

INNEHÅLL

Förord

1. Inledning

2. Synen på hälso- och sjukvården jämfört med andra näringar

2.1 Tre exempel

2.2 Olika synsätt för likartade företeelser

3. Myten att hälso- och sjukvården inte kan vara en tillväxtnäring

3.1 Sjukvårdens särskilda villkor

3.2 Möjligheter att skapa ekonomisk tillväxt trots tredjepartsfinansiering

3.3 Möjligheter att öka produktiviteten inom hälso- och sjukvården

4. Värdet av hälso- och sjukvårdens bidrag till samhället

4.1 Sjukvård som humankapitalinvestering

4.2 Stort värde av ökad livskvalitet och ökad livslängd

4.3 Hälso- och sjukvården räknas inte in i BNP på ett tillräckligt bra sätt

5. Hur hälso- och sjukvårdens potential som tillväxtnäring kan utvecklas

5.1 Konkurrens och tillväxt

5.2 Hur ersättningsformerna påverkar tillväxten

5.3 Hur landstingens finansieringsmonopol ger upphov till underkonsumtion

5.4 Hur kan landstingens finansiering av hälso- och sjukvård kompletteras?

6. Slutsatser

Källförteckning

Förord

Sjukvård är en sak, ekonomisk tillväxt en annan. Aldrig ska de två kunna förenas. Sjukvården är en kostnad, nödvändig för välfärdsstaten men i övrigt föga uppskattad. När sjukvårdskostnaderna ökar, och deras andel av BNP stiger, läggs många pannor i djupa veck. Någon positiv koppling till svensk tillväxt märks då rakt inte. Tvärtom, ”den tärande sektorn” motverkar försöken att få bättre fart på ”den närande”.

Ekonomisk tillväxt brukar handla om helt andra saker: bilar, IT-investeringar, exportframgångar, kanske rentav tillbehör till sjukvården. Den kraftigt ökade exporten av läkemedel från Sverige brukar dock inte ingå i detta positiva koncept; läkemedel förknippas automatiskt med kostnader och höjd landstingsskatt. Ty, som Mats Ekelund så effektfullt erinrar om i denna rapport, lovprisas svenska framgångar inom biomedicin – åtminstone så länge de inte förvandlas till nya läkemedel, som kostar mer skattepengar...

Att Timbro Hälsa valt att försöka betrakta hälso- och sjukvården som en svensk tillväxtpotential är ingen tillfällighet. Sjukvården förändras snabbt, från hierarkisk, politisk-administrativ ransoneringsapparat till ett nätverk av mångfald, utbud och konsumentvärderingar.

Vi är ännu bara i början av denna revolution: stark därför att den avspeglar välfärds människans drömmar och prioriteringar, betydelsefull därför att den kan föra med sig långt bättre medicinska resultat för alla. ”Den nya sjukvården” kommer att tvingas arbeta med ekonomiska styrmedel – det är så nätverk och decentraliserade strukturer påverkas. Och snabbt växande efterfrågan och anspråk kan bara mötas av effektivare hushållning.

När landstingen under 1990-talet började teckna avtal med vårdproducenter infördes en ny marknadslogik, skild från anslagsbudgetarnas administrativa synsätt. För varje år stärks genomslaget för förhandlingen som affärsmetod och resultatet som måttstock. Det går inte fort, och vägen långt ifrån rak, men färdriktningen är ändå entydig.

Vinst är inte bara en viktig drivkraft för vårdproducenter utan även en mätare på vad som utförs effektivt och med god kvalitet. Kring detta tycks nu finnas politisk konsensus i Sverige. Vårdproducenter och andra som levererar överlägsna resultat bör premieras och kunna växa. Med denna nya marknadsattityd följer logiskt att kapital och andra resurser bör användas där de gör störst nytta. Först med ett sådant tillväxtperspektiv kan offentliga resurser få en mer dynamisk användning.

När jag vid mitten av 1990-talet tog initiativet till nätverket Välfärdsföretagen diskuterade KPMG-konsulten Arne Björnberg och jag mycket kring möjligheten att få gehör för ett tillväxtperspektiv på hälsa och sjukvård. Nycklar var inte bara att beskriva standardhöjningen inom sjukvården, utan även en beslutsmiljö där miljontals aktörer gör sina bedömningar i stället för ett fåtal offentliga beställare. För naturligtvis måste finansieringsmetoderna avspegla den nya konsumentrollen och marknadslogiken i sjukvården.

Timbro Hälsa står för en utvecklingsoptimistisk syn på hälsa och sjukvård. Vi är övertygade om att ett samhälle befolkat av aktiva hälsokonsumenter har goda förutsättningar att möta de utmaningar som övergången från välfärdsstat till välfärdssamhälle medför. Det gäller såväl synen på vad hälsa och sjukvård är som de systemförändringar och praktiska åtgärder framtiden kräver.

Föreliggande rapport av Mats Ekelund tvingar läsaren att verkligen putsa glasögonen, ta sig en rejäl funderare på varför synen på sjukvården är som den är och om inte ett helt nytt perspektiv vore fruktbart. Jag är övertygad om att rapporten genom sina slagkraftiga exempel och oväntade resonemang ger nyttiga impulser och bidrar till att förändra vår syn på denna viktiga välfärdssektor, och att ha fokus på möjligheter snarare än hinder.

Johan Hjertqvist

Timbro Hälsa

<http://health.timbro.se>

1. Inledning

Går det att se hälso- och sjukvården som en tillväxtnäring? Många skulle spontant svara nej på den frågan. Hälso- och sjukvården diskuteras ju ofta i sammanhang där ord som kris, köer och ökade kostnader förekommer. Svaret som ges i den här uppsatsen är emellertid ”ja”.

Visst finns det problem med det sätt som dagens sjukvård fungerar. Men mycket blir också bättre. Den snabba utvecklingen inom den medicinska vetenskapen gör att hälso- och sjukvården blir allt skickligare på att behandla sjukdomar. Hur många andra näringar tar kontinuerligt fram lika eftertraktade produkter?

I ett ekonomiskt perspektiv skall alla varor och tjänster som människor värdesätter räknas in i BNP. Produktionen av organtransplantationer och huvudvärkstabletter har lika mycket att göra med ett lands välstånd som produktionen av pappersmassa och bilar. Därför bör ökad produktion av hälsa och sjukvård betraktas som en kraft för tillväxt.

Genom att anlägga ett tillväxtperspektiv på hälso- och sjukvården förskjuts fokus från problemen till möjligheterna och det blir naturligt att söka efter modeller som tillvaratar hälso- och sjukvårdens tillväxtpotential.

Somliga kanske menar att krisperspektivet är nödvändigt för att framtvunga önskvärda förändringar av hälso- och sjukvården. Att se allt för ljust på hälso- och sjukvårdens möjligheter kan ju uppfattas som ett försvar av *status quo*. Andra invänder att villkoren för hälso- och sjukvården skiljer sig så kraftigt från andra näringar att det inte är rimligt att anlägga ett tillväxtperspektiv. Hälso- och sjukvården bör utifrån dessa synsätt betraktas genom mörka glasögon.

Sådana glasögon är emellertid slipade av ett system där vanliga ekonomiska tankesätt är satta på undantag och där köer och personalflykt är hårdvaluta i förhandlingar om ökade anslag. Med denna uppsats vill jag inbjuda läsaren att i stället se hälso- och sjukvården ur den optimistiske ekonomens perspektiv. Min förhoppning är att möjligheter kan vara en minst lika bra utgångspunkt för förändringar som problem.

Uppsatsen är indelad i sex avsnitt. Avsnitt två belyser hur utvecklingen inom hälso- och sjukvården tolkas i negativa termer trots att hälso- och sjukvården uppvisar många likheter med näringar som skapar ekonomisk tillväxt. I det tredje avsnittet behandlas myten om att hälso- och sjukvården inte kan vara en tillväxtnäring därför att den i så många avseenden skiljer sig från andra näringar. Det fjärde avsnittet beskriver i ekonomiska termer de värden som hälso- och sjukvården genererar, och riskerna med att inte räkna in dem i BNP. I det femte avsnittet diskuteras hur hälso- och sjukvårdens potential som tillväxtnäring kan utvecklas ytterligare. Uppsatsen avrundas med iakttagelser och slutsatser.

2. Synen på hälso- och sjukvården jämfört med andra näringar

Det finns stora skillnader mellan hur vi ser på utvecklingen inom hälso- och sjukvården och utvecklingen inom andra näringar. Företeelser som kopplas samman med ekonomisk tillväxt i de flesta branscher tolkas i hälso- och sjukvårdens fall om till problem. I detta avsnitt ges tre exempel på hur vi betraktar hälso- och sjukvården jämfört med andra näringar. Orsaker till de skilda synsätten diskuteras.

2.1 Tre exempel

Synen på utgifter för mobiltelefoner och läkemedel

För bara 10 år sedan var mobiltelefonen en lyxvara. Det var få förunnat att äga en tegelstensliknande Ericsson eller Motorola. Priset för dessa mobiltelefoner låg i paritet med de bästa modellerna i dag. 1993 såldes sammanlagt 204 000 mobiltelefoner i Sverige. Fram till 2002 har mobiltelefonförsäljningen vuxit till 2,3 miljarder mobiltelefoner per år. I dag har nära 9 av 10 svenskar ett mobiltelefonabonnemang, privat eller genom sitt arbete.¹ Mängden tjänster som konsumeras med mobiltelefon har också ökat. Som ett resultat av att fler har mobiltelefon har den totala andelen av BNP som används till mobiltelefonköp och mobiltjänster ökat.

