

Vårdkonsument eller soffpotatis?

Nya balanspunkter för hälsa och sjukvård

HENRIK JORDAHL



TIMBRO
HÄLSA

<http://health.timbro.se>

Vårdkonsument eller soffpotatis?

Nya balanspunkter för hälsa och sjukvård

HENRIK JORDAHL

Om författaren/CV: Henrik Jordahl är doktor i nationalekonomi, forskare och lärare vid Uppsala Universitet. 2001 tilldelades han Wicksell-priset.



Oktober 2004

ISBN 91-7566-562-X

TIMBRO, BOX 5234, 102 45 STOCKHOLM

TEL 08-587 898 00

FAX 08-587 898 55

info@timbro.se

<http://health.timbro.se>

Förord

Det har inte saknats förslag till förändrad finansiering av sjukvården i den svenska och internationella debatten. Nästan samtliga propåer har syftat till att begränsa resurserna och hålla tillbaka kostnadsökningen. I offentliga eller privata monopolkulturer är detta naturligt; att hålla budgeten blir där oftast det övergripande målet. Sjukvården ses här som en kostnad med en tveksam och diffus intäktssida. Försöken att ”styra” sjukvården är fortfarande en fråga nästan uteslutande för politiska församlingar och offentlig förvaltning.

Resonemanget i denna rapport skiljer sig radikalt från dessa förhärskande perspektiv. Kostnads- och resultatkontroll i sjukvården är här av stor vikt – men vem ska svara för denna uppgift och hur ska det ske i tider då vårdkonsumenten kräver allt större delaktighet och inflytande? Förutsätter inte det allt starkare individuella inflytandet nya slags incitament och restriktioner?

Timbro Hälsa har i tidigare rapporter (”Konkurrens och ersättningssystem” 2002 och ”Vinstdrivna sjukhus” 2003) pekat på behovet av effektivare driftsformer inom den offentliga vården. Rapporten ”Sveriges glömda tillväxtnäring” 2003 pläderade för att vården bör utvecklas i dialog med sin marknad. ”Hembesök eller telefonkö” samma år visade på behovet av bättre tillgänglighet och konsumentbemötande inom primärvården. Och lanseringen av Svenskt Vårdkonsumentindex (VKI) 2004 illustrerar möjligheter att genom benchmarking stärka vårdkonsumenten och utveckla sjukvården. Vi kommer våren 2005 att uppdatera VKI och därtill introducera en EU-baserad jämförelse (EuroHealth Consumer Index).

Öppna för nya möjligheter

Henrik Jordahl resonerar i denna nya rapport om varför den svenska sjukvårdens finansiering behöver reformeras. Som sagt – utgångspunkten är inte att vård och hälsa kostar för mycket, utan att incitament och beslutsformer blivit allt mer otidsenliga och att en nödvändig resursförstärkning förhindras på grund av den offentliga finansieringens ställning. Författarens – och Timbro Hälsas – slutsats blir att dagens monopoliserade finansieringsystem måste öppnas för tillskott i privata former och att den enskildes inflytande över avvägningar och prioriteringar måste stärkas på det offentligas bekostnad.

Det är hög tid att lämna den gamla låsningen mellan ”vänster/ offentlig” och ”höger/ privat” för en mer framåtsyftande diskussion. Ty vare sig vi vill det eller inte blir förändringar nödvändiga. Det är bättre att göra dem målmedvetet och i god tid än motvilligt och alltför sent.

Viktiga skäl

Vilken är bakgrunden till Jordahls rapport? Låt mig nämna tre centrala utgångspunkter:

1. Den svaga patienten kommer att avlösas av den starka vårdkonsumenten. Denna revolutionerande förändring kommer att ske i samverkan eller konflikt med företrädarna för den nuvarande maktbalansen. Vårdkonsumenten vill ha inflytande och ta ansvar för sin egen och sina näras hälsa. Det gäller att skapa former för att detta ansvarstagande verkligen kan ske.
2. Förutsättningarna för att axla detta nya ansvar är i hög grad kopplat till de ekonomiska resurserna. Sjukvården i Sverige och andra EU-länder behöver en större andel av den samlade ekonomin. Ökad efterfrågan på grund av nämnda värderingsförändringar, snabbt växande medicinska möjligheter och i viss mån även den åldrande befolkningen driver upp anspråken. Samtidigt väntas den ekonomiska tillväxten i Europa avta under ett par generationer framåt. Ständiga skatte- och avgiftshöjningar strider direkt mot strävan att öka EU-ekonomins konkurrenskraft. Det kommer därför att krävas privata tillskott – vilka också stärker konsumentens ställning.
3. Som andra kvalificerade servicenäringar behöver sjukvården dialog med konsumenter och marknad för att utvecklas. En orsak till de stora vårdsystemens kvalitetsbrister är bristen på sådan samverkan. Därför behövs flera finansieringskällor som skapar önskvärda incitament till förbättring. Hälsa- och sjukvården kan bli en ledande europeisk tillväxtnäring. För att så ska ske blir en radikal decentralisering av makten över finansieringen nödvändig.

Stand in

Före det demokratiska genombrottet och välfärdsstatens etablering hade patienten i allmänhet en svag ställning på grund av klassamhälle, auktoritetstro, fattigdom och brist på kunskap. Det framstod då som både önskvärt och nödvändigt att patienterna hade starka företrädare i form av politiker. Sedan dess har mycket förändrats. I dag är sjukvårdspolitikens stand in-funktion ett hinder för patienten att förvandlas till en stark vårdkonsument. Det som en gång var en nödvändighet lever kvar utan att alternativen analyserats seriöst – på grund av ideologiskt motstånd och för att perspektivet ”konsumentstyrd sjukvård” framstår som alltför revolutionerande (att därtill många svar ännu saknas på frågor om hur ett sådant alternativ praktiskt skulle fungera är ytterligare en anledning, som vi förnyare har anledning att visa ödmjukhet inför).

Dagens sjukvårdsideologiska debatt i Sverige påminner om konservativa argument i rösträttsstriden för 100 år sedan. Skulle konsumenterna få påtagligt inflytande blir det överkonsumtion och lyxoperationer, varnar systembevararna. Folk kommer bara att tänka på sina egna krämpor, det blir omöjligt att prioritera, kostnaderna kommer att explodera, fina administrativa system hotas, svaga grupper kommer i kläm, folkhälsan äventyras. Det krävs därför även i framtiden en fast (nåja) men välvillig hand som leder medborgarna rätt.

Osäker hand

Att denna hand redan påtagligt darrar och svettas under de många målkonflikterna är påtagligt. Om vi litade på att högre makter (landstinget, sjukvårdsregionen, regeringen, EU) verkligen skulle anta morgondagens utmaningar, vore denna rapport överflödig. Men det är knappast dessa storheter som aktivt kommer att svara på den avgörande frågan: *Om konsumentinflytandet redan blivit så starkt att det är allt svårare att styra och ransonera sjukvård enligt beprövade metoder, efter vilka principer ska fördelningen då ske? Går det att skapa en ny balanspunkt mellan å ena sidan konsumentens behov och efterfrågan och å den andra vad ett allmänt tillgängligt vårdssystem förmår leverera?*

Det är vad denna rapport vill diskutera. Det största politiska bidraget till att trygga en god framtid för den svenska sjukvården vore att skapa denna nya balanspunkt. Sjukvårds-konton och andra ansatser, som Henrik Jordahl visar på, är byggstenar i denna strävan. Se gärna dessa möjligheter som principiella ansatser inför en nödvändig förändring, inte som färdiga konstruktioner eller modeller. Avvägningen av balansen mellan enskilt inflytande och ansvarstagande liksom formgivningen av den nya finansieringslösningen förutsätter dialog med inte minst vårdkonsumenter. Här är vi bara i början av en långsiktig process.

När två stora offentliga utredningar nu studerar behovet av förändring av de svenska välfärdssystemens finansiering och organisation borde även radikala perspektiv vara välkomna. Härom bör vi dock inte ha några illusioner; erfarenheterna talar för att den vårdpolitiska maktapparaten är en konserverande kraft som motvilligt gör minsta möjliga förändringar och först när de blivit oundvikliga. Tiden blir då sällan rätt för annat än smärre justeringar.

Förändringstrycket kommer därför att artikuleras främst underifrån – från frustrerade patienter och vårdkonsumenter som själva börjar ta makten över sin hälsa. De blir naturliga allierade i det nödvändiga reformarbetet.

Bryssel i augusti

Johan Hjertqvist

Tankesmedjan Timbro Hälsa
Bryssel/Stockholm

Executive summary

Public and private responsibilities have been put off balance in Swedish health care. Costs are rising steeply and a seemingly insatiable demand is creating problems in a public system where the funding can only grow significantly by increased taxation. The situation is plain for all to see. As health consumer influence grows (coupled with the rapid advancement of medical science) an increasing pressure will be put on the public funding system. Built for a hierarchic society of homogenous values and weak patients, the system has to confront a new reality: demanding citizens intent on better and more individualised services who deny the right to ration and to define painful priorities to the politicians.

Privately produced health care is here to stay – at least in Sweden’s largest cities. In Stockholm and its environs, private entrepreneurs already account for more than half of all primary health care. In Sweden as a whole, personal expenditure makes up twenty per cent of health care spending. But instead of taking action, the Social Democratic government has mounted an ideological attack on the profit motive at the same time as they passively observe actual developments.

This report discusses how Swedish health care ought to be financed. Numerous newspaper scareheads indicate that such a discussion is of immediate importance.

Publicly provided health care

Waiting lists, stress, and understaffing characterize Swedish health care. This is no surprise; queues are guaranteed to arise whenever prices are fixed below free market levels. Moreover, an egalitarian policy in effect means that people are prevented from being as healthy as they could. Every time a sick person pays for health care, a waiting list at a public hospital gets shorter. It is difficult to understand why some politicians are more willing to ban the profit motive than to cut waiting lists and improve the quality of health care.

From an economic point of view, there is no justification for public provision of health care on the grounds that it is a specific good, spending on which is all the time increasing. Consistent arguments for public provision of health care must instead be based on problems of asymmetric information, and perhaps also on paternalism.

Health care costs and the influence of patients

It is impossible to combine universal access to health care with heavy subsidies and non-increasing costs. The sharp increase in health care costs in the US and other countries can be explained by a combination of technological advances and public funding. In view of this situation, patients should be given more influence both as consumers and as financiers. This would yield a double dividend: additional resources would become available and patients would become more cost-conscious.

Health insurance in the US, South Africa, Singapore, and Switzerland

Medical Savings Accounts are a noteworthy part of the health care systems in the US, South Africa, and Singapore. Medical Savings Accounts combine illness coverage with private savings for routine health care. Switzerland, on the other hand, has a very competitive health care system, in which basic insurance is compulsory and supplementary insurance voluntary. There are substantial differences between the health care systems of these four countries, but compared to Sweden they all contain a large element of private savings.

Outcomes on South Africa's free market show that a lot of people prefer Medical Savings Accounts to other kinds of insurance. Rigid rules and uncertainty regarding their duration prevented Medical Savings Accounts from being met with the same enthusiasm in the US. But since January 1, 2004, Americans have access to Health Savings Accounts that are both permanent and more flexible.

Medical Savings Accounts are obviously no panacea, but compared with systems of third-part financing, they promote cost-consciousness by introducing simple economic incentives without undermining other dimensions of health care. Distributional objections are largely neutralized by the insurance cover for emergencies.

Medical Savings Accounts in Sweden?

Swedish health care suffers from various problems and has to be improved. Compared to the countries described in this report, Swedish patients have very little influence on the health care that they receive. The large subsidies also keep patients uninformed about the cost of their treatments. Neither as patients nor as voters can they make informed choices about unavoidable trade-offs.

Swedish Medical Savings Accounts need not be designed exactly as in the US, South Africa or Singapore. They could cover supplementary services only and be partly or totally financed by taxes. Of course there are disadvantages with such a system. Health care, for instance, is less suited for individual savings accounts than education and pensions. One could also point to the fact that healthy people will be able to consume relatively more in their old age. Critics for their part have to agree that the status quo is no longer an option in Swedish health care. Today's system is simply not financially sustainable.

It is time to start a constructive health care funding discussion which reflects economic realities and consumer values and which looks for a new equilibrium between consumer demand and public responsibilities.

Innehåll

1. INLEDNING	8
2. ARGUMENT FÖR OFFENTLIGT FINANSIERAD SJUKVÅRD	11
3. KOSTNADSKRIS OCH PATIENTINFLYTANDE	15
3.1 Varför så dyrt?	15
3.2 Någon annan betalar	17
4. FÖRSÄKRINGAR I FYRA ANDRA LÄNDER	19
4.1 USA	19
<i>Bakgrund</i>	19
<i>Medicare och Medicaid</i>	21
<i>HMO och PPO</i>	21
<i>Flexible Spending Accounts</i>	22
<i>Medical Savings Accounts</i>	23
<i>Utvärdering av Medical Savings Accounts</i>	24
<i>Health Savings Accounts</i>	25
<i>Framtida reformer</i>	26
4.2 Sydafrika	26
<i>Bakgrund</i>	26
<i>Sjukvårdskonton i Sydafrika</i>	28
<i>MSA i Sydafrika – resultat</i>	29
4.3 Singapore	30
<i>Bakgrund</i>	30
<i>Komponenter i Central Provident Fund</i>	31
<i>Medisave, MediShield, Medifund</i>	31
<i>Utvärdering av Singaporemodellen</i>	32
4.4 Schweiz	33
<i>Bakgrund</i>	33
<i>Den schweiziska särprägel</i>	34
<i>Obligatorisk grundförsäkring</i>	35
<i>Frivillig tilläggsförsäkring</i>	36
<i>Utvärdering</i>	36
4.5 Några jämförelser	37
5. ÄR SJUKVÅRDSKONTON NÅGOT FÖR SVERIGE?	40
REFERENSER	43

1 Inledning*

Sjukvården saknar en stabil balanspunkt mellan offentliga och privata ansvarsområden. Skenande kostnader och en till synes omättligen efterfrågan skapar problem i offentliga system som inte längre kan tillåtas suga åt sig mer skattepengar. Problemen märks inte bara i väntrummen till Stockholms och Piteås vårdcentraler. I USA anser allt fler arbetsgivare att sjukvården har nått ett kristillstånd som kräver dramatiska åtgärder.¹ I Storbritannien tycks inte de senaste fyra årens kraftigt ökande utgifter ha givit någon nämnvärd utdelning i form av mer eller bättre vård. Hela 80 procent av de brittiska läkarna och 69 procent av väljarna uppger att de inte tycker att sjukvården har blivit bättre.² Labourregeringen har därför tvingats överväga mer fundamentala reformer av National Health Service, landets statliga sjukvårdssystem.³ Kina håller som bäst på att privatisera finansieringen av sjukvården. I framtiden kommer de kinesiska skattebetalarna endast att ha ett begränsat ansvar för individernas sjukvård och då endast på landsbygden. Landets vice sjukvårdsminister Jiefu Huang har deklarerat att utländska vårdföretag och frivilligorganisationer är välkomna att vara med och reformera ägandet av Kinas 80 000 sjukhus.⁴

I Sveriges storstäder har den privata vårdproduktionen redan nått en sådan omfattning att den måste anses ha kommit för att stanna. Privata entreprenörer svarar i dag för mer än hälften av Stockholmsregionens primärvård.⁵ Den socialdemokratiska regeringen arbetar numera efter devisen att ”nya arbetssätt med en mångfald av vårdgivare och driftsformer bör uppmuntras”.⁶ Driften av sjukhus ska dock inte få överlämnas till vinstutdelande företag, om vår förre socialminister Lars Engqvist får som han vill.⁷ Men medan regeringen talar om att stänga ”gräddfilerna” följer sjukvårdsmarknadens utveckling med illa dold noggrannhet. Trots allt kommer redan var femte sjukvårdskrona från privat håll⁸ och beräkningar i den senaste långtidsutredningen⁹ visar att en fortsatt expansion av den offentliga sektorn inte kan finansieras med högre skattesatser.

.....
* Författaren tackar Johan och Oscar Hjertqvist, Peter O Sellgren och Fredrik Erixon för värdefulla diskussioner och synpunkter.

¹ Hewitt Associates: ”Health Care Expectations; Future Strategy and Direction”, <<http://was4.hewitt.com/hewitt/resource/spkrsconf/subspkrsconf/teleconferences/tapes/10-08-03exec.pdf>> (2004-02-23).

² *The Economist* 2003-05-08: ”Anyone see where the money’s gone?”

³ *The Economist* 2003-05-08: ”Big end, little end or thin end?”

⁴ Föreläsning vid Global Medical Forum III i Zürich 2004-03-22.

⁵ Hjertqvist, 2003, s 57.

⁶ Socialdepartementet: <http://social.regeringen.se/ansvar/halso_sjukvard/index.htm> (2004-02-23).

⁷ *Svenska Dagbladet* 2004-04-27, ”Patienten är ingen kund”.

⁸ Socialstyrelsen, 2002, *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002*.

⁹ SOU 2004:19, bilaga 1.

Det uteblivna samtalet om sjukvårdens finansiering är olyckligt av flera skäl. Först och främst därför att det kommer att behövas en riktig kris – läs vårdskandal – för att konsekvenserna av ny medicinsk teknik, en åldrande befolkning, den fria rörligheten inom EU och en rad relaterade problem ska tas på allvar.¹⁰ Och när krisen väl är ett faktum kommer regeringen att tvingas agera utan att väljarna har fått möjlighet att debattera frågan eller ta ställning till den i något riksdagsval. Alltså ungefär så som det gick till när den socialdemokratiska regeringen i oktober 1990 gjorde en oväntad helomvändning i frågan om svenskt EU-medlemskap genom att smyga in en bisats om detta i ett ekonomiskt krispaket. Skillnaden är att det inte kommer att bli någon folkomröstning om sjukvården i efterhand.

Den här rapporten syftar därför till att inