklingen: mellan 1989 och 2004 steg lönerna med 7,5 procent, men förmånerna ökade med 26,2 procent under samma period.³¹

4. HSAs får patienter att av kostnadsskäl avstå från vård.

Enligt en studie 2008 tenderar individer med hög självrisk generellt att skjuta upp eller avstå från vård på grund av kostnaden.³² Det finns emellertid få belägg i denna riktning, menar

John Goodman, president för NCPA och upphovsman till Health Savings Accounts. Som McKinsey-studien visar avstår inte människor med allvarliga sjukdomar från vård, oavsett om de har hög självrisk eller traditionell tredjepartsbetalning i försäkringen. Dessutom är det naturligt att var och en spenderar mindre, och mer försiktigt, när de själva står för kostnaden. Som RAND-experimentet visar konsumerar de som själva betalar större delen av kostnaderna cirka 30 procent mindre sjukvård, utan märkbara skillnader i hälsoreultat.³³

Till detta ska läggas att HSA-patienter är betydligt mer engagerade i sin personliga hälsa. De är också bättre informerade och tenderar att söka läkarhjälp oftare än traditionella försäkringstagare. Detta inkluderar preventivvård, vars användning är 30 procent högre i den första gruppen. Många HSA-försäkringar täcker också preventiva insatser utanför självrisk, eftersom detta bidrar till att begränsa kostnaderna för mer komplicerade ingrepp och annan vård på längre sikt.³⁴

Berättigad kritik borde i stället göras i motsatt riktning: **HSAs är ett viktigt, om än marginellt, steg mot en friare marknad för sjukförsäkring som måste utvecklas ytterligare för att ge full utdelning.** Kravet på försäkring med hög självrisk för att kvalificera sig för HSA-konto bör avskaffas och ersättas med ett mer differentierat system, enligt John Goodman. Detta kan lösas om försäkringsbolagen tillämpar varierande självrisk på olika vårdtjänster: när patienten är i stånd att själv fatta beslut bör självrisk vara hög. När detta inte är möjligt bör självrisk vara låg eller avskaffas.³⁵

5. HSAs gör ingenting för att utöka försäkringstäckningen

Även om HSAs inte är specifikt ägnade att lösa problemet med den icke-försäkrade delen av befolkningen kan positiva resultat ändå noteras. Här går emellertid åsikterna isär. Enligt vissa källor visar siffrorna att närmare en tredjedel av dem som har HSA-konton tidigare var utan sjuk-försäkring.³⁶ Enligt företaget eHealthInsurance fanns liknande resultat på den individuella marknaden.

Men, som Cannon noterar är en betydande del av nykomlingarna på sjukförsäkringsmarknaden individer som tidigare saknade försäkring. Man kan alltså inte säkert slå fast om dessa kunder har lockats av HSA-kontrakt eller av andra lösningar. Enligt en undersökning

gjord av Blue Cross/Blue Shield var dock 12 procent av "HSA-kompatibla" kunder tidigare utan täckning, jämfört med 6 procent för traditionell försäkring.³⁷

FRAMTIDSPERSPEKTIV

Både från försäkrings- och socialpolitisk synpunkt ter sig marknadsbaserade lösningar ofta svaga, betalningsförmågan är det slutgiltiga argument som effektivt tycks diskvalificera liberala förslag för svåra hälsoproblem. Vår hälsa kan knappast ha ett objektiva pris, men däremot kostnader – kan vi begära att sjuka människor tecknar försäkringar till någon form av marknadspris? Premier för allvarliga eller kroniska åkommor bör väl undantas från krass försäkringsmatematik?

Invändningen verkar bestickande: i verkligheten finns en marknadslösning också här, även om den i dagsläget är marginell och stöter på betydande hinder i form av regleringar. Men detta gör det samtidigt mer angeläget att utveckla initiativ som HSAs, vilka gör det möjligt att utvidga marknaden där medborgarna fritt kan välja och äga tilläggsförsäkringar, oavsett arbetssituation och politiska beslut.

Lösningen heter *Health-Status Insurance*, alltså ett sätt att teckna försäkring mot högre premier när hälsotillståndet utvecklas från en normal situation till mer allvarliga problem.³⁸ En klassisk sjuk-försäkring täcker patientens normala utgifter, minus självrisk och egenavgifter.

En *Health Status Insurance* täcker risken för högre premier och ger ersättning i form av en engångsutbetalning som kan användas för den nya premien och dessutom ger bibehållna patientavgifter. Detta arrangemang är naturligtvis särskilt lönsamt för dem i USA som förlorat sin försäkring på grund av arbetslöshet, skilsmässa eller som varit borta från arbetsmarknaden av olika skäl.

Som John Cochrane påpekar:

Ingen av oss har sjukförsäkring, egentligen. Den som drabbas av en kronisk sjukdom, till exempel hjärtsjukdom eller cancer, och sedan förlorar sin anställning eller skiljer

*sig, förlorar också sin försäkring. Därmed finns ett existerande sjukdomstillstånd och en ny försäkring blir mycket dyr – om den ens finns. (Egen översättning.)*³⁹

Health Status Insurance betyder däremot att liknande risker kan täckas. Finns ett sådant alternativ i sinnevärlden? Ja, till och med i en hårt reglerad marknad som den amerikanska annonserade nyligen ett av de största försäkringsbolagen, United Health, en produkt som gör det möjligt att köpa framtida försäkring, alltså med en premie som baseras på kundens nuvarande hälsotillstånd, även om detta sedermera försämras. Företagets ordförande är en av de första kunderna, och betalar 50 dollar i månaden för denna förmån.⁴⁰

Eftersom president Barack Obama har som en huvudpunkt i sitt program utlovat en genomgripande reform av vårdsystemet och sjukförsäkringen kan man fråga sig vad den nya administrationen anser om HSAs och andra marknadsmekanismer.

Merrill Matthews, chef för Council for Affordable Health Insurance, kommenterar:

Obama har sagt att de som vill behålla sin nuvarande sjukförsäkring ska få göra det också efter hans reform. Det låter som om HSA-innehavare borde sluta oroa sig för att förlora sin täckning. Men det är ett löfte som presidenten har lite intresse av att uppfylla. Demokraterna har gjort det mycket tydligt att de varken gillar HSAs, hög självrisk eller konsumentstyrda försäkringar.

*Flera ledande demokrater i Kongressen har också försökt att antingen neutralisera HSAs eller att avskaffa dem helt och hållet. HSAs betraktas som oförenliga med demokraternas vision om omfattande offentliga försäkringar. Inte heller bryr de sig om att HSAs har visat sig effektiva för att begränsa utgifterna: de vill i stället införa prisregleringar. Även om det finns ett antal initiativ för att garantera att HSAs inkluderas i Obamas reform, verkar det osannolikt att demokraterna kommer att godta något som de betraktar som motsatsen till god sjukvårdsförsäkring.*⁴¹

National Center for Policy Analysis, vars ordförande John Goodman betraktas som upphovsman till idén om HSA, kommenterar:

Det offentliga program som demokraterna vill införa i konkurrens med privata alternativ kommer sannolikt att innebära ersättningar på samma nivå som Medicare. Dessa är lägre än

de som privata företag kan förhandla fram, och kräver följaktligen avsevärda subventioner från den offentliga sektorn. Därför kommer det offentliga alternativet att successivt tränga ut privata försäkringar.

Demokraterna i Kongressen kommer sannolikt inte att avskaffa HSAs rakt av, snarare kommer förmånerna successivt att urholkas. Deras förslag är absolut inte marknadsvänliga, det främsta initiativet är försäkringstoång samt finansiering via arbetsgivaren i huvudsak. Ett offentligt program med prisregleringar skulle effektivt eliminera marknadsalternativ.⁴²

John Cochrane gör samma analys: Obama och hans administration vill huvudsakligen lagstifta fram försäkringar med identiska premier och "universell" täckning:

De förordar mer regleringar och en förstatligad sjukförsäkring bara för att de, liksom många människor, tror att de måste välja mellan försäkring på lång sikt och konkurrens. De vet inte att det finns ett marknadsalternativ som erbjuder båda delarna.⁴³

På samma sätt lade Obama i kampanjen ett konkret förslag för att spara 2 500 dollar i vårdutgifter per familj. Men, som Hanns Kuttner på Hudson Institute påpekat finns inga tillförlitliga siffror på hur mycket amerikaner spenderar, respektive vad de betalar själva. Det blir alltså i princip omöjligt att fastställa hur väl administrationen kan uppfylla löftet eftersom de faktiska utgifterna varierar (alltså egenavgifter + försäkring via arbetsgivare + tredjepartsbetalning).

Enligt Bureau of Labour Statistics var utgifterna 2006 för en genomsnittlig familj 2 766 dollar. Det kan alltså tänkas att många väljare fick intrycket att den utlovade besparingen skulle betyda att deras utgifter per år skulle sjunka till ett par hundralappar. Färre än 10 procent av amerikanska medborgare betalar dock sin sjukförsäkring ur egen ficka (inte via arbetsgivare eller löneskatter) och är alltså de enda som vet hur mycket en försäkring faktiskt kostar.⁴⁴

De närmaste månaderna må utvisa i vilken mån Obamas administration kommer att begränsa och/eller avskaffa befintliga marknadsinslag i sjukförsäkringen och röra sig mot ett mer "europeiskt" välfärdssystem via statliga ingrepp, främst obligatorisk och offentligt finansierad försäkring, samt ökade prisregleringar. Det senare scenariot verkar betydligt mer sannolikt.