För industrin som utvecklar och tillverkar mobiltelefoner har den ökade efterfrågan från svenskar och andra länders konsumenter inneburit tillväxt och ökade intäkter. Under slutet av 90-talet bidrog Ericssons framgångar till att Sveriges BNP ökade. Tusentals arbetstillfällen skapades under perioden och telekomindustrin hyllades unisont av politiker, ekonomijournalister och industrialister. Få hävdade under denna snabba expansionsfas att telekomindustrin växte för snabbt, eller att hushållen använde för stor del av sina inkomster till mobiltelefoni. Tvärtom fanns en oro för att hushållen inte var beredda att spendera ännu mer, och därmed möjliggöra ännu starkare tillväxt.

Sedan början av 90-talet har den svenska läkemedelsmarknaden vuxit kraftigt. Precis som i fallet med mobiltelefoner är nya och innovativa produkter den främsta drivkraften. Antalet förskrivna recept ökade med ca 50 procent under 90-talet. Samtidigt ökade den andel av BNP som hushållen och det offentliga använder till läkemedel. Under 90-talet fördubblades utgifterna för receptläkemedel. Läkemedelsindustrin utvecklades under samma period till en av Sveriges stora exportindustrier. Sveriges export av läkemedel ökade från 7 miljarder kronor 90 till 34 miljarder kronor år 2000.²

Den ökade läkemedelsförskrivningen har i många fall inneburit stora förbättringar i människors hälsa och livskvalitet. Tre av de läkemedelsgrupper som ökat mest har också bidragit till minskad dödlighet. Exempelvis har läkemedel mot högt blodtryck respektive för höga blodfetter bidragit till minskad dödlighet i hjärtinfarkt. Introduktionen av de så kallade SSRI-preparaten mot depression har samvarierat med en nedgång i antalet självmord. Beräkningar pekar på att dessa läkemedel tillsammans

1 Mobiltelefonbranschen

2 LIF, 2001

varje år räddat livet på fler människor än antalet som dör i trafiken. Till dessa förbättringar tillkommer ökad livskvalitet för människor som har sjukdomar.³

Den växande läkemedelsmarknaden har, till skillnad från den växande telekommarknaden, väckt bekymrade reaktioner. Politiker och samhällsdebattörer har påkallat åtgärder för att stävja kostnadsutvecklingen. Att läkemedelskostnaderna stiger som andel av BNP har i sig självt setts som ett problem, och man har inte i någon större grad reflekterat över vad användningen av nya läkemedel har inneburit för patienterna.

Är det rimligt att anlägga så skilda olika perspektiv på två så likartade företeelser? I båda fallen handlar det ju om innovationer och teknikutveckling som ökar konsumentnyttan, och som ökar den mängd pengar konsumenterna är beredda att använda till förbättrade produkter.

Medicinska produkter som tillväxtfaktor i utvecklingskedet, och som kostnadspost när de används

Näringsminister Leif Pagrotsky har vid flera tillfällen talat sig varm för den svenska bioteknikindustrin som en tillväxtnäring, och jämfört den med telekomindustrin.⁴ Det har han all anledning att göra. Sverige tillhör trots sin litenhet världseliten inom bioteknik. Bioteknikklustren i Stockholm Uppsala och ”Medicon Valley” i Skåne intog under perioden 1999 till 2001 första respektive tredje placering i världen när det gäller vetenskapliga publikationer per capita inom bioteknikområdet.⁵

Från politiskt och statligt håll har det också funnits en vilja att satsa resurser som stimulerar tillväxten inom svensk biomedicinsk industri. Varje år bidrar staten med stora belopp till den medicinska grundforskningen. Staten subventionerar också riskkapital och hjälper till att marknadsföra svensk biotechindustri. En förhoppning bakom denna politik är att något av de mindre biotechföretagen en dag skall växa sig stort och bli ett nytt Astra eller Pharmacia som kan bidra till den svenska exporten och den ekonomiska tillväxten. Målsättningen är rimlig. Ett land som vill vara bland de rikaste länderna i världen bör satsa på industrier med högt förädlingsvärde.

Samtidigt som det råder stor enighet kring målsättningen att utveckla en industri som tar fram nya läkemedel, medicintekniska produkter och diagnostik är inställningen till den näring som använder de nya innovationerna och teknikerna en helt annan. Sjukvården, som köper de nya innovationerna, är själva förutsättningen för att den medicinska industrin skall kunna växa. Men den uppskattas sällan som en tillväxtnäring. När läkarna i sjukvården börjar skriva ut ett nytt innovativt läkemedel uppmärksammas främst tillväxten i kostnaderna, inte tillväxten på patientmarknaden och i konsumentnyttan. Motsvarande inställning hittar man inte i andra branscher. Ingen skulle till exempel komma på tanken att hylla utvecklandet av nya mobiltelefoner och samtidigt betrakta ökad användning av mobiltelefoner som ett problem.

Hur kan det komma sig att medicinska innovationer i huvudsak uppfattas som tillväxtbefrämjande i utvecklings- och försäljningsledet men i första hand som ett

3 Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport 2001*

4 Biotech Sweden, 2002

5 Boston Consulting Group, 2002

kostnadsproblem i konsumentledet, trots att det är där som innovationerna verkligen kommer till nytta?

Krisrubriker i pressen men bättre behandlingar för patienterna

Dåliga nyheter är goda nyheter. Utifrån en sådan logik koncentrerar sig massmedia ofta på att beskriva problem och negativa trender i samhällsutvecklingen. Positiva trender kommer bort. Inte minst sjukvården är offer för denna logik. "Kris" är ett begrepp som har genomsyrat beskrivningarna av sjukvården så länge att en stor del av den svenska befolkningen tror att sjukvården är sämre än den en gång var och att den blir lite sämre för varje år som går. (Kan man tolka ett begrepp som kris på annat sätt än att något är statt i försämring?).

Enligt en opinionsundersökning som presenterades sommaren 2001 tyckte 49 procent av svenskarna att vården blivit sämre de senaste 5 åren, medan bara 6 procent ansåg att den blivit bättre. 70 procent trodde att man i framtiden kommer att stöta på problem när man blir gammal och behöver vård.⁶ Den minnesgode kan dock påminna sig att skildringar av värdköer och patienter i sjukhuskorridorer toppade nyhetsinslagen så tidigt som i slutet av 80-talet. Har det verkligen blivit ännu sämre sedan dess, eller har de ständigt återkommande krisrepotagen skapat en felaktig bild?

Även om sjukvården brottas med problem som dålig arbetsmiljö, bristfällig produktivitetsutveckling, tillgänglighetsbrister och köer måste även de positiva sidorna lyftas fram. På flera områden har sjukvården gjort stora framsteg. Landvinningar inom medicinsk vetenskap har inneburit att många sjukdomar kan behandlas på ett bättre sätt än tidigare. Inom till exempel hjärtsjukvården ledde nya läkemedel och mer sofistikerade kirurgiska behandlingsmetoder under 90-talet till att antalet personer som dog i sviterna efter hjärtinfarkter minskade betydligt. Om de metoder som introducerades under 90-talet i svensk sjukvård hade funnits tillgängliga under hela tidsperioden hade över 3 000 patienter per år kunnat räddas.⁷

Förbättrade läkemedel och behandlingsmetoder har inte bara inneburit ökad överlevnad utan också förbättrad livskvalitet. Två exempel på förbättringar som har inneburit minskad invaliditet och funktionsnedsättning för stora patientgrupper är framstegen inom ortopedisk kirurgi och ögonsjukvård. Mellan 1987 och 1998 ökade till exempel antalet knäoperationer från 2 700 per år till 6 600 per år. För personer med ögonsjukdomen gråstarr har förbättringarna varit mycket stora. 1990 opererades ca 28 000 patienter för gråstarr. 1999 hade antalet stigit till 60 000. Samtidigt är det paradoxalt nog fler som köar till gråstarroperationer i dag än för 10 år sedan. Orsaken är att fler av dem som har gråstarr kan behandlas, och därför ges en remiss för att bli behandlade.⁸

På det hela taget är därför de som bedömer sjukvården ur ett medicinskt perspektiv ense om att sjukvården gjort betydande framsteg trots en allmän bild av "kris". Den som blir sjuk idag får oftare en bättre behandling än den som erbjöds för bara 10 år sedan. Samtidigt som det är nödvändigt att nyansera bilden av sjukvården finns det ingen anledning att slå sig till ro. Förbättringstakten kan öka. Man bör emellertid fråga sig varför framstegen inom sjukvården inte har kommit fram på ett tydligare

6 Vårdförbundet, 2001

7 Socialstyrelsen, 2001

8 Socialstyrelsen, 2001

sätt. Varför har inte sjukvården uppmärksamats för den tillväxt den bidrar med i termer av ökad hälsoproduktion?

2.2 Olika synsätt för likartade företeelser

Med de tre exemplen ovan har jag velat visa hur hälso- och sjukvården ofta betraktas ur ett annat perspektiv än det som läggs på andra näringar. I de närmaste identiska företeelser tolkas på helt olika sätt därför att det i ena fallet rör sig om elektronikvaror och i det andra fallet om hälso- och sjukvård. Varför uppfattas ökade utgifter för nya mobiltelefoner och mobiltelefonitjänster som något huvudsakligen positivt men ökad användning och ökade utgifter för nya sjukvårdsbehandlingar som något huvudsakligen problematiskt? Hur kommer det sig att medicinska innovationer förvandlas från tillväxtmotor till kostnadspost i det ögonblick de börjar användas för att bota eller mildra effekterna av sjukdomar? Varför har den mediala beskrivningen av sjukvården så ensidigt beskrivit problemen och i så liten utsträckning skildrat framstegen?

