

Vårdsektorn kan bli en tillväxtbransch

| av Mats Ekelund

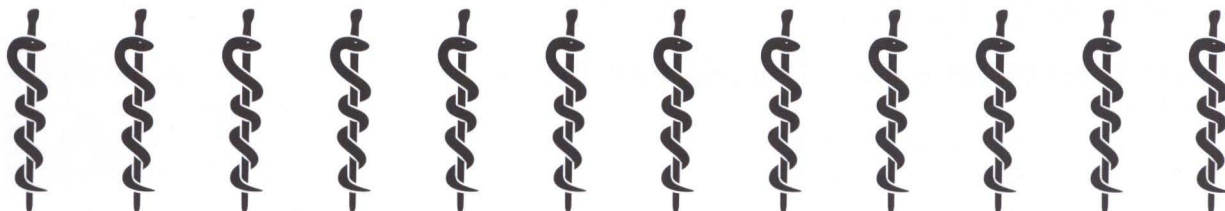
En konsekvens av att sjukvården är skattefinansierad är att konsumtionen hålls tillbaka och produktivitetsförbättringar inte tas till vara.

GÄR 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 artikeln är emellertid "ja". Visst finns det problem med hur 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?

För bara 10 år sedan var mobiltelefonen en lyxvara.

tillfällen 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 1990-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 cirka 50 procent under 1990-talet. Samtidigt ökade den



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 miljoner mobiltelefoner per år. I dag har nära 9 av 10 svenskar ett mobiltelefonabonnemang, privat eller genom sitt arbete. 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 1990-talet bidrog Ericssons framgångar till att Sveriges BNP ökade. Tusentals arbets-

andel av BNP som hushållen och det offentliga använder till läkemedel. Under 1990-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 1990 till 34 miljarder kronor år 2000.

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 varje år räddat livet på fler människor än anta-

let som dör i trafiken. Till dessa förbättringar tillkommer ökad livskvalitet för människor som har sjukdomar.

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. Kan det möjligen bero på de villkor som sjukvården måste verka under?

LANDSTINGSMOBILTELEFONER

Låt oss säga att landstinget tillhandahöll och var huvudsaklig finansär 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 onödiga 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. 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 upphöra.

Nya förbättrade mobiltelefonmodeller skulle tas emot med blandade känslor av landtingsledningen, som för varje ny modell såg framför sig ökade ekonomiska bekymmer. Massmedia skulle få upp vittringen på det problem som hopades kring landstingens mobiltelefonverksamhet. Tidningsrubriker kring landstingens växande underskott, människor som trots stora behov köat i flera dygn, utarbetad personal, etc, skulle frammana bilden av en bransch i kris. Landstingens mobiltelefonverksamhet skulle beskrivas som ett stort samhällsproblem. Uppmärksamheten skulle försvinna från det faktum att medborgarnas mobiltelefoner under de senaste tio åren faktiskt hade blivit bättre.

SJUKVÅRD SOM MOBILTELEFONER?

”För ett anslagsfinansierat sjukhus kan budgetbalans bara nås genom att kostnaderna och därmed ofta produktionen begränsas”

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 den bästa utifrån deras behov. Detsamma gäller inte alltid

för sjukvård. 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. 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 genom försäkringslösningar och offentlig finansiering. Att en tredje part finansierar sjukvården 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 en risk för överkonsumtion av sjukvård.

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 sätta in en onödigt dyr behandling

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.

Utmaningen för varje sjukvårdssystem är att hitta lösningar som kan hantera dessa problem utan att samtidigt hämma den tillväxtpotential som finns.

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 lägre kostnad.

Genom att behandla patienter 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.

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.

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 sjukvårds-

givare utan att det får några större följder för deras tillväxt och storlek.

ERSÄTTNINGEN 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 skilljelinje går mellan betalningsmodeller som belönar sjukvårdsgivarna utifrån vad de presterar, och betalningsmodeller som ger dem ett fast anslag oavsett produktion.