EUROPA MOT USA?

Samtidigt bör noteras att många europeiska länder inspirerats till marknadslösningar för att åtgärda just de problem som president Obama vill lösa, men som kommer att förvärras ytterligare om hans förslag genomförs.

Utmaningen ligger i att övertyga politiker på båda sidorna om Atlanten att marknaden kan förverkliga visionen om en modell som samtidigt erbjuder en kostnadseffektiv sjukförsäkring med större spridning, högre kvalitet och enskilt val.

Och i Sverige? I princip krävs "bara" en modifikation av skattelagstiftningen, det vill säga en avdragsrätt och/eller utträde ur offentlig regi till förmån för privat sjukförsäkring. En sådan reform vore både enkel, billig och rättvis. (Kanske finns det några socialdemokratiska politiker som kan inse både kortsiktiga retoriska och långsiktiga politiska vinster i detta resonemang, även om det handlar om marknadslösningar?)

Reformen bör tekniskt sett vara relativt enkel att genomföra i praktiken, men den stöter på avsevärda politiska problem i de länder som, liksom Sverige, måste finansiera ett omfattande offentligt sjukvårdssystem. Dock finns i dag spännande och lyckade experiment på området, inte minst i Nederländerna.⁴⁵

I ett vidare EU-perspektiv finns en grundläggande mekanism som är underutnyttjad, men som aktivt motarbetas dels av politiker på nationell nivå och dels av valda delar av unionens institutioner. Den subversiva och "folkliga" lösningen på vårdmonopol handlar delvis om att rösta med fötterna, antingen för att söka vård utomlands eller till och med en ny försäkring.

Enligt ett föga känt EU-direktiv⁴⁶ tycks det finnas en möjlighet till "opt-out": Varje medborgare i den Europeiska Unionen skulle i princip kunna be om utträde från sin statliga försäkring för att i stället teckna privat kontrakt med försäkringsbolag, nationellt eller i annat EU-land. Om inte annat så bekräftas önskan om att ha en reell möjlighet att söka vård i annat land genom den kraftiga ökningen av "vårdturism", inom och utanför Europa.

Så långt lagstiftningen. I praktiken har både medlemsländerna och deras domstolar låtit förstå att nationella regler kvarstår, nämligen att tvinga medborgare att även framledes finansiera snart konkursmässiga system. Men med tanke på de offentliga systemens kostnadsexplosion och bristande prestanda relativt utgifter vore det ur politisk synvinkel betydligt mer fördelaktigt att i större utsträckning låta patienter och försäkringsbolag komma överens om premier och service, nationellt eller utomlands i båda fallen.

Detta skulle lägga grunden för en genuin folkrörelse över gränserna, där en fri marknad och ökad välfärd äntligen möts; där politikerns uppgift begränsas till att underlätta fri rörelse av människor och tjänster – också för sjukvård.

Är våra politiker redo för en liknande revolution? Skicka gärna denna text till närmaste landstingsråd.

BILAGA 1: EXEMPEL PÅ KONSUMENTDRIVNA HÄLSOSPÄRLÖSNINGAR

(Källa: CAHI)

	Health Savings Accounts	Flexible Spending Accounts	Health Reimbursement Arrangements
Villkor	Individen får inte ha täckning från Medicare och inte åtnjuta skydd från annan försäkring som duplicerar förmåner i försäkring med hög självrisk.	Individen måste ha anställning hos en arbetsgivare som erbjuder en FSA.	Individen måste ha anställning hos en arbetsgivare som erbjuder en FSA.
Vem "äger" försäkringen?	Individen/den anställde.	Individen/den anställde.	Arbetsgivaren.
Vem finansierar?	Vanligen individen och/eller arbetsgivaren.	Endast den anställde via avdrag på lönen.	Endast arbetsgivaren (egenanställda uteslutna).
Hur sker finansieringen?	2007 var maximavgiften för HSA 2 850 dollar per person eller 5 650 dollar för familjeförsäkring. Skattebetalare får inbetala för helår och erhålla täckning under del av året. Kräver en godkänd HDHP för helår med början den månad som HSA inleds, eller betala skatt på inbetalningen plus 10 % straffavgift.	En bestämd summa av bruttolönen före skatt fastställd av den anställde inbetalas direkt på konto via löneskatt.	Endast arbetsgivaren. Kontot är "virtuellt", inga kontantinbetalningar. Arbetsgivaren återbetalar den anställde gentemot kvitto.
Vilken typ av försäkring erfordras?	HDHP med minsta självrisk på 1 100 dollar per person/2 200 dollar per familj. Totala kostnader för försäkringstagaren får inte överstiga 5 500 dollar per individ eller 11 000 dollar per familj, inklusive självrisk och egenavgifter. Samtliga belopp är inflations-skyddade. HDHP får erbjuda skydd utanför självrisken för preventivvård.	Alla typer av sjukförsäkring.	Alla typer av sjukförsäkring.
Redovisning av utgifterna	Individens ansvar.	Arbetsgivaren måste godkänna utgifter och kan vägra ersättning.	Arbetsgivaren måste godkänna utgifter och kan vägra ersättning.

	Health Savings Accounts	Flexible Spending Accounts	Health Reimbursement Arrangements
Är försäkringen portabel?	Helt portabel. Individuen äger HSA-kontot och flyttar det vid byte av arbetsgivare.	Inte portabel. Saldot måste förbrukas före årsskiftet (eller vid anställningens slut före årets slut), annars förlorar individen sina pengar.	Inte portabel. HRAs kan inte medfölja till ny arbetsgivare. Arbetsgivaren är inte förpliktad att fortsätta arrangemanget när anställning upphör, men kan välja att fortsätta utbetalningar till tidigare anställd.
Kan medel användas för andra ändamål?	Medel som används för annat än vårdkostnader beskattas som inkomst och medför 10 % straffavgift. Efter inträde i Medicare utgår avgiften.	Hälsodelen av FSA kan endast användas för utgifter enligt definition i lag.	Endast utgifter enligt definition i lag.
Skattebehandling	Godkända utgifter som ersätts under HSA är skattefria.	Avgifter till FSA är skattefria och avdragsgilla. Ingen laglig begränsning, men varje försäkring definierar maximal inbetalning i dollar eller procent.	Ersättning till den anställda är skattefri på villkor att denna används till vårdkostnader enligt definition.
Efterskottsinsbetalningar för äldre löntagare	Individer som är fyllda 55 år eller äldre kan betala in mer på kontot varje år. För 2007 var tilläggsbeloppet maximalt 800 dollar per person, inkl för gifta par om båda makarna är kvalificerade för HSA-täckning.	Nej.	Nej.
Vad händer med kontosaldot?	Resterande kapital ackumuleras år från år.	Kapitalet återgår till arbetsgivaren vid årsskiftet. Engångsöverföring mellan FSA och HSA möjlig fram till 1 januari 2012.	Resterande kapital kan ackumuleras med arbetsgivarens tillstånd. Engångsöverföring mellan FSA och HSA möjlig fram till 1 januari 2012.

BILAGA 2: SINGAPORE OCH SYDAFRIKA

Ytterligare två utvecklade länder har framgångsrikt tillämpat idén med Health Savings Accounts, Singapore och Sydafrika. Grundkonceptet är detsamma som i USA, men det finns viktiga skillnader i utförandet.

SINGAPORE

Singapores system kan beskrivas som en trestegsraket, där tyngdpunkten ligger på privat försäkring och vård i största möjliga mån, och offentligt ansvar där så erfordras.⁴⁷

1984 skapades det första systemet, *Medisave*, som införde personliga konton. *Medisave* är obligatoriskt, men Singapores system bygger i allt väsentligt på individuellt ansvar för sjukförsäkring och utgifter. Månatliga inbetalningar till *Medisave*konton varierar med individens ålder, och kapitalet kan användas för att betala sjukhusvistelser, ambulatoriska ingrepp och kostsamma behandlingar (t ex kemoterapi, radioterapi och dialys) antingen för kontohavaren eller dennes närmaste familj. När den enskilde avlider överförs kapitalet till arvingarna.

Uttag används huvudsakligen för större utgifter (till exempel sjukhusvistelse och kroniska sjukdomar), men är begränsade när det gäller läkararvoden och kirurgiska ingrepp. Den patient som önskar högre standard på offentliga sjukhus eller privat behandling måste täcka utgiften ur egen ficka eller via annan privat försäkring. Patienter i 1–2-bäddsrum betalar hela kostnaden själva, medan patienter i andra rumskategorier betalar mellan 20 och 80 procent av kostnaden. Eftersom *Medisave* möjliggör avsevärda besparingar kan offentliga subventioner reduceras för välbeställda patienter och frigöras för mindre bemedlade.

Medishield, som infördes 1990, utgör den andra, frivilliga delen i sjukförsäkringen med inriktning på täckning för allvarlig eller långvarig sjukdom för personer under 70 år. Premier

är åldersrelaterade (mellan S\$ 30 och S\$ 705 per år⁴⁸) och kan finansieras via uttag från Medisave. Utbetalningar är maximalt S\$ 50 000 per år och S\$ 200 000 under patientens livstid. Egenavgifter motsvarar 20 procent av utgifterna och bidrar alltså till att förhindra systematisk överkonsumtion.

Medifund infördes 1993 för att hjälpa låginkomsttagare vars Medisavebesparingar är otillräckliga för att betala egenavgifter. Fonden är statlig och grundades med ett kapital på S\$ 200 miljoner; ytterligare anslag på S\$ 100 miljoner tillförs budgeten varje år som staten har ett budgetöverskott. Bidrag från fonden är behovsprövade och riktas till dem som inte genom försäkring och eget sparande klarar att betala sjukvård (cirka 10 procent av befolkningen). Utbetalningar finansieras enbart med fondens avkastning.

