

MILTON FRIEDMAN:

# Bota Amerikas sjukvårdsonda!

*Sjukvården i USA sysselsätter ett växande antal befattningshavare, samtidigt som mindre sjukvård skapas, fastslår professor Milton Friedman i detta inlägg. Det beror på att sjukvården i USA sedan decennier utvecklats till ett närmast socialistiskt företag. Och varför skulle USA vara bättre på socialism än Sovjet, frågar Friedman som även anger några tänkbara botemedel.*

Härom året fann jag en studie av Max Gammon, en brittisk läkare som även studerar hälsovård och jämför vad det brittiska sjukvårdsväsendet presterar med hänsyn till kostnaderna. Gammon tog antalet anställda som mått på kostnader, och antalet vårdplatser som mått på prestationen. Han fann att kostnaderna ökat snabbt, medan effektiviteten sjunkit.

Han kom därför att lansera vad han kallat "teorin om byråkratisk omflyttning". Med hans egna ord "ökar ett byråkratiskt system sina kostnader, medan produktionen sjunker... Sådana system kommer att fungera nästan som 'svarta hål' i ekonomins universum, genom att de samtidigt tar åt sig resurser och ger ifrån sig en mindre mängd av den givna varan eller tjänsten."

Jag har länge imponerats av hur Gammons lag fungerat inom amerikansk skola: Kostnaderna har, oavsett hur man mätt dem, ökat de senaste decennierna, medan produktionen gått ned, vare sig man mäter den som antalet studenter, antalet skolor eller (ännu tydligare) i kvalitet.

Den nya oro som väckts över de ökande vårdkostnaderna i USA och de många förslag som framkastats för att minska dem — de flesta med effekten att totalt förstatliga sjukvården — fick mig att tänka på Gammons studie och lockade mig att undersöka i vad mån hans lag stämde in på amerikansk sjukvård. Det har tveklöst skett stora framsteg inom sjukvården det senaste halvsekle. Jag skulle faktiskt själv inte ha varit i livet, om det inte varit för en rad av dessa framsteg. Ändå väcks frågan om dessa landvinningar främjats eller hämmats av den ökande andelen av totalinkomsten som lagts på medicinsk vård.

*Milton Friedman är nobelpristagare i nationalekonomi och verksam vid the Hoover Institution i Stanford, Kalifornien.*

Hur förhåller sig effektiviteten till kostnaderna?

### Sjukhusen

Också en flyktig blick på effektiviteten och kostnaderna vid de amerikanska sjukhusen avslöjar att Gammons lag är fullt giltig där sedan andra världskriget, framför allt sedan 1965 års lag om sjukvård och läkemedelsersättning antogs.

Före 1940 steg såväl kostnaderna som effektiviteten, kostnaderna något mer än effektiviteten, sannolikt därför att man införde mer sofistikerade och dyra behandlingsformer. Kostnaderna med hänsyn till inflationen ökade från 1929 till 1940 med 5 % per år, antalet utnyttjade platser med 2,4 % per år. Kostnaden per patientdag steg endast blygsamt, om man beaktar inflationen.

Läget var ett helt annat efter kriget. Från 1946 till 1989 minskade antalet platser per 1 000-tal invånare med mer än hälften, och utnyttjandegraden med en åttondel. I skarp kontrast till detta ökade kostnaderna i höjden. Antalet vårdare per utnyttjad säng ökade nästan sju gånger och kostnaden per patientdag, med hänsyn tagen till inflationen, ökade hela 26 gånger. En viktig motor i dessa förändringar var den nämnda lagen från 1965. En lätt ökningstendens hos kostnaderna vändes då i en meteorliknande ökning, en lätt effektivitetsminskning vändes i en lika skarp nedgång.

I sig kunde det sjunkande utnyttjandet av vårdplatser tas som uttryck för att medicinen gjort framsteg; befolkningen är friskare, behöver mindre sjukhusvård, samtidigt som vetenskapliga och medicinska landvinningar gör att varje sjukhus-

vistelse blivit kortare och fler ingrepp kan ske utanför sjukhusen.