Det vanligaste svaret på dessa frågor är att lyfta fram de förhållanden som är unika för sjukvården. Det hävdas att sjukvård inte går att jämföra med tillverkning av mobiltelefoner eller Volvobilar. När en innovation omsätts till produkter inom telekomindustrin sker det på helt andra villkor än när en innovation används för att förbättra en behandling inom sjukvården. Hälso- och sjukvård är något som finansieras av det offentliga, inte av enskilda personer. Riskerna med överkonsumtion och ökade kostnader för skattebetalarna måste beaktas.

Detta är i och för sig helt riktiga iakttagelser men det finns ingen anledning att nöja sig med dessa förklaringar. Även om hälso- och sjukvården verkar under andra villkor behöver detta i sig inte vara ett skäl för att betrakta sjukvården ur ett helt annorlunda perspektiv. Även om det finns en mängd särskilda hänsyn att ta när vi utformar hälso- och sjukvårdssystemet behöver dessa i sig inte vara tillväxthämmande. Det kan ju vara så att sättet att organisera och finansiera sjukvården leder till att fokus flyttas från tillväxtmöjligheter till systemproblem.

Om mobiltelefoner tillhandahölls av landstinget

Låt oss säga att landstinget tillhandahöll och var huvudsaklig finansiär av mobiltelefoner, och att landstinget skötte denna uppgift på samma sätt som det tar hand om sjukvården.

Den som ville ha en ny mobiltelefon fick uppsöka någon av landstingets servicestationer. För att uppsöka en servicestation krävdes att personen var listad vid den servicestation som personen sökte upp. Servicestationerna var öppna under kontorstid (ej helger). Den som behövde en mobiltelefon akut fick uppsöka någon av landstingets akutservicestationer. Mobiltelefoner kunde hämtas ut kostnadsfritt, men landstinget bestämde vilken typ av mobiltelefon den enskilde skulle få.

Efterfrågan på mobiltelefoner skulle vara hög. Varje gång som Sony-Ericson, Nokia eller någon av de andra stora tillverkarna lanserade en ny modell, skulle en stor andel av befolkningen söka sig till någon av de servicestationer de tillhörde. (Om de hade ett arbete att utföra dagtid skulle de vara tvungna att sätta sig på någon av landstingets akutservicestationer). För landstingets del skulle de nya modellerna orsaka stegrande utgifter. Ganska snabbt skulle landstingets huvudsakliga problem vara att begränsa

kostnadsökningstakten som orsakades av befolkningens efterfrågan på ständigt nya modeller.

Ett sätt att begränsa kostnadsökningstakten, som sannolikt skulle användas, är att landstinget satte ett tak för varje servicestation som begränsade antalet mobiltelefoner servicestationen kunde dela ut. En annan trolig lösning är att antalet servicestationer begränsades för att därigenom minska tillgängligheten och förhindra onödig mobiltelefonuthämtning.

Ganska snart skulle köer ringla sig långa utanför servicestationerna, och på akutstationerna skulle väntrummen vara överfulla. Personalen skulle gå på knäna på grund av svårigheterna att ta hand om alla kunder som översvämmade stationerna. Personalen skulle också slitas mellan sin lojalitet med kunderna och landstingsledningens krav på dem att begränsa kostnaderna. Servicestationer som effektiviserade sin verksamhet, och därigenom kunde dela ut fler mobiltelefoner med samma mängd personal, skulle upptäcka att detta bara ledde till ökade svårigheter att hushålla med det begränsade antalet mobiltelefoner. Alla försök att effektivisera verksamheten skulle så småningom skulle upphöra.

Nya förbättrade mobiltelefonmodeller skulle tas emot med blandade känslor av landstingsledningen, som för varje ny modell såg framför sig ökade ekonomiska bekymmer. Massmedia skulle få upp vittringen på de problem som hopades kring landstingens mobiltelefonverksamhet. Tidningsrubriker kring landstingens växande underskott, människor som trots stora behov köat i flera dygn, personal som gick på knäna, etc skulle frammana bilden av en bransch i kris. Om den nationella ekonomiska statistiken dessutom räknade det bidrag landstingens utbud av mobiltelefoner gav till BNP utifrån vad mobiltelefonerna kostade, utan att väga in förbättringar i kvaliteten på mobiltelefonerna och den ökade nytta de innebar för konsumenterna, skulle ingen tala om det hela som en tillväxtnäring. Tvärtom skulle landstingens mobiltelefonverksamhet beskrivas som ett stort samhällsproblem. Uppmärksamheten skulle försvinna från det faktum att medborgarnas mobiltelefoner under de senaste tio åren faktiskt hade blivit bättre.

3. Myten att hälso- och sjukvården inte kan vara en tillväxtnäring

Det finns två huvudsakliga skäl för att ifrågasätta hälso- och sjukvårdens möjligheter som tillväxtnäring. Det ena bygger på att de speciella förhållanden som hälso- och sjukvården verkar under ger effekter som hämmar möjligheterna att åstadkomma ekonomisk tillväxt. Framför allt gäller det tredjepartsfinansieringen och risken för överkonsumtion som denna medför. Det andra skälet handlar om att det inte går att genomföra produktivitetshöjningar i hälso- och sjukvården i samma utsträckning som inom andra näringar. I detta avsnitt undersöks om de särskilda villkoren verkligen utgör tillväxthinder.

3.1 Sjukvårdens särskilda villkor

Varför organiserar vi inte sjukvården på samma sätt som vi organiserar mobiltelefonmarknaden om det nu är så att hälso- och sjukvårdssystemet bara orsakar köer och problem?

Det finns flera skäl till detta. En viktig skillnad är att enskilda själva kan fatta kvalificerade beslut om vilken mobiltelefon som är bäst utifrån deras behov. Detsamma gäller inte alltid för sjukvård. Att avgöra vilken behandling som bör sättas in i en viss situation är i de flesta fall ett beslut som måste överlåtas åt en läkare. Någon form av kontrollmekanism behövs som ser till att behandlingen är befogad och att den utförs med hög kvalitet. Det förmodligen viktigaste skälet att organisera sjukvården annorlunda är dock att mobiltelefoner, till skillnad från sjukvård, inte är en livsnödvändig vara, (även om många tonåringar skulle hävda motsatsen).

De flesta accepterar att somliga inte har råd att köpa mobiltelefon, men få accepterar att vissa människor inte får den sjukvård de behöver. Därför har det i de flesta länder skapats lösningar som gör det möjligt för enskilda att konsumera sjukvård även när kostnaderna är högre än den enskilda kan betala vid vårdtillfället. I somliga länder innebär det att individerna skaffar sig sjukvårdsförsäkringar som täcker merparten av kostnaderna vid sjukvårdskonsumtion (med eller utan finansiering av staten). I andra att det offentliga både producerar och finansierar sjukvården. Att en tredje part finansierar sjukvården i stället för individen har viktiga följder.

- När den enskilda köper en mobiltelefon väger hon kostnaderna för mobiltelefonen mot vad samma pengar kan köpa i termer av andra varor och tjänster. Sjukvården konsumeras på bekostnad av det offentliga eller en sjukvårdsförsäkring. Det innebär att den enskilda har incitament att välja att utföra ett läkarbesök eller att genomgå en behandling även när hon skulle föredra att använda de pengar som sjukvårdstillfället kostade till något annat. Ett ofta refererat experiment som kvantifierar riskerna för överkonsumtion är The RAND Health Insurance Experiment. I detta valdes två populationer slumpmässigt ut. Den ena var fullt försäkrad och betalade ingenting för den sjukvård som konsumerades. I den andra populationen fick varje hushåll betala de första 1000 dollar av sjukvårdskostnaden ur egen ficka. Som en följd av de skilda incitamenten var sjukvårdskonsumtionen i den förra gruppen 40 procent högre än den senare, samtidigt som skillnaden i hälsoutfall mellan de två grupperna var försumbar.⁹ Ett annat exempel är när Stockholms läns landsting 1996 avskaffade patientavgiften för barnakutbesök

⁹ Manning et al, 1987

samtidigt som det fortfarande kostade 120 kronor att besöka en vårdcentral. På kort tid ökade antalet akutbesök kraftigt. När avgiften senare återinfördes föll antalet besök tillbaka till nivån som rådde tidigare.

- Eftersom vårdgivaren har ett kunskapsövertag gentemot patienten, och eftersom patienten sällan betalar hela sjukvårdskostnaden ur egen ficka, har vårdgivaren möjlighet att öka sina intäkter genom att ge för mycket vård eller genom att sätta in en onödigt dyr behandling. Detta fenomen kallas *supplier-induced demand* och har studerats i verkligheten. I en ofta citerad amerikansk studie lät man en panel bestående av 9 läkare bedöma 5 000 patientjournaler för att sedan avgöra om de behandlingar som satts in var nödvändiga. I 22 procent av fallen ansåg en majoritet av läkarna i panelen att behandlingarna inte borde ha genomförts. I cirka 12 procent av fallen var åtminstone 7 av 9 läkare eniga om att behandlingen hade varit onödig.¹⁰
- Då hälso- och sjukvården till större delen finansieras av skatter innebär den en kostnadsbörda för samhället i stort. Eftersom skatterna tas ut på enskildas arbetsinkomster hämmas arbete, vilket i sin tur ger upphov till minskad ekonomisk tillväxt. Det mest tillväxtbefrämjande kan därmed synas vara att i så stor grad som möjligt hålla nere hälso- och sjukvårdens andel av statens utgifter.