I en artikel jämför Pierre Bessard Singapore med sitt hemland Schweiz som ofta framhålls som ett exempel på privata vårdssystem.⁴⁹ Båda befolkningarna åtnjuter ungefär samma förväntade livslängd och BNP per capita. Men jämfört med Schweiz bör noteras att Singapore har:

- Betydligt färre antal läkare per invånare.
- Hälften så många sjukhusplatser per 10 000 invånare.
- Vårdkostnader per capita som är fyra gånger lägre (eller en tredjedel, uttryckt i BNP, 3,5 procent jämfört med 11,4 procent).
- Lägre spädbarnsdödlighet.

94 procent av privata vårdutgifter betalas ur egen ficka i Singapore, jämfört med 76 procent i Schweiz. Privat vård står för 80 procent av primärvården och 20 procent av sjukhusvården i Singapore.

En viktig följd är att vårdbeslut ofta fattas direkt mellan läkare och patient, utan inblandning av statlig byråkrati.

Som Bessard understryker är Singapores system paternalistiskt, för att inte säga auktoritärt. Från rättssynpunkt är detta naturligtvis ett viktigt problem. Samtidigt kan man undra vilket

system som skulle föredras om patienterna fick välja: paternalism med högkvalitativa resultat och lägre kostnader, eller en liknande paternalism via välfärdsmonopol med undermåliga resultat (ransonering via kösystem och ständigt stigande kostnader via skattsedeln).

SYDAFRIKA

Under Nelson Mandelas presidentperiod inleddes 1994 en omfattande avreglering av försäkringsmarknaden. De flesta amerikanska sjukförsäkringar återfinns på den sydafrikanska marknaden. Skattemyndigheterna tillät också att Medical Savings Accounts (MSAs) enligt amerikansk modell fick samma behandling som arbetsgivar- och tredjepartsfinansiering. Inom några få år representerade MSA-försäkringar ungefär hälften av marknaden, medan andelen "managed care" (HMO och liknande) var betydligt mer begränsad.

En viktig skillnad jämfört med USA är att Sydafrika har givit försäkringsbolagen frihet att experimentera med olika lösningar:

- MSA-försäkringar har, till skillnad från amerikanska HSAs, ingen enhetlig självrisk.
- En typisk försäkring saknar självrisk för sjukhusvård (eftersom patienter i stor utsträckning saknar inflytande över denna typ av tjänster), men däremot en självrisk (1 200 dollar år 2000) för annan primärvård.
- Hög självrisk gäller också för mediciner, men däremot inte för kroniska sjukdomar (där försummad vård kan leda till högre utgifter senare).

En viktig positiv effekt av avregleringen var att nya producenter kom in på marknaden, vilket ledde till att nya försäkringsprodukter bidrog till att stärka företagets solvens och begränsa premieinflationen.

BILAGA 3: UTDRAK UR EU-DIREKTIV ANGÅENDE FÖRSÄKRING OCH DEN GEMENSAMMA MARKNADEN

RÅDETS DIREKTIV 92/49/EEG av den 18 juni 1992 om samordning av lagar och andra författningar som avser annan direkt försäkring än livförsäkring samt om ändring av direktiv 73/239/EEG och 88/357/EEG (tredje direktivet om annan direkt försäkring än livförsäkring)

”EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS RÅD HAR ANTAGIT DETTA DIREKTIV

med beaktande av Fördraget om upprättandet av Europeiska ekonomiska gemenskapen, särskilt artiklarna 57.2 och 66 i detta,

med beaktande av kommissionens förslag (1),

i samarbete med Europaparlamentet (2),

med beaktande av Ekonomiska och sociala kommitténs yttrande (3), och

med beaktande av följande:

(...)

(10) Den inre marknaden är ett område utan inre gränser som ger tillgång till alla försäkringsslag utom livförsäkring inom hela gemenskapen och därigenom möjlighet för varje vederbörligen auktoriserad försäkringsgivare att täcka vilken som helst av de risker som avses i bilagan till direktiv 73/239/EEG. **Det monopol i fråga om vissa slag av risker som vissa organ åtnjuter i några medlemsstater måste därför avskaffas.**” (Min fetstil.)⁵⁰

Riskerna som avses i bilagan till direktiv 73/239/EEG, publicerat i de Europeiska gemenskapernas Officiella tidning den 16 augusti 1973 är främst de följande:

”A. Klassificering av risker i försäkringsklasser

1. Olycksfall (*inklusive arbetsskador och yrkessjukdomar*)

- fastställda försäkringsbelopp
- skadeersättningar
- kombinationer av båda ovanstående
- passagerarskada

2. Sjukdom

- fastställda försäkringsbelopp
- skadeersättningar
- kombinationer av båda ovanstående”⁵¹

Rådets direktiv 92/96/EEG av den 10 november 1992 om samordning av lagar och andra författningar som avser direkt livförsäkring stipulerar:

”(20) Inom ramen för en inre marknad ligger det i försäkringstagarnas intresse att ha tillgång till bredast möjliga utbud av försäkringsprodukter som finns att tillgå inom gemenskapen så att de kan välja vad som bäst motsvarar deras behov.”

”(3) Direktiv 90/619/EEG utgör därför ett viktigt steg i sammanslagningen av de nationella marknaderna till en integrerad marknad. Detta steg behöver kompletteras med andra gemenskapsåtgärder i syfte att göra det möjligt för alla försäkringstagare, oberoende av om de själva tar initiativ eller inte, att ha tillgång till varje försäkringsgivare med huvudkontor inom gemenskapen som bedriver verksamhet där med stöd av etableringsfriheten eller friheten att tillhandahålla tjänster, och att därvid garanteras ett tillfredsställande skydd.”

ORDLISTA

CDHP: Consumer-Directed Health Plans

FSAs: Flexible Spending Accounts (se bilaga 1)

HDHP: High-Deductible Health Plan, sjukförsäkring med hög självrisk (se kapitel 2)

HMOs: Health Maintenance Organisations

HRAs: Health Reimbursement Arrangements (se bilaga 1)

HSAs: Health Savings Accounts (se bilaga 1)

Medicaid:

Medicaid är USA:s största offentliga inkomstbaserade program och subventionerar vård till låginkomsttagare. Deltagande är i princip frivilligt för delstaterna, men alla ingår vilket innebär ett system med 56 separata undersystem. Varje stat/territorium definierar enligt federala regler förmåner och förmånstagare. Varje stat erhåller federala medel i proportion till sina utgifter, alltså ju större Medicaidprogram, desto mer bidrag.

Nominellt är majoriteten Medicaidmottagare barn till låginkomsttagare; i praktiken går 70 procent av utgifterna till äldre och handikappade.⁵²

Medicare:

Medicare är det obligatoriska federala systemet för äldre och handikappade. Det infördes 1965 av president Lyndon B Johnson, och ger i dag subventionerad vård till 42 miljoner amerikaner från 65 års ålder. Systemet finansieras till 90 procent av skatter, bidrag från delstaterna och federala intäkter. Sociala avgifter och premier representerar cirka 10 procent.

Medicare lider av samma problem som offentliga pensionssystem: för att täcka dess icke-finansierade framtida åtaganden skulle den federala regeringen behöva insätta 68,4 biljoner dollar på ett räntebärande konto.⁵³

NOTER

1. Konceptet uppfanns dock redan 1974 av J Hixson och P Worthington, som då arbetade på Social Security Administration. Se Cannon & Tanner 2002, sid 11; Gratzner 2005.
2. Se bl a Gennser 2008; Pinera 2009.
3. Cannon & Tanner 2002, sid 34.
4. Turner 2009, sid 4.
5. Jämför Gratzner 2005.
6. Zycher 2009, sid 1.
7. Health Maintenance Organisations (HMOs), se ordlista för beskrivning.
8. *OECD health data* 2005.
9. Cannon & Tanner 2002, sid 46.
10. Ibid, sid 38.
11. Initialt Medical Savings Accounts (MSAs); jfr information från National Center for Policy Analysis.
12. Zycher 2009, sid 8.
13. Turner 2009, sid 5. En HSA-kompatibel försäkringstagare har möjlighet att öppna ett HSA-konto.
14. Zycher 2009, sid 16.
15. Enligt Berkley, som citeras i Zycher 2009, sid 16.
16. Zycher 2009, sid 16.
17. Cannon 2006, sid 3.
18. Stark 2008; Zycher 2009.
19. Zycher 2009, sid 15.
20. Stark 2008, sid 2.

21. RAND 2006.
22. För att exkludera patienter som täcks av det federala systemet Medicare.
23. Newhouse et al, citerad i Cannon 2006, sid 12 (författarens översättning).
24. Det bör noteras att större delen av underlaget i McKinsey-studien utgjordes av Health Reimbursement Arrangements (HRAs) som är virtuella, icke-portabla samt skattemässigt mindre fördelaktiga än HSAs och. Se bilaga 1 för en mer detaljerad genomgång och jämförelse av olika lösningar.
25. Se Stark 2008, sid 7.
26. Goodman & Herrick 2006, del 1, sid 2.
27. Cannon 2006, sid 4.
28. Ibid, sid 22–23.
29. Stark 2008, sid 5.
30. Goodman & Herrick 2006, del 2, sid 1.
31. Cannon 2006, sid 6.
32. Fronstin & Collins 2008, sid 6.
- 33 Goodman & Herrick 2006, del 2, sid 4.
34. Stark 2008, sid 5.
35. Goodman 2005, sid 2.
36. AHIP Survey, citerad i Stark 2008, sid 2.
37. Cannon 2006, sid 10.
38. Se Cochrane 2009.
39. Ibid, sid 1. Författarens översättning.
40. *New York Times*, 2 december 2008, citerad i Cochrane 2009, sid 9.
41. Intervju med författaren, 6 mars 2009.
42. Intervju med Devon Herrick (NCPA), 8 april 2009.

43. Cochrane 2009, sid 11.
44. Kuttner 2008.
45. Se Munkhammar 2008.
46. Det handlar om Direktiv 92/49 som antogs av Rådet och publicerades i *Journal Officiel* den 11 augusti 1992. Se bilaga 3.
47. Se Massaro & Wong 1996.
48. Maj 2009 är växelkursen S\$ 1 = USD 0,67.
49. Bessard 2008.
50. Se Europeiska Gemenskapernas råd 1992.
51. Se Europeiska Gemenskapernas råd 1973.
52. Cannon & Tanner 2002, sid 92.
53. Cannon & Tanner 2002, sid 83.

REFERENSER

Antos, Joseph (2008), "Have health reformers forgotten Medicare?". Washington, DC: American Enterprise Institute (*Health Policy Outlook*, nr 5, juli).

Arfwedson, Jacob (2008), "Who wants to know? : direct-to-consumer advertising and patient information". New York: Center for Medicine in the Public Interest, maj, <www.cmpi.org/uploads/File/whowantstoknowDTCJan08Comb.pdf>.

Arfwedson, Jacob & Pitts, Peter J (2007), "Containing costs or restraining health care?". Luxemburg: Centre for the New Europe, maj, <www.heartland.org/custom/semod_policybot/pdf/21314.pdf>.

Bessard, Pierre (2008), Challenges of mixed-economy solutions in healthcare : the examples of Switzerland and Singapore. *Economic Affairs*, nr 4.

Bunce, Victoria Craig (2007a), "Answering your questions about health savings accounts". Alexandria, VA: Council for Affordable Health Insurance (*CAHI Issues and Answers*, nr 125, januari), <www.cahi.org/cahi_contents/resources/pdf/n125HSAQuestionsJan07.pdf>.

Bunce, Victoria Craig (2007b), "HSA state implementation report 2007". Alexandria, VA: Council for Affordable Health Insurance, mars (*CAHI Trends & Ends*), <www.cahi.org/cahi_contents/resources/pdf/TrendsEndsHSAImplementation0307.pdf>.

Bunce, Victoria Craig (2007c) "HSAs, FSAs, HRAs : which consumer-driven health care option should you choose?". Alexandria, VA: Council for Affordable Health Insurance (*Issues & Answers*, nr 124, januari), <www.cahi.org/cahi_contents/resources/pdf/n124HSAFSAHRAAugust08pdf.pdf>.

Burke, Jack P, Pyenson, Bruce S & Pipich, Rob (2008), "Growing pains : consumer-driven healthcare savings and the need for better information". *Milliman Perspective Insight Magazine*, 1 maj, <www.milliman.com/perspective/articles/growing-pains-consumer-driven05-01-08.php>.

Butler, Stuart M (2008), "Guidelines for structuring health insurance : testimony before Finance Committee, US Senate". 16 juni.

Cannon, Michael F (2006), "Health savings accounts : do the critics have a point?". Washington, DC: Cato (*Cato Policy Analysis*, nr 569, 30 maj), <www.cato.org/pubs/pas/pa569.pdf>.

Cannon, Michael F & Tanner, Michael D (2002), "Healthy competition : what's holding back health care and how to free it". Washington, DC: Cato Institute, audio, <www.learnoutloud.com/Catalog/Politics/Contemporary-Issues/Healthy-Competition/19061>.

Canopy Financial (2008), "HSA market report – Q1 2008". San Francisco, CA, <http://canopyfi.com/hsa_stat_report.pdf>.

Cochrane, John H (2009), "Health status insurance : how markets can provide health security". Washington, DC: Cato (*Cato Policy Analysis*, nr 633, februari), <www.cato.org/pub_display.php?pub_id=9986>.

Europeiska Gemenskapernas råd (1973), First council directive of 24 July 1973 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to the taking-up and pursuit of the business of direct insurance other than life assurance (73/239/EEC), <<http://eurlex.europa.eu/Notice.do?val=32356:cs&lang=sv&list=32357:cs,32356:cs,32355:cs,&pos=2&page=2&nb=13&pgs=10&hwords=&checktexte=checkbox&visu=#texte>>.

Europeiska Gemenskapernas råd (1992), **Rådets direktiv 92/49/EEG av den 18 juni 1992 om samordning av lagar och andra författningar som avser annan direkt försäkring än livförsäkring samt om ändring av direktiv 73/239/EEG och 88/357/EEG (tredje direktivet om annan direkt försäkring än livförsäkring)**. *Europeiska gemenskapernas officiella tidning*, nr L 228, 11/08/1992 sid 0001–0023, <<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31992L0049:SV:HTML>>.

Fronstin, Paul & Collins, Sara L (2008), "Findings from the 2007 EBRI/Commonwealth fund Consumerism in health survey". Washington, DC: Employee Benefit Research Institute, EBRI (Issue Brief 315, mars), <www.ebri.org/pdf/briefspdf/EBRI_IB_03-2008.pdf>.

Gennser, Margit (2008), *Pensionsreformen : ideologi och politik*. Stockholm: Timbro.

Goodman, John C (2005), "Making HSAs better". Dallas, TX: National Center for Policy Analysis (Brief analysis 518, 29 juni), <www.ncpa.org/pub/ba518>.

Goodman, John C & Herrick, Devon M (2006), "Health savings accounts : answering the critics", Dallas, TX: National Center for Policy Analysis (Brief analysis 544, 21 mars), Part 1, <www.ncpa.org/pub/ba544>. Part II (nr 545), <www.ncpa.org/pub/ba545>. Part III (nr 546), <www.ncpa.org/pub/ba546>.

Gratzer, David (2005), "What ails health care". *The Public Interest*, 21 mars, <www.manhattan-institute.org/html/miarticle.htm?id=3298>.

Gratzer, David (2008), "HSA man vs healthzilla". *Wall Street Journal*, 12 oktober.

Kuttner, Hanns (2008), "Health care : don't forget saving families \$2,500". New York: Hudson Institute, <www.hudson.org/files/publications/Kuttner%20-%20final%20lo-res.pdf>.

Massaro, Thomas & Wong, Yu-Ning (1996), "Medical savings accounts : the Singapore experience". Dallas, TX: National Center for Policy Analysis (NCPA Policy Report, 203, april), <www.ncpa.org/pub/st203?pg=12>.

Matisonn, Shaun (2000), "Medical savings accounts in South Africa". Dallas, TX: National Center for Policy Analysis (NCPA Policy Report, 234, juni), <www.ncpa.org/pub/st234>.

Matthews, Merrill (1996), "Misplaced criticisms of MSAs". Dallas, TX: National Center for Policy Analysis (Brief analysis, 203, 6 maj), <www.ncpa.org/pdfs/ba203.pdf>.

McKinsey & Company (2005), "Consumer-directed health plan report : early evidence is promising". Pittsburgh, PA (North American payor provider practice, juni), <www.ahipresearch.org/pdfs/ConsumerDirectedHealthPlanReport_Promising.pdf>.

Munkhammar, Johnny (2008), "Sjukvården kan reformeras : lär av Nederländerna!" Stockholm: Läkemedelsindustriföreningens Service AB (LIF-rapport 5), <www.lif.se/cs/E_Handel/Dokument/51A4BE43-0025-492E-BA2A-E39936B8B830.pdf>.

OECD health data (2005). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (Elektronisk tidskrift).

Pinera, José (2009), *Att ta tjuren vid hornen : en lösning på pensionskrisen*. Stockholm: Timbro, kommande.

RAND (2006), "The health insurance experiment : a classic RAND study speaks to the current health care reform debate". Santa Monica, CA: RAND Health (Research Highlights), <www.rand.org/pubs/research_briefs/2006/RAND_RB9174.pdf>.

Stark, Roger (2008), "Health care reform that works : an update on health savings accounts". Seattle, WA: Washington Policy Center (Policy Brief, augusti), <www.washingtonpolicy.org/Centers/healthcare/policybrief/HSAUpdate2008.pdf>.

Turner, Grace-Marie (2009), "Overview of the US health sector". Alexandria, VA: The Galen Institute, januari, <www.galen.org/fileuploads/OverviewUSHealthSector.pdf>.

Zycher, Benjamin (2009), "HSA health-insurance plans after four years : what have we learned?". New York: Manhattan Institute for Policy Research (Medical progress report, 8, februari), <www.manhattan-institute.org/html/mpr_08.htm>.

Hemsidor:

America's Health Insurance Plans, <www.ahip.org>

CATO Institute, <www.cato.org>

Center for Medicine in the Public Interest, <www.cmpi.org>

Council for Affordable Health Insurance, <www.cahi.org>

Hudson Institute, <www.hudson.org>

Manhattan Institute, <www.manhattan-institute.org>

National Center for Policy Analysis, <www.ncpa.org>

RAND Corporation, <www.rand.org>

US Treasury Department, <www.treas.gov/offices/public-affairs/has/>

Washington Policy Center, <www.washingtonpolicy.org>