Detta förklarar dock inte så mycket, om ens något, av de ökade kostnader som vi iakttagit. Visserligen har vården blivit mer sofistikerad och dyr, och apparaturen mer komplicerad. Ändå tycks inte förbättringarna i vårdformerna eller sjukhusvården ha fortskridit snabbare efter 1965 än dessförinnan – vissa tecken tyder snarast på motsatsen. De officiella forskningskostnaderna (per capita och i oförändrad dollarkurs) steg sålunda med en takt av 15 % per år från 1948 till 1964,

---

*Ett byråkratiskt system ökar sina kostnader medan produktionen sjunker.*

---

och med mindre än 2 % per år mellan 1965 och 1989. Likväl minskade antalet utnyttjade sängar per 1 000-tal invånare med 1 % om året mellan 1946 och 1964, och med 2,5 % om året från 1965 till 1989. Kostnaden per vård dag ökade med 6 % per år under den första perioden, och med 9 % under den andra.

Gammons lag, och inte några medicinska mirakler, måste sökas som förklaring. När den federala regeringen tog ansvar för vården av de äldre och de fattiga blev detta en ny källa till inkomster för sektorns folk, och det saknades inte behövande. Antalet vårdare per utnyttjad säng, vilket fördubblats redan mellan 1946 och 1965, mer än tredubblades från den nivån efter 1965. Kostnaderna per vård dag, som redan mer än tredubblats från 1946 till 1965, åttadubblades efter 1965.

Ökande kostnader ledde i sin tur till reglering av sjukhusen, liksom till ökande

administrativa utgifter. Tyvärr har jag inte lyckats komma över heltäckande och lätt tillgängliga data för en nog lång period för att kunna se exakt vilken roll de ökande administrativa kostnaderna spelat. Spordisk information antyder dock att vidgad administrativ komplexitet spelat en huvudroll för den explosiva kostnadsökningen per patient, och lett till ökat anlitande av icke-sjukhusbunden vård, vilket påskyndat minskningen i vårdplatsernas utnyttjandegrad.

Experter på hälsovård och vårdadministration kan säkert ge kött på benen till dessa magra statistiska data. Men en mer fullständig bild förändrar knappast den generella slutsatsen: att med Gammons ord "ett byråkratiskt system kommer att fungera nästan som 'svarta hål' i ekonomins universum".

### **Annan medicinsk vård**

Fast sjukhusvårdskostnadernas andel av de totala vårdkostnaderna ökat från 24 % 1946 till 36 % 1989, utgör de ännu en mindre del av de totala vårdkostnaderna. Det är frestande att söka tillämpa Gammons lag på den totala vårdkostnaden snarare än enbart på kostnaden för sjukhusvård.

Detta är inget problem vad gäller kostnadssidan. Det finns beräkningar för efterkrigsperioden att tillgå, och beräkningarna kan föras tillbaka till 1919. Dessa data kan lätt korrigeras för befolkningsökning och prisförändringar.

Förutom den stora depressionen då inkomstnedgången drastiskt ökade procenttalen, ökade vårdkostnaderna efter 1919 gradvis men i intervallet 3-4 % av nationalinkomsten. De offentliga utgifter-

na utgjorde bara en mindre del av de totala kostnaderna, och den låg i huvudsak på delstats- och lokal nivå. Efter kriget tredubblades kostnaderna för hälso- och sjukvård som andel av nationalinkomsten; de offentliga kostnaderna härför främst på federal nivå kom att utgöra en ökande andel av totalkostnaden.

De privata utgifterna i sin tur ökade i jämn aritmetisk takt fram till det andra världskrigets slut, vilket betyder en ökning med 3,30 dollar per capita och år i 1982 års penningvärde, med endast mindre avvikelser till följd av cykliska förlopp. Såsom andel av nationalinkomsten höll sig de privata utgifterna mellan 3,5 och 5 % från 1922 till 1958, med undantag för vissa av depressionsåren. Från 1958 började de privata utgifternas andel av nationalinkomsten öka — först sakta, senare snabbare — och uppgick 1989 till mer än 8 %.