3.2 Möjligheter att skapa ekonomisk tillväxt trots tredjepartsfinansiering

Det finns flera skäl till att organisera hälso- och sjukvården på ett annorlunda sätt än marknaden för mobiltelefoner. Särskilt finns det starka skäl till att finansiera konsumtionen av sjukvårdstjänster på ett annat sätt. Lösningarna med olika typer av tredjepartsfinansiering; via försäkringsbolag eller genom det offentliga som finansier och producent, ökar risken för överkonsumtion av hälso- och sjukvård på skattebetalarnas bekostnad.

Eftersom tredjepartsfinansiering är en egenskap hos alla sjukvårdssystem har risken för överkonsumtion kommit att spela en stor roll i debatten om sjukvårdskostnaderna. Många reformer har föreslagits för att med olika mekanismer få ned överkonsumtion av sjukvård, utan att samtidigt förhindra människor med verkliga behov får den vård de behöver. I flera länder har detta skett genom ransonering med köer och minskad tillgänglighet. Modellen är inte helt olik den som genom systembolaget tillämpas på alkoholområdet.

Utgångspunkten har varit att överkonsumtionen orsakar kostnadsproblemen. Denna utgångspunkt förklarar varför ökade sjukvårdsutgifter ofta uppfattats som något negativt. De har ju inneburit att sjukvårdens andel av BNP rört sig ytterligare en bit från den eftersträvade nivån.

Den viktiga och berättigade diskussionen om hur man skall gå tillväga för att förhindra överkonsumtion tenderar emellertid att skymma frågan om hälso- och sjukvården som en potentiell tillväxtnäring. Att överkonsumtion av hälso- och sjukvård kan förekomma betyder inte att hälso- och sjukvård inte samtidigt kan skapa ekonomisk tillväxt genom att tillföra ökade värden i termer av bättre eller mindre kostsamma behandlingar. Ett exempel kan beskriva varför:

10 Chassin, red, 1989

Låt oss säga att ett visst sjukhus för varje tiotal patienter vårdar en som egentligen inte behöver vård. Det skulle betyda att kostnaden för sjukhusets vård i genomsnitt var 10 procent för hög. Det vore lätt att fastna vid detta faktum och i första hand fokusera på hur denna överkonsumtion skulle kunna åtgärdas. Men samtidigt som det förekommer överkonsumtion kan det också ske förändringar i sjukhusets verksamhet, som ökar värdet av den vård de övriga nio patienterna ges.

Om sjukhuset till exempel introducerade en ny och bättre behandlingsmetod, så att patienterna blev återställda på två i stället för fyra dagar, så skulle detta utan tvivel vara en förbättring av sjukhusets behandlingsresultat.

Om sjukhuset kunde genomföra denna förbättring utan att kostnaderna per utförd behandling samtidigt ökade, skulle sjukhusets produktivitet också öka.

Sjukhuset skulle fortfarande ha en tiondel onödiga kostnader, men värdet av sjukhusets produktion, det vill säga sjukhusets bidrag till BNP skulle ha ökat med lika mycket som värdet av de inbesparade sjukdagarna.

Det faktum att sjukhuset vårdade en person av tio helt i onödan skulle heller inte med automatik betyda att de totala sjukvårdskostnaderna var för höga. Teoretiskt skulle det ju kunna finnas två personer för varje person som fick onödig vård, som hade sjukvårdsbehov vilka inte tillgodosågs. Till exempel skulle den nya förbättrade behandlingsmetoden på sjukhuset kunna innebära att antalet personer som var möjliga att behandla hade ökat, men att sjukhuset av olika skäl inte hade fått möjlighet att tillgodose dessa behov.

Sjukvården kan alltså öka sin produktivitet och därmed bidra till den ekonomiska tillväxten, även om det förekommer överkonsumtion i systemet. Överkonsumtion kan också existera parallellt med underkonsumtion. De särskilda problem som tredjepartsfinansieringen ger upphov till innebär visserligen onödiga kostnader för samhället. Men de innebär inte i sig själva att det inte är möjligt att öka kvaliteten och volymen på den hälso- och sjukvård som produceras, i förhållande till vad hälso- och sjukvården kostar.

3.3 Möjligheter att öka produktiviteten inom hälso- och sjukvården

En förutsättning för att sjukvården skall kunna bidra med ekonomisk tillväxt är att värdet av de tjänster som sjukvården producerar ökar snabbare än kostnaderna för att producera dem. För många ter sig detta som en omöjlig ekvation. Enligt ett utbrett synsätt kan värdet av den sjukvård som produceras bara öka genom att fler läkare och annan sjukvårdspersonal anställs. Alternativet är att sjukvårdsinsatserna ökas genom att läkarna opererar fortare och att sjuksköterskorna springer snabbare i korridorerna. Något som ter sig absurt. En parallell kan dras till hårklippningar. Det finns en övre gräns för hur många personer en frisör kan klippa under en dag. Eftersom frisörernas lön måste stiga i samma takt som alla andra löntagares inkomster kommer priset på hårklippningar att öka snabbare än inflationen, och därför relativt sett bli dyrare.

Att jämföra sjukvård med hårklippningar bortser dock från en viktig skillnad mellan sjukvård och annan tjänsteproduktion. Mer operations- och omvårdnadstid skulle i sig ha mycket liten effekt på den hälsoförbättring som hälso- och sjukvården försöker åstadkomma hos patienterna. Behandlingsresultatet vid en sjukvårdsinsats är mer beroende på den teknik och det medicinska kunnande som ligger bakom insatsen.

- Teknisk utveckling kan innebära att man kan behandla en sjukdom till lägre kostnad. Ett exempel är behandlingen av magsår. Förskrivning av magsårsmedicin är en betydligt billigare behandlingsmetod än operation.
- Behandlingseffekten kan öka till oförändrad eller minskad kostnad för sjukvården. Icke-invasiva metoder innebär att man undviker mer omfattande ingrepp till exempel genom att ett instrument förs in i ett hål som gör det möjligt att genom en blodåder nå fram till den punkt som behöver behandlas. Jämfört med att göra mer omfattande ingrepp innebär de låginvasiva teknikerna minskad risk för komplikationer. Följden är inte bara förbättrade behandlingsresultat utan i många fall också lägre behandlingskostnader. Genom att patienten kan lämna sjukhuset tidigare minskar kostnader för vård dagar på sjukhuset.
- Behandlingsresultatet kan förbättras så mycket att värdet av behandlingen ökar mer än kostnaden. Ett sådant exempel är de migränläkemedel som kom ut på marknaden under 90-talet. Kostnaden för en daglig dos är ca 50 kronor vilket är många gånger mer än priset för vanliga huvudvärkstabletter. Samtidigt innebär behandlingen att migränen kan hävas vilket medför att den drabbade kan undvika sjukskrivning. Även om behandlingen är dyrare än huvudvärkstabletter, är räddade arbetsdagar och frånvaron av svår smärta, värda den ökade kostnaden.
- Organisatoriska förändringar kan öka produktiviteten. Det kan handla om allt ifrån förbättringar av arbetsmiljön, som leder till minskad sjukfrånvaro och personalomsättning, till effektivare schemaläggning etc.

En jämförelse mellan den medicinska näringen och andra näringar visar att läkemedelsindustrin och den medicintekniska industrin är mycket forskningsintensiva. Läkemedelsindustrin investerar ca 13 procent av sina försäljningsintäkter i forskning och utveckling av nya läkemedel. För den medicintekniska industrin är motsvarande siffra ca 7 procent. Det gör den medicinska industrin till en av de mest forskningsintensiva industrierna, med större investeringar än flygindustri, elektronik, och kemisk industri.¹¹ Förutsättningarna är därför goda för att sjukvården fortsättningsvis skall kunna bidra till ekonomisk tillväxt, genom kostnadsbesparande och kvalitetshöjande behandlingsmetoder.

11 Rosenberg, 1994

4. Värdet av hälso- och sjukvårdens bidrag till samhället

Om sjukvårdens bidrag till den ekonomiska tillväxten främst ligger i dess möjligheter att erbjuda allt bättre behandling av sjukdomar, så är frågan om dessa behandlingars ekonomiska värde av största vikt. Några beräkningar visar att dessa värden är omfattande. Samtidigt finns brister i det sätt som förbättringar inom hälso- och sjukvården räknas in i BNP. Detta avsnitt diskuterar dessa värden och eventuella brister i BNP-måttet.

4.1 Sjukvård som humankapitalinvestering

Ekonomer betonar att utbildning är ett sätt att utveckla humankapitalet. Goda kunskaper och utbildning är därmed en förutsättning för ekonomisk tillväxt. På samma sätt kan man betrakta investeringar i hälso- och sjukvård. Genom att behandla onda ryggar, bota eller förhindra cancer, hjärtinfarkter, psykiska sjukdomar etc, bevaras det humana kapitalets produktionsförmåga. För 1999 beräknades samhällets totala kostnader för sjukdomar till ca 300 miljarder kronor. Av dessa kostnader utgjorde de direkta kostnaderna för slutet och öppen vård, samt läkemedel, ca 120 miljarder kronor. Det innebär att de indirekta kostnaderna, som beräknas som produktionsbortfallet till följd av sjukdom, uppgick till ca 180 miljarder kronor.¹² Dessa 180 miljarder utgör den potentiella ekonomiska vinsten av att kunna behandla alla sjukdomar som drabbar den arbetsföra befolkningen.

4.2 Stort värde av ökad livskvalitet och ökad livslängd

Forskarna David Cutler och Elisabeth Richardsson beräknade värdet av den ökade hälsan i USA mellan åren 1970 och 1990.¹³ Till att börja med undersökte de tio av de vanligaste sjukdomstillstånden för vilka det finns tillförlitliga data under tidsperioden. Det visade sig att förekomsten av de flesta av dessa sjukdomar hade ökat i befolkningen, samtidigt som medellivslängden ökat. Detta tolkades som att sjukvården förbättrats för dessa sjukdomsgrupper. Eftersom man kontinuerligt följt upp hur befolkningen – även de sjuka – bedömde sitt eget hälsotillstånd, kunde man också studera hur personerna inom de olika sjukdomsgrupperna upplevt sitt hälsotillstånd.

Det visade sig att den upplevda hälsan förbättrades något, i vissa fall kraftigt, för de tio sjukdomsgrupperna mellan åren 1970 och 1990. Detta indikerar att förbättrad sjukvård inte bara ökade medellivslängden utan också livskvaliteten hos de sjuka. Till sist gjorde forskarna ett försök att uppskatta värdet av hälsoförbättringen i ekonomiska termer. Till grund för uppskattningen låg antagandet att ett extra levnadsår med full livskvalitet är värt 100 000 dollar*. Utifrån detta antagande uppskattades värdet av förbättringen i den amerikanska befolkningens medellivslängd och hälsotillstånd till mellan 100 000 och 200 000 dollar per person för den studerade perioden. Samtidigt ökade kostnaderna för sjukvård mellan 20 000 och 34 000 dollar per person.

12 Socialstyrelsen, *Hälsa på lika villkor – mål för den nationella folkhälsan 2000*

13 Cutler & Richardsson, 1997

* Att sätta ett ekonomiskt värde på ett levnadsår är ingen exakt vetenskap. Det finns olika mätmetoder, alltifrån att fråga folk vad de skulle vara villiga att betala för ett extra levnadsår till att dra slutsatser utifrån den lönekomensation som folk kräver för att ta riskfyllda jobb. Dessa olika mätmetoder ger resultat inom ett brett spann.

Även om inte hela ökningen i medellivslängd och upplevt förbättrat hälsotillstånd med säkerhet kunde hänföras till förbättrad sjukvård, (andra insatser som ökad trafiksäkerhet etc kan också ha spelat roll), och även om det är svårt att sätta ett ekonomiskt värde på ökad medellivslängd, så pekar studien på att ökningen i sjukvårdskostnader kan ha betalat sig flera gånger om.

I en annan undersökning studerade Frank R Lichtenberg¹⁴ effekterna på ökad livslängd av innovationer på läkemedelsområdet för perioderna 1970–80 och 1980–91. Genom att undersöka sambandet mellan läkemedelsinnovationer inom olika sjukdomsgrupper och dödligheten inom dessa sjukdomsgrupper konstaterade han ett samband mellan ökad användning av innovativa läkemedel och minskad dödlighet för flera sjukdomar. Utifrån ett mycket försiktigt antagande om att det genomsnittliga värdet av ett vunnit levnadsår uppgår till ca 16 000 dollar, beräknades värdet av läkemedelsinnovationerna till ca 27 miljarder dollar årligen för USA:s befolkning. Ser vi till livsinkomsten motsvarar dessa 27 miljarder dollar sålunda en årlig ökning om 0,75–1 procent. Detta skall ställas mot kostnaderna för att utveckla de nya läkemedlen, som uppgick till en engångskostnad på 14 miljarder dollar.

4.3 Hälsa- och sjukvården räknas inte in i BNP på ett tillräckligt bra sätt

För att sjukvårdens bidrag till den ekonomiska tillväxten skall kunna uppmärksammas krävs ekonomiska mätmetoder som beskriver de värden som hälso- och sjukvården är med om att skapa.

BNP definieras som värdet på alla varor och tjänster som produceras i ekonomin. Ekonomisk tillväxt beräknas i termer av hur mycket värdet av de producerade varorna och tjänsterna ökar varje år. Detta kan göras genom att ta utgifterna för en kategori varor eller tjänster och dividera dem med förändringen i prisindex för dessa varor. Att räkna ut BNP och BNP-tillväxt är en mindre exakt vetenskap än man föreställer sig. En av de svårare frågorna att lösa är hur man skall ta hänsyn till kvalitetsförbättringar hos de produkter som produceras. Om exempelvis datorer kostar lika mycket idag som de gjorde för fem år sedan, men om dagens datorer är dubbelt så snabba, hur skall då denna kvalitetsförbättring räknas in i BNP? Ekonomer besvarar frågan genom att uppskatta hur mycket mer marknaden skulle vara villig att betala för de nya datorerna jämfört med de gamla. Om marknaden är beredd att betala 10 procent mer samtidigt som priset är oförändrat, har prisindex för datorer minskat med 10 procent. Även om de totala utgifterna för datorer varit oförändrat, har bidraget till BNP ökat eftersom prisindex har fallit.¹⁵

Det ligger nära till hands att anta att sjukvårdens bidrag till BNP räknas ut på samma sätt som för andra varor och tjänster. Verkligheten är emellertid långt ifrån idealet. I USA, där ökade sjukvårdskostnader varit en het policyfråga under många år, används sjukvårdens del av konsumentprisindex ofta i debatten. Flera observatörer har påpekat att konsumentprisindex för sjukvård ökat mer än konsumentprisindex för andra varor och tjänster. Mellan 1980 och 1990 ökade priserna för sjukvård dubbelt så snabbt som priserna för andra varor och tjänster. Tolkningen av detta har varit att amerikanerna tvingats betala mer för sjukvård utan att nödvändigtvis får mer sjukvård för pengarna. Det sätt på vilket konsumentprisindex för sjukvård räknades ut i USA under denna

14 Lichtenberg, 1998

15 Exemplet hämtat från Blanchard 1997

period, visar dock att detta är en tolkning som baseras på ett mycket otillförlitligt mått på inflationen.

De priser som detta sjukvårdsprisindex baserades på är priserna för sådant som en vårdplats på ett sjukhus under ett dygn, ett läkarbesök eller ett läkemedel. Anta att en ny behandlingsmetod införs som innebär att behandlingstiden på sjukhus för ett antal olika diagnoser minskar från tre dagar till en dag. I så fall innebär detta betydligt lägre total behandlingsskostnad. Ett adekvat prisindex skulle därför ha registrerat ett kraftigt prisfall för denna typ av behandlingar. Men eftersom prisindexet mäter pris per vård dag i stället för det mer komplicerade måttet pris per behandling, innebär detta att priset inte påverkades. Tvärtom är det sannolikt att priset per vård dygn ökade eftersom det bara var patienter med de mest komplicerade sjukdomsfallen som behövde tillbringa längre tid på sjukhus.

Metoden att räkna ut förändringar i sjukvårdspriser ändrades för ett par år sedan. Numera samlar statistikmyndigheterna in data som beskriver priset för behandlingar utförda i olika diagnosgrupper. Fortfarande saknas dock en systematisk metod för att ta hänsyn till förbättrade behandlingsresultat tack vare bättre behandlingsmetoder, varför sjukvårdsprisindex fortfarande överskattar sjukvårdsprisernas ökningstakt och underskattar sjukvårdens bidrag till BNP.

Det sätt på vilket den svenska sjukvårdens bidrag till BNP räknas ut är om möjligt än grövre än i USA. Ett problem är att den svenska sjukvårdens bidrag till BNP inte kontinuerligt prissätts. Därför är det nästan omöjligt att skapa ett prisindex. Lösningen har varit att schablonmässigt beräkna sjukvårdens bidrag till BNP utifrån kostnadssidan. Det innebär att hälso- och sjukvårdens bidrag till BNP sätts lika med vad den kostar. Det säger sig självt att en sådan metod är djupt otillfredsställande. Introduktionen av nya och ibland omfattande förbättringar i behandlingsmetoder ger inga utslag på sjukvårdens bidrag till BNP. De i många fall betydande förbättringar i behandlingsresultat som svensk sjukvård åstadkommit under de senaste 10 åren, speglas över huvud taget inte med de beräkningsmetoder som används.

De metoder som tillämpas för att beskriva sjukvårdens bidrag till BNP i Sverige och andra länder innebär systematiska feltolkningar av sjukvårdens bidrag till BNP. Om tillväxten är hög inom sjukvården, exempelvis genom att kvaliteten på behandlingarna ökar, ger det inte några utslag i tillväxtstatistiken. Inte heller om produktiviteten faller kan detta avläsas i tillväxtstatistiken. En schablonmässig beskrivning av sjukvårdens bidrag till BNP innebär att en viktig del av Sveriges näringsliv tappas bort i diskussionerna kring hur Sveriges ekonomiska tillväxt kan förbättras.

Sjukvården bör i större utsträckning mätas och värderas för att på allvar börja räknas som en potentiell tillväxtnäring. En förändring som skulle kunna påskynda en sådan utveckling är att sjukvården i större utsträckning börjar betalas utifrån den vård som produceras i stället för genom fasta anslag (mer om detta senare). Med ersättning utifrån det som faktiskt utförs följer mer detaljerad statistik, som bättre beskriver vad sjukvården bidrar med. Det behövs också en prissättning av vårdinsatser som bättre speglar vad olika behandlingar kostar och hur de värderas. Det förutsätter i sin tur ett system där en mångfald av vårdgivare konkurrerar om att få utföra tjänster åt flera uppdragsgivare som olika landsting, försäkringskassa, kommuner samt utländska och svenska försäkringsbolag.

5. Hur hälso- och sjukvårdens potential som tillväxtnäring kan utvecklas

Hälso- och sjukvården bidrar med enorma värden till medborgarna. Den snabba medicinska utvecklingen gör att vi kan räkna med ytterligare förbättringar i framtiden.

Sjukvården kan generera ökade värden på flera sätt:

- Genom att använda nya metoder, ny teknik eller genom att organisera verksamheten bättre, kan en sjukvårdsgivare producera mer sjukvård till samma, eller lägre, kostnad.
- Genom att behandla patienter som är sjukskrivna, handikappade etc kan sjukvården minska samhällets kostnader för socialförsäkringssystemet och den offentliga omsorgen.
- Genom att använda nya behandlingsmetoder kan det medicinska utfallet av en behandling förbättras, så att värdet av behandlingen ökar mer än kostnaden för att utföra den.

Utifrån ett tillväxtperspektiv är det naturligt att fråga hur hälso- och sjukvårdssystemet bör utformas för att främja de olika sätten att generera värden. Två centrala frågor tas upp i det här avsnittet:

Vilka incitaments- och konkurrensförhållanden främjar tillväxt?

Vilka finansieringskällor kan tas tillvara för att skapa tillväxtfrämjande efterfrågan.

5.1 Konkurrens och tillväxt

Innovationer som ger upphov till nya produkter och industriella processer är en förutsättning för ekonomisk tillväxt. Den österrikiske ekonomen Joseph Schumpeter beskrev den ekonomiska tillväxten som en process av kreativ förstörelse; där befintliga produkter, företag och hela marknader ”förstörs” och kontinuerligt ersätts av produkter och företag som är bättre och effektivare.¹⁶

Trots att hälso- och sjukvården karaktäriseras av snabb innovationstakt ges mycket lite utrymme för kreativ förstörelse.

Anslagsfinansiering och hårt styrd prestationsersättning har förhindrat mer flexibla och effektiva aktörer från att ta marknadsandelar från de mindre effektiva sjukhusen. Detta illustreras inte minst av de prisskillnader som kan existera mellan olika sjukvårdsgivare utan att det får några större följder för sjukvårdsgivarnas tillväxt och storlek. Även om prisskillnaderna i viss mån beror på att man på olika sjukhus räknar in olika saker i priset, och att priserna därför inte är helt jämförbara, indikerar de stora skillnaderna att konkurrensen inte tillåts verka fullt ut.

16 Schumpeter, 1942

Kostnaden för en ny höftled	Pris
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	102 000
Akademiska sjukhuset	87 000
Skånska sjukhus (snittpris)	82 000
Sophiahemmet	75 000
Sabbatsbergs sjukhus	70 000
S:t Görans sjukhus	68 000
Karolinska sjukhuset	60 000
Ortopediska huset	50 000

Källa: Söderström & Lundbäck 2002

Strävan efter att slå ihop mindre sjukhus och skapa storskaliga supersjukhus minskar också konkurrens- och omvandlingstrycket. Forskningen om sjukhusstorleken betydelse pekar på att ”supersjukhusen” är mer stelbenta och svårare att styra, vilket leder till att de ofta är mindre effektiva jämfört med de mellanstora sjukhusen.¹⁷

Om hälso- och sjukvården skall utvecklas som tillväxtnäring bör den kreativa förstörelsen få spela större roll. Det innebär att mer utrymme bör ges för olika konkurrensmoment så att innovativa aktörer kan ta marknadsandelar från mindre effektiva aktörer.

5.2 Hur ersättningsformerna påverkar tillväxten

Olika sätt att betala sjukhusen och läkarna får olika effekter på den sjukvård som produceras, och därmed sjukvårdens bidrag till den ekonomiska tillväxten. En skiljelinje går mellan betalningsmodeller som belönar sjukvårdsgivarna utifrån vad de presterar, och betalningsmodeller som ger sjukvårdsgivarna ett fast anslag oavsett produktion.

Anslagsfinansiering är tillväxthämmande

Det vanligaste sättet att betala offentliga sjukvårdsgivare i Sverige var fram till början av 90-talet att ge ett fast anslag, oavsett den mängd vård som producerades. Denna modell har en rad brister när det gäller att skapa incitament för ekonomisk tillväxt.

För en anslagsfinansierad sjukvårdsgivare är det viktigaste ekonomiska målet att kostnaderna för verksamheten inte överstiger anslaget. Eftersom ökad behandlingsvolym inte påverkar intäkterna för ett anslagsfinansierat sjukhus, kan budgetbalans bara nås genom att kostnaderna begränsas. Sjukhusledningen blir tvungen att hålla tillbaka verksamhet som hotar att leda till ökade kostnader – även sådan verksamhet som leder till ökade behandlingsvolym.

Anslagsfinansiering kan i vissa fall innebära negativa incitament som motverkar introduktionen av produktivitetshöjande åtgärder och tekniker. Anta att en klinik vill införa en ny behandlingsmetod som innebär att samma mängd personal kan behandla

¹⁷ Söderström & Lundbäck, 2002

ett större antal patienter. Anta vidare att denna behandlingsmetod bara kan införas om sjukhuset också köper in en ny medicinteknisk apparat. Klinikchefen har räknat ut att det ökade antal patienter som kan behandlas blir så stort att kostnaden per behandling blir lägre, trots den ökade kostnaden för apparaten. Kommer ett anslagsfinansierat sjukhus att köpa den nya apparaten och införa den nya behandlingsmetoden? Svaret kan mycket väl bli nej. Detta beroende på att sjukhusets kostnader ökar med den nya apparaten utan att sjukhuset kan ta betalat för den ökade mängden behandlingar som kan utföras.

Det sätt på vilket anslagen till sjukhusen fördelas kan motverka incitamenten för att höja produktiviteten. Med anslagsfinansiering kan det vara en nackdel för sjukhuset att införa en effektivare behandlingsmetod, även om den inte medför några extra kostnader. När politikerna skall fördela anslagen mellan sjukhusen är det troligt att de ökar anslagen mest för de sjukhus som har de längsta köerna och de största problemen att nå sina produktionsmål, inte de som med rådande budget klarar att minska köerna.

Prestationsersättning ger bättre incitament

Om sjukhus och läkare ersätts för den vård de producerar i stället för att ges fasta anslag, förändras incitamenten att ge sjukvård. Ett sjukhus som kan öka sin produktion av sjukvård ökar också sina intäkter. Om sjukhuset förbättrar sina behandlingsresultat skapar det möjlighet att höja ersättningen för dessa behandlingar. Detta stimulerar sjukhuset att introducera ny teknik och bättre behandlingsmetoder. Sjukhus som kan minska kostnaden för en viss behandling belönas genom att en marginal skapas mellan det sjukhuset får i betalning och det behandlingen kostar att utföra. Sammantaget ökar ett system med ersättning utifrån behandlingsvolym och kvalitet sjukvårdsgivarnas ansträngningar att leverera mer och bättre vård

Att det sätt på vilket sjukvårdsgivarna ersätts har stor betydelse för produktiviteten illustrerades tydligt i början av 90-talet när ett antal landsting införde prestationsersättning. Förändringen innebar att sjukhusen fick betalt utifrån den mängd behandlingar de utförde. De landsting som införde prestationsersättning ökade mängden prestationer hos de prestationsersatta sjukhusen med upp till 10 procent, samtidigt som kostnaderna minskade. Störst uppmätt produktivitetsökning var 17,4 procent på tre år.

Procentuell förändring av den somatiska akutsjukvårdens prestationer, kostnader och produktivitet för landsting med betalning per prestation kontra en kontroll av landsting utan prestationsersättning 1990–93 (huvudsakligen anslagsfinansiering)

	Kontrollgrupp	Sörmland	Stockholm	Dalarna	Bohuslän	Örebro
Prestationer	-1,1	+9,2	+11	-0,8	+7,2	+7,7
Kostnader	-3,4	-4,3	-4	-11,4	-8,7	+7,0
Produktivitet	+2,4	+14,1	+16	+12,1	+17,4	+0,7

Källa: Jonsson 1996

Trots positiva erfarenheter är prestationsersättning en halvhjärtat genomförd ersättningsform

Mot bakgrund av de positiva effekterna av prestationsersättning kan det ligga nära till hands att tro ersättningsformen har blivit allmänt tillämpad av svenska landsting. Sedan prestationsersättningen infördes i flera landsting har ersättningsformen emellertid upplevt något av en backlash. Detta kan förklara varför ytterligare produktivitetshöjningar tycks ha uteblivit. Eftersom ersättningsformen leder till att ett ökat antal ersatta behandlingar utförs har den också lett till att landstingens kontroll över kostnaderna minskat. Det har därför blivit vanligt att landstingen ger sjukhusen ett tak för den volym fullt ersatta prestationer de kan utföra. Att öka prestationerna utöver detta tak lönar sig inte för sjukhusen.

Incitamenten har också undergrävs på andra sätt. Eftersom sjukhus som utför prestationer till lägre kostnader i praktiken givits små möjligheter att förhandla till sig ökade produktionsvolymerna på bekostnad av sjukhus som har högre kostnader, har möjliga effektiviseringsvinster inom systemet inte tagits till vara. Många landsting har dessutom behållit anslagsfinansiering eller infört blandformer som inte givit lika starka incitament, till exempel genom att ge sjukhus full ersättning trots att de inte producerar beställda volymer.

Kostnadskontroll tycks fortfarande vara ett viktigare mål än att öka produktiviteten och sjukvårdsutbudet. Detta är den troligaste förklaringen till att prestationsersättning är en bara delvis genomförd finansieringsform. Mycket talar därför för att det krävs reformer för att också öppna för andra beställare av sjukvård, vid sidan av landstingen. Dessa beställare skulle möjliggöra ett mer öppet system, där produktivitetssökningar som minskade genomsnittskostnaden per prestation skulle löna sig för sjukhusen.

5.3 Hur landstingens finansieringsmonopol ger upphov till underkonsumtion

För att utveckla hälso- och sjukvården som tillväxtnäring är reformering av ersättningsformerna en viktig komponent. Men som redan konstaterats är det i sig inte tillräckligt. Om sjukvårdssystemet skall vara en tillväxtnäring måste sjukvårdsgivare som kan öka sin produktivitet också ha möjlighet att öka sin produktion. Detta för oss in få problem med underkonsumtion.

Den skattefinansierade sjukvården täcker inte all efterfrågan

Ett skäl till att sjukvårdsproduktionen i ett enbart skattefinansierat system kan komma att understiga den efterfrågan det finns betalningsvilja för, är att sjukvårdsutgifter till huvudsaklig del finansieras med skatter. Eftersom uttaget av en skattekrona är sammankopplad med en samhällsekonomisk kostnad som överstiger en krona ser kostnadskalkylen för en offentlig finansiär annorlunda ut än för en finansiär för vilken ökad konsumtion inte medför ökad uttaxering. Ett försiktigt mått på kostnaden för att uttaxera ytterligare en skattekrona är att den samhällsekonomiska kostnaden uppgår till 20–30 procent av skattekronan, (bl a på grund av att skatter motverkar incitamentet att arbeta och därmed leder till minskade skatteintäkter).¹⁸

Det innebär att en sjukvårdsbehandling som kostar 20 000 kronor att utföra medför en samhällsekonomisk kostnad på 24 000–26 000 kronor när den finansieras via

18 Pauly 1995

landstingsskatten. Om landstingen anpassar sin efterfrågan av hälso- och sjukvård utifrån denna kostnad så lämnar det en otillfredsställd efterfrågan för behandlingar där den enskildes betalningsvilja för en behandling ligger på mellan 100 och 130 procent av priset för behandlingen. Det finns anledning att tro att denna diskrepans kommer att öka i framtiden. Ju högre det totala skattetrycket blir desto mer kommer den samhällsekonomiska kostnaden av att ta ut skatter att vara.

Kostnaden för att skattefinansiera utgifter innebär också att det är extra lönsamt för ett offentligtfinansierat socialförsäkringssystem att köpa sjukvårdsinsatser som minskar sjukförsäkringskostnaderna. En behandling som innebär att sjukförsäkringskostnaden för en individ minskar med 20 000 kronor sparar i själva verket in 24 000–26 000 kronor i samhällsekonomiska kostnader. Av denna anledning är det särskilt angeläget att låta Försäkringskassan komplettera finansieringen av hälso- och sjukvård.

Landstingen kan inte förutse all hälso- och sjukvård som behöver utföras

Landstingen skall idealt utgå från en kostnads/nyttanalytisk analys av alla de behandlingar som kan utföras. Därefter skall de göra en bedömning av vilka behandlingar som är lönsamma att utföra givet vilka alternativa användningar samma resurser kan ha. Situationen är den samma som för planeringsmyndigheten i en planekonomi som skall bestämma vilka varor och tjänster som skall produceras.¹⁹ Erfarenheten säger att planeringsprocessen inte klarar att fånga upp alla behov, möjligheter, kostnader och vinster med alla de olika behandlingar som teoretiskt sätt kan genomföras, varför bedömda behov aldrig kommer att överlappa faktiska behov.

När landstingen skall beräkna hur mycket en sjukvårdsbehandling är värd måste de också utgå från nyttan hos en genomsnittlig patient. Men den subjektiva nyttan och betalningsviljan för en och samma behandling kan se väldigt olika ut för olika patienter. En knäoperation som innebär fullt återställd rörlighet kan värderas mycket högt av en person som är intresserad av friluftsliv, men behöver inte vara det för en som föredrar ett stillasittande liv. När landstingen prioriterar utifrån övergripande behovsbedömningar kommer det därför att erbjudas för få behandlingar utifrån vissa enskilda individers perspektiv.

Det är också oklart om landstingen genomför sina prioriteringar utifrån ett försök att optimera hälso- och sjukvårdsutbudet givet de resurser man har till sitt förfogande. Inte bara därför att politikerna som fattar besluten saknar den information som krävs för en sådan optimering, utan också att fördelningen i många fall är resultatet av ett politiskt spel. Grupperingar som är starka opinionsbildare kan mycket väl komma att skaffa sig mer resurser än grupper som är svagare opinionsbildare. Även när det är rationellt att satsa mer pengar på den senare gruppen.²⁰

Sammantaget kommer en offentligt finansierad sjukvård som försöker optimera sjukvårdsbudgeten med hänsyn tagen till kostnaderna för skatteuttag, att underkonsumera sjukvård utifrån flera aktörers perspektiv. Det kommer att finnas sjukvårdsbehandlingar som den enskilde är villig att betala för, men som landstinget utifrån en övergripande behovsbild inte kommer att utföra/upphandla. På motsvarande sätt kommer det att finnas behandlingar som Försäkringskassan och andra offentliga aktörer är villiga att betala för men som inte tillhandahålls i tillräcklig utsträckning av

19 Hayek 1975

20 Erixon 1999

landstingen. Hinder mot att låta Försäkringskassan och enskilda köpa sjukvårdsbehandlingar vid sidan av den hälso- och sjukvård som erbjuds av landstingen kommer därför att innebära att för lite sjukvård produceras av landstingen i förhållande till vad som är motiverat ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

5.4 Hur kan landstingens finansiering av hälso- och sjukvård kompletteras?

Det finns flera skäl att anta att landstingen kommer att lämna ett utrymme för kompletterande finansiering av hälso- och sjukvård. Nedan följer några exempel på aktörer som kan utgöra kompletterande finansiärer av hälso- och sjukvård.

Försäkringskassan

Finsam står för finansiell samordning mellan socialförsäkringssystemet och sjukvården. Tanken är att en samordning av de olika betalningssystemen skall leda till att dyrbar underbehandling undviks.

Till 62 av 100 undersökta ortopedkliniker var den genomsnittliga väntetiden för operation över 6 månader. Orsaken är att landstingen inte har råd/kapacitet att behandla dessa patienter. Samtidigt är en del av personerna som väntar i sjukvårdsköerna också sjukskrivna. En del av dem riskerar att förtidspensioneras om deras tillstånd inte åtgärdas. Den ekonomiska vinsten för Försäkringskassan att köpa upp vård av landstingen eller av privata vårdgivare (om landstingen är dyrare eller saknar kapacitet) är i många fall stor.

Professor Tommy Hansson vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg visade att kostnaderna för att snabbt behandla vissa patientgrupper ofta är betydligt lägre än kostnaderna för att låta dem vara obehandlade. För 159 patienter som den 31 januari 2002 stod i kö till mottagning och operation för diskbråck eller spinal stenos med enkel respektive dubbel förtur, skulderdiagnoser och knädiagnoser beräknades kostnaderna för sjukersättning (inklusive förtidspensioner) till 89 miljoner kronor. Samtidigt beräknades behandlingskosten för samma grupp till ca 6,4 miljoner kronor.²¹

Att dessa patienter inte behandlas är ett exempel på ineffektiv underkonsumtion av sjukvård som kostar den svenska staten betydande belopp. Genom att ändra den lagstiftning som hindrar Försäkringskassan att köpa sjukvårdsbehandlingar skulle fler samhällsekonomiskt lönsamma behandlingar kunna genomföras.

Kommunerna

I början av 90-talet utvecklades den första medicinen för behandling av demenssjukdomar. Försök på patienter visade att läkemedlet kunde bromsa förloppet av demenssjukdomen Alzheimers. Effekten var inte stor, men innebar ändå ett genombrott och har inneburit ökade ansträngningar för att ta fram nya läkemedel med större effekt. I dag är forskarna optimistiska. Man vet att demenssjukdomar orsakas av en plackbildning som långsamt får synapserna i hjärnan att förtvina. En substans som talar om för kroppen att den skall sluta producera placken, eller en substans som kan lösa upp placken, skulle kunna innebära att sjukdomen bromsades helt. Det finns förhoppningar om att en sådan medicin kan vara framtagen redan om 10 år. Bara i Sverige finns ca 170 000 personer som drabbats av demenssjukdomar.²²

21 Hansson 2002

22 Socialstyrelsen, *Sjukvården i Sverige 1998*

Cirka 40 procent av kommunernas socialbudget kan antas gå till vård och omsorg av personer med demens.²³ En effektiv demensmedicin skulle kunna spara uppemot 30 miljarder kronor per år bara för den kommunala äldreomsorgen. Därtill kommer minskade kostnader för förtidspension, olyckor orsakade av demenssjuka och de anhörigs vårdinsatser. En medicinsk behandling mot demenssjukdomar skulle således med största sannolikhet vara värd sin kostnad, även om läkemedlet visade sig vara dyrt.

Det finns flera sjukdomar där en behandling skulle kunna minska kostnaderna för äldreomsorgen avsevärt, till exempel MS och Parkinson. Det är svårt att se hur nuvarande finansieringsmodell för läkemedel och sjukvårdsbehandlingar skulle ha de medel som krävdes för att realisera de enorma besparingspotentialer som finns. Läkemedelskostnaderna kommer i framtiden i allt större grad att finansieras av landstingen, och ingenting garanterar att landstingen i en pressad kostnadssituation kommer att prioritera läkemedel som leder till minskade kostnader inom den kommunala äldreomsorgen.

Också kommunen som finansiär av äldrevård har otillräckliga incitament att köpa de nya behandlingarna åt sina patienter. För det första är demenssjukdomar en sjukdomstyp som fortskrider långsamt. Eftersom de drabbade under tiden de är sjuka kan komma att flytta till en annan kommun är det inte självklart att kommunen kan finansiera behandlingar med de medel som frigörs på grund av minskade vårdbehov.

En betydligt bättre modell vore att frigöra kommunerna från kostnadsansvaret för äldrevården, och i stället finansiera den via en obligatorisk försäkring för äldreomsorgskostnader. Försäkringen kan i princip betalas av både den enskilde och av det offentliga. Den intressanta effekten skulle vara att huvudmannen för försäkringen skulle ha starka incitament att betala för sjukvårdsinsatser och läkemedelsbehandlingar som minskade försäkringstagarnas vårdbehov.

Försäkringslösningar med möjlighet för enskilda att lägga till egna pengar

Utöver de offentliga systemen kan privata tilläggsförsäkringar komplettera den hälso- och sjukvård som landstingen finansierar.

I många länder förs en diskussion om att öka den andel som medborgarna själva betalar för sjukvård. Delvis skall denna diskussion ses som en följd av att många länder närmar sig taket för vad som är möjligt att ta ut i skatt. Nya finansieringskällor måste komma till för att hantera stigande utgifter. En annan orsak är medborgarnas ökade krav. Allt fler förväntar sig att sjukvården skall erbjuda service på samma sätt som andra branscher. Utöver behandling efterfrågas snabb tillgänglighet och hög komfort vid sjukhusvistelser och besök. Det kan bli svårt för det offentliga att bekosta en höjning av servicekvaliteten samtidigt som man skall öka utbudet av sjukvårdsbehandlingar. En naturlig kompromiss är att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården fortsätter att utveckla sitt utbud, men samtidigt gör det möjligt för medborgarna att själva betala för service utöver detta utbud. Särskilt intressant för Sveriges del är europeiska och anglosaxiska länder som kombinerat ett sjukvårdsutbud för alla medborgare, oavsett inkomst, med möjligheter för den enskilde att bidra med egna pengar till sjukvårdssystemet.

I Australien genomförde regeringen 1999 en kampanj för att öka andelen av befolkningen med privata försäkringar. Medborgare som köpte privata försäkringar

23 Socialstyrelsen, *Sjukvården i Sverige 1998*

erbjöds en skatterabatt motsvarande 30 procent av kostnaden. Åtgärden föranleddes av att andelen som hade privata sjukförsäkringar minskade.

Australien har en lång tradition med privata vårdgivare och privata sjukvårdsförsäkringar vid sidan av den offentliga sjukvården, och den ökande andelen som förlitade sig på den offentliga sjukvården ansågs driva upp trycket på den offentliga sjukvården och därmed minska möjligheterna för det offentliga sjukvårdssystemet att erbjuda bra vård till sina patienter. Ansträngningarna i Australien att göra privata försäkringar mer tillgängliga har varit mycket populära.

Även låginkomsttagare köper privata försäkringar. Hela 700 000 australiensare med en årsinkomst under 100 000 kronor har tecknat privata sjukvårdsförsäkringar. (Australien befolkning uppgår till 20 miljoner invånare.) Totalt har ca en tredjedel av befolkningen privat sjukvårdsförsäkring, och en lika stor andel av de totala sjukvårdskostnaderna finansieras med privata medel.²⁴ Reformen med försäkringspeng eller skatterabatter för privata sjukvårdsförsäkringar har under 90-talet genomförts i Italien, Grekland och Portugal.

I både Tyskland och Nederländerna bygger medborgarnas tillgång på sjukvård huvudsakligen på medlemskap i försäkringskassor som finansieras med arbetsgivaravgifter, avgifter eller offentliga medel. I båda länderna har under 90-talet reformer genomförts som ökat konkurrensen mellan försäkringskassorna genom ökade möjligheter för medborgarna att välja vilken försäkringskassa man vill vara ansluten till. Försäkringskassorna har å sin sida inte möjlighet att neka patienter medlemskap. De olika försäkringskassorna kan konkurrera med varandra genom att erbjuda olika typer av tilläggsförsäkringar.²⁵

Andra länders medborgare

Det står medlemsstaterna i EU fritt att själva bestämma hur de vill organisera och finansiera sina sjukvårdssystem. Dock visar flera fall från EG-domstolen att det finns EU-lagar som länderna måste följa också när det gäller sjukvårdstjänster. Särskilt måste de följa principerna om fri rörlighet för sjukvårdstjänster och varor. De kan inte upprätta orimliga hinder mot sjukvårdstjänster som erbjuds av andra EU-länder. Ett uppmärksammat fall är den brittiska regeringen som diskuterat möjligheten att betala för brittiska patienter som vårdas i andra EU-länder. EU kommissionen har stött planerna på att ta bort legala hinder för sjukvårdsmyndigheter som vill erbjuda sina medborgare vård i andra EU-länder.

I ett scenario med öppna gränser för medborgarna att söka sjukvård i vilket EU land som helst, kommer länder med sjukvård av hög kvalitet, god service och inga köer att bli exportörer av sjukvård, och länder med brister i det egna sjukvårdssystemet nettoimportörer. De offentliga systemen i länder med köer i sjukvårdssystemet får finna sig i att betala för patienternas sjukvård i andra länder. Länder som ligger i framkant får möjlighet att göra sina sjukvårdssystem till en exportnäring. I dessa länder kan sjukvården komma att betraktas som draglok för den inhemska ekonomin.

24 Hall, 1999

25 Rothstein & Blomqvist, 2000

6. Slutsatser

Allt för länge har hälso- och sjukvården diskuterats ur ett ensidigt krisperspektiv. Frågor som ökade kostnader, sjukvårdsköer och organisationsproblem har dominerat debatten. De fantastiska framstegen inom den medicinska vetenskapen har kommit i skymundan.

Med den här uppsatsen har jag försökt vända på perspektivet. Utifrån de förbättringar som faktiskt har ägt rum finns det anledning att betrakta glaset som halvfullt istället för halvtomt. Ett optimistiskt tillväxtperspektiv har lika mycket som talar för sig som ett pessimistiskt krisperspektiv.

Med ett tillväxtperspektiv förändras problemformuleringen. Den starka fokuseringen på hur hälso- och sjukvården skall ransoneras för att förhindra överkonsumtion ersätts med frågor om vilka mekanismer som behövs för att främja innovationer och verksamhetsutveckling.

Ur ett tillväxtperspektiv är det otillfredsställande med ett sjukvårdssystem där vårdgivarna inte kan påverka sin intäktssida. Det leder till att innovativa vårdgivare inte belönas eftersom det är svårt för dem att utveckla sin verksamhet och växa i ett sådant system. I stället behövs ett system med ökad konkurrens, ersättning utifrån den vård som faktiskt ges och fler finansierare för vårdgivarna att vända sig till när landstingens resurser inte räcker till.

För sjukvården innebär tillväxtperspektivet en möjlighet att ändra sin roll. I dag liknar sjukvården patienten som ligger och ringer på sjuksköterskan (politikern) som dröjer med den smärtstillande medicinen (pengarna). Med ett system som ger sjukvården verktyg att påverka sin egen finansiella hälsa kan sjukvården i stället hävda sig som den närande sektor den faktiskt är.

Källförteckning

Biotech Sweden, nr 3 2002.

Blanchard, O J, *Macroeconomics*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1997.

Boston Consulting Group, *Commercial attractiveness of biomedical R&D in Medicon valley*. Köpenhamn: november 2002, se
<www.mediconvalley.com/publications_bench.asp>

Chassin, Mark R, red, *The appropriateness of selected medical and surgical procedures*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press,

Cutler, C D & Richardsson, E, "Measuring the health of the United States population", i *Brookings papers on economic activity*, Microeconomics 1997, sid 217–271.

Erixon, D, *Maktspelet i vården*. Stockholm: Timbro/CVV, 1999.

Iglehart, J K, "An activist health minister in a conservative government", i *Health Affairs*, vol 20, nr 3, 2001.

Hansson, Tommy, "Studie av de samhällsekonomiska kostnader som ortopedins operationsköer vid Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg orsakar." Anförande vid seminariet "Den ökande sjukfrånvaron" 18 dec 2002. Stockholm: Svenskt Näringsliv.

Jonsson, Ernst, *Har betalning per patient givit mer vård för pengarna? : en jämförande utvärdering för perioden 1986–1993*. Stockholm: Spri, 1996 (Spri förmedlar).

Lichtenberg, Frank R, *Pharmaceutical innovation, mortality reduction, and economic growth*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 1998 (NBER Working paper 6569).

Läkemedelsindustriföreningen, *Fakta 2001*. Stockholm 2001.

Manning, W G, et al, "Health insurance and the demand for medical care : evidence from a randomized experiment", i *American Economic Review*, vol 77 (1987), nr 3, sid 251–277, se <ideas.repec.org/a/aea/aecrev/v77y1987i3p251-77.html>.

Mobiltelefonibranschen, <www.mtb.se>, hemsida för branschorganisationen för leverantörer, grossister och distributörer samt återförsäljarorganisationer. Stockholm: MTB.

Nationella folkhälsokommittén, *Hälsa på lika villkor : nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Fritze, 2000 (SOU 2000:91).

Pauly, M, "When does curbing health costs really help the economy?" i *Health Affairs*, sommar 1995.

Rosenberg, N, "The dynamics of technological change in medicine", i *Health Affairs*, sommar 1994.

Rothstein, B & Blomqvist, P, *Välfärdsstatens nya ansikte*. Stockholm: Agora, 2000.

Schumpeter, J, *Capitalism, socialism, and democracy*. New York: Harper&Brothers, 1942.

Socialstyrelsen 1998, *Sjukvården i Sverige 1998*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen 2001, *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen 2002, *Vårdens värde : vad får vi för pengarna i vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Söderström, L & Lundbäck, M, *Stor och liten : om vårdeffektiva sjukhus*. Stockholm: Reforminstitutet/Näringslivets fond, 2002.

Vårdförbundet, "Allmänhetens syn på hälso- och sjukvård." Stockholm: SIFO, juni 2001 (Projektnr 3815790).