Det vanligaste sättet att betala offentliga sjukvårdsgivare i Sverige var fram till början av 1990-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 anslagsfinansierad sjukvård är det viktigaste ekonomiska målet att kostnaderna för verksamheten inte överstiger anslaget. Eftersom ökad behandlingens volym inte påverkar intäkterna kan budgetbalans bara nås genom att kostnaderna och därmed ofta produktionen begränsas.

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 ett större antal patienter. Anta vidare att behandlingsmetoden 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 betalt för den ökade mängden behandlingar.

Med anslagsfinansiering kan det vara en nackdel för sjukhuset att införa en effektivare behandlingsmetod av ytterligare ett skäl. 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

Om sjukhus och läkare ersätts för den vård de producerar i stället för att ges fasta anslag, förändras incitamen-



ten att ge sjukvård. Ett sjukhus som kan öka sin produktion av sjukvård ökar också sina intäkter. Detta stimulerar sjukhuset att introducera ny teknik och bättre behandlingsmetoder.

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.

HALVHJÄRTAD 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. Eftersom effekten blir att ett ökat antal ersatta behandlingar utförs har också landstingens kontroll över kostnaderna minskat. Det har därför blivit vanligt att landstingen ger sjukhusen ett tak för hur många fullt ersatta prestationer de kan utföra. Att öka prestationerna utöver detta tak lönar sig inte för sjukhusen. Många landsting har dessutom behållit anslagsfinansiering eller infört blandformer som inte givit lika starka incitament.

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.

FINANSIERINGSMONOPOL GER UNDERKONSUMTION

För att utveckla hälso- och sjukvården som tillväxtnäring är reformering av ersättningsformerna en viktig komponent. Men inte tillräckligt. Om sjukvårdssystemet skall vara en tillväxtnäring måste sjukvårdsgivare som kan öka sin produktivitet också ha möjlighet att öka sin produktion.

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 skattecrona är sammankopplad med en samhällsekonomisk kostnad blir det nödvändigt att hålla tillbaka sjukvårdsutgifterna.

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 planeekonomi som skall bestämma vilka varor och tjänster som skall produceras. 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.

Mot denna bakgrund bör kompletterande finansieringskällor för sjukvård släppas fram. En uppenbar sådan källa är Försäkringskassan som i dag förlorar pengar på att inte kunna köpa upp vård och rehabilitering som landstingen inte klarar av att leverera till sjukskrivna patienter. En annan finansieringskälla är enskilda individer och företag som ser ett värde i att investera extra pengar i det egna humankapitalet eller som helt enkelt

”Kostnadskontroll tycks fortfarande vara ett viktigare mål än att öka produktiviteten och sjukvårdsutbudet”

kräver en högre servicenivå. Med till exempel ett skatteavdrag skulle staten kunna stimulera enskilda att själva eller genom sina företag köpa egna sjukvårdsförsäkringar. Det skulle ligga i linje med den logik som ger arbetsgivarna skatteavdrag för subventionera de anställdas sportutgifter.

Befintliga reformer av det svenska sjukvårdssystemet har varit inriktade på att stimulera sjukhusen att genomföra produktivitetshöjningar. Dessa förändringar har dock lett in i en återvändsgränd eftersom mer produktiva aktörer inte kan få avsättning för sina tjänster. Landstingen har helt enkelt inte råd att köpa upp den överkapacitet som skapas när sjukvården rationaliseras.

Ett sätt att lösa problemet är att öppna och stimulera en parallell marknad. Försäkringskassa, företag och enskilda är aktörer som kan se en nytta i tjänster som landstingen inte är beredda att efterfråga. En sådan parallellmarknad skulle utgöra en jobbskapande tillväxtnäring som samtidigt minskade trycket på landstingen.

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 sin roll som den närande sektor den faktiskt är.

Mats Ekelund (mats.ekelund@vasco.se) är sjukvårdsekonom och har nyligen publicerat ”Sveriges glömda tillväxtnäring: hälsa och sjukvård som möjlighet” på Timbro Hälsa.