De offentliga utgifterna uppträdde lite annorlunda. De ökade ganska konstant från 1919 till 1956, utom under en kort uppgång efter kriget. När lagen om sjukvård och läkemedelsersättning antogs 1965 exploderade de offentliga utgifterna. Statens andel av de totala utgifterna gick upp från 15 % under 1920-talet till 25 % 1965, för att stiga till 42 % under de följande 20 åren, eller från mindre än 1 % av nationalinkomsten till nära nog 6 % av denna. Om de föregående tendenserna stått sig skulle de totala utgifterna 1989 ha varit cirka hälften så stora.

En betydande konkret kostnad utgör antalet läkare. Dessa utgjorde 157 per 100 000 amerikaner vid sekelskiftet, medan de efterhand sjönk till 125 1929, för att sakta stiga till 133 år 1940 och därefter öka exponentiellt till 252 1987, det sista

år för vilket jag kunnat erhålla uppgifter. Den snabba ökningen av antalet läkare föregicks av en snabb ökning av deras medianinkomst, från mindre än sju gånger per capita-inkomsten till 11,6 när det var som högst 1962. När kostnadsläget blev mer pressat åtföljdes det ökade antalet läkare av en nedgång i deras realinkomst, också när deras inkomst fortsatte att stiga i absoluta termer. 1987 hade förhållandet sjunkit från 11,6 till 9,1, och nedgången fortsätter uppenbarligen.

Trots den snabba ökningen av antalet läkare och deras inkomster är det värt att notera, först och främst, att kostnaden för läkartjänster svarar för endast cirka en femtedel av den totala sjukvårdskostnaden och, för det andra, att denna andel är lägre än den tidigare har varit. 1929 motsvarade kostnaden för läkartjänster runt 27 % av den totala sjukvårdskostnaden, medan den efter den andra världskriget utgjorde 25 %. Förklaringen är troligen en kombination av dyrare utrustning och större administrativa utgifter.

Så mycket om kostnadssidan. Men effektiviteten då? Detta är det verkliga problemet. Effektiviteten hos den medicinska vårdindustri som vi granskar är dess bidrag till bättre hälsa. Hur kan vi mäta "bättre hälsa" på ett rimligt objektivt sätt utan inflytande av andra faktorer?

Det minst orimliga mått som jag har lyckats finna är livslängden. Också denna påverkas dock av andra faktorer. Förbättrad diet, bostadsstandard, kläder etc till följd av bättre levnadsstandard liksom offentliga åtgärder som renare vatten eller bättre sophantering har tveklöst haft sin del i den genomsnittliga livslängden. Krig, epidemier och mänskliga katastrofer har spelat roll. Viktigt är att kvaliteten hos li-

vet är lika väsentlig som dess längd. Möjligen kan en mer insatt person finna en bättre mätare på sjukvårdens framgång än denna. Jag har dock inte lyckats med det.

Data om förväntad livslängd vid födseln finns tillgängliga för kön och ras, och jag har här inriktat mig på kvinnors livslängd, liksom på vita och svarta för sig, för att hålla befolkningen så homogen som möjligt över tiden. Den förväntade livslängden vid födseln för vita kvinnor ökade stadigt från 48,7 år 1900 till 74,2 år 1959, och för svarta kvinnor från 33,5 till 65,2 år. Uppgången gick därefter markant långsammare. Den förväntade livslängden gick upp från 74,2 år 1959 till 79,0 år 1989 för vita kvinnor, och från 65,2 år till 75,6 år för svarta kvinnor. Ökningstakten mer än halverades för vita, och gick ned med en tredjedel för svarta.

När livslängden ökar, blir det sannolikt svårare att nå ytterligare förbättringar — de första förbättringarna torde vara de lättaste. Ändå märks inga tecken till minskning under de första 59 åren av 1900-talet. Den minskade ökningstakten inträder däremot plötsligt, kort före den snabba ökningen av den federala regeringens roll inom sjukvården och den skarpa minskningen av de medel som går till forskning.

Den förväntade livslängden vid 65 år uppvisar däremot i tydlig kontrast en sakta men stadig uppgång till runt 1939, därefter en tydligt snabbare ökning, särskilt för kvinnor. Speglar den snabba ökningen kring 1939 upptäckten och den mer utbredda användningen av en rad antibiotika? Jag låter frågan gå vidare.

Vad min egen fråga beträffar, verkningarna av statliga ingrepp, ger dessa data liten vägledning. För kvinnor följs det stat-

liga sjukvårdsprogrammet initialt av en ökad livslängd, sedan blir takten mer långsam. För män är mönstret nästan det motsatta. Ingen eller liten förändring från 1950 till 1970, därefter en ökning. Som helhet krävs nog en betydligt mer detaljerad och underbyggd analys för att nå mer tydliga slutsatser om vad som skett med vårdindustrins effektivitet, vare sig man talar om livslängd eller än mer om livskvalitet.

Ändå är det för den samlade världens liksom för sjukhusens del svårt att undvika slutsatsen att Gammons lag fungerar. Tveklöst har medicinen ur alla synvinklar kommit att underkastas en allt mer komplex byråkrati. Tveklöst har kostnaderna exploderat. Inget tyder på att effektiviteten ens kommit i närheten av en motsvarande ökning, även om vi saknar underlag för att gå utöver detta allmänna konstaterande. "Svarta hål", ja, förvisso.

Varför skulle då detta överraska oss? Rön från mycket vidare områden än detta visar att byråkrati leder till ökade kostnader, låg kvalitet och orättvis fördelning av det som produceras. USA:s vårdssystem har till stor del kommit att bli ett socialistiskt företag. Varför skulle Amerika vara bättre på socialism än Sovjet? Medicinen är inget unikt område. Den förstatligade posten liksom Amerikas socialiserade skolsystem, dess socialiserade knarkbekämpning, och icke minst dess socialiserade försvarsindustri, ger tydliga bevis för att man där inte är bättre på socialism än länder som löpt linan ut i samma avseende.

Ändå fortsätter amerikanerna inte bara att förvåna sig, utan därtill på vart och ett av dessa områden öka inslagen av socialism. Nästan alla förslag hur landets

sjukvårdssystem skall förbättras tar fasta på att vidga statens roll, i extrema fall så att man antas ersätta ett delvis socialistiskt system med ett helsocialiserat!

### Lösning

Ineffektiviteten, de höga kostnaderna och orättvisorna i det amerikanska vårdssystemet kan i grunden förändras bara på ett sätt: genom att röra sig i den motsatta riktningen och reprivatisera den medicinska vården. Jag antar att flertalet konsumenter av sådan vård och många producenter skulle föredra en enkel reform som skulle privatisera större delen av vården. Tyvärr framstår en sådan reform som politiskt omöjlig, då den skulle möta våldsamt motstånd från den byråkrati som planerar, kontrollerar och sköter dagens vårdstruktur.

Min reform har två steg: 1. avskaffa såväl det offentliga sjukvårdssystemet som läkemedelsersättningen och ersätt dem med en regel som säger att varje amerikansk familj måste ha en täckande sjukvårdsförsäkring, förenad med en rejäl avdragsrätt, t ex på 20.000 dollar om året eller på 30 % av hushållets inkomst under de första två åren; vilket som nu ger det lägsta resultatet. 2. Avskaffa skatteavdraget för de sociala avgifter som arbetsgivaren betalar in, dessa bör i stället betraktas som en fullt beskattningsbar extra förmån för den anställde — som ger avdragsrätt för företaget men beskattas hos den anställde. Dessa bägge reformer fordrar en kommentar.

Helst bör den stora sjukvårdsförsäringen betalas av den enskilda familjen, som bör erhålla en skattereduktion motsvarande den avlastning som därmed sker

av det allmänna. Undantag bör göras för familjer med låga inkomster och för familjer som inte av andra skäl kan teckna försäkringen. Staten bör därvid hjälpa dem att bekosta försäkringen, men bör inte sköta denna. Det kan ske genom privat konkurrerande försäkringsbolag, valda av familjerna eller individerna själva. Varje individ eller familj bör självfallet ha rätt att också teckna extra sjukvårdsförsäkringar.

Emellertid är det klart att, också där staten direkt betalar för den stora sjukvårdsförsäkringen åt alla – snarare än genom att minska skatterna – kostnaderna för staten och även de totala vårdkostnaderna skulle minska drastiskt, därför att man får bort den oerhört tyngande byråkrati som byggts upp för att övervaka en stor del av alla sjukvårdsaktiviteterna.

Att skatteavdrag medges för vård som betalas av arbetsgivaren har två effekter, vilka båda bidrar till att öka vårdkostnaderna. För det första får det arbetstagaren att lita till arbetsgivaren mer än till sig själv vad gäller att finansiera och erbjuda medicinsk vård. Ändå lär den anställde vara mycket bättre på att i sitt eget intresse hålla ett öga på dem som erbjuder sjukvårdstjänster än vad hans arbetsgivare är. Därtill gör detta, att han accepterar att ta en större andel av sin lön som sjukvård än han gjort om denna haft samma skattestatus som andra utgifter. Om skatteavdraget togs bort skulle anställda kunna förhandla med sina arbetsgivare om att få ut högre lön i stället för sjukvård, och själva sörja för denna, endera genom att direkt förhandla med dem som erbjuder vård eller genom att teckna en vårdförsäkring.

Dessa bägge reformer skulle i sak lösa problemet med dem som i dag står utan-

för sjukvårdsförsäkringen, ta bort det mesta av den byråkratiska strukturen, befria vårdens anställda från en ofattbar administrativ börda och många regleringar, samt låta en rad arbetsgivare och anställda förvandla vård som i dag ges via arbetsgivare till högre direktlön. Och skattebetalaren skulle spara pengar, eftersom de totala statsutgifterna skulle sjunka.

Familjerna skulle slippa ett av sina stora bekymmer – risken för att drabbas av ett stort vårdåtagande – och flertalet

*Flertalet konsumenter av vård och många producenter skulle föredra en enkel reform som skulle privatisera större delen av vården.*

skulle lätt kunna finansiera de återstående vårdkostnaderna, som jag förmodar skulle återgå till omkring 5 % av den totala konsumtionen som de var innan den federala regeringen trädde in på scenen. Familjer skulle på nytt ha goda skäl att bevaka dem som erbjuder hälsovård och skapa den form av personliga relationer till dessa som en gång rådde. Den påvisade effektiviteten hos privat företagsamhet skulle få chans att göra sig gällande för att höja kvaliteten och sänka kostnaderna hos sjukvården.

### **Reformdödarna**

Det finns bara ett fel med denna dröm. Den skulle ta bort och misshaga de många människor som nu administrerar, studerar och dagligen övervakar det rådande socialiserade systemet, vilket också innefattar en stor privat sektorsandel som an-

passat sig till detta system. Dessa vårdens intressenter har nog politisk tyngd för att avliva en sådan reform innan den hunnit få tillräckligt stöd, precis som utbildningsbyråkratin upprepat tagit loven av också blygsamma reformprogram för att privatisera utbildningssystemet, trots att en rad opinionsundersökningar visat på starkt stöd för idén om privatisering genom att föräldrarna får välja sina barns skola.

Medicinsk vård är ett gott exempel på grundskillnaden mellan privat och offentlig företagsamhet. Skillnaden ligger inte i kvaliteten hos de människor som initierar eller driver dessa företag, eller i de löften de ger. Skillnaden ligger i resultatet. Om en privat företagare misslyckas, måste de som stöder honom endera avsluta verksamheten eller betala förlusterna ur egen ficka, med påföljd att den snart läggs ned. Om ett offentligt företag däremot misslyckas, ser utvägarna helt annorlunda ut.

Att lägga ned ett företag är att erkänna misslyckandet, något ingen vill ta på sig

om det kan undvikas. Och de behöver inte lägga ned verksamheten. I stället kan dess tillskyndare ärligt hävda, att det skenbara misslyckandet beror på att man inte satsar nog helhjärtat. Är de envisa nog kan de få beslutsfattarna att ta ett nytt tag i den offentliga plånboken, medan de fyller på sin egen ficka, så att verksamheten kan fortsätta och ökas. Varför då förvåna sig över att diskutabla offentliga program får fortsätta och inte avslutas?

Enligt min åsikt är det detta som kan förklara Gammons "svarta hål", vare sig det gäller inom vård och skola, i "knarkkriget", för jordbruksstödet, olika protektionistiska åtgärder, och så vidare. Det är därför som välmenande avsikter och egenintresse förenar sig för att skapa vad kongressmannen Dick Armey en gång kallat "statens osynliga fot).

*(Copyright: författaren och Wall Street Journal/Europe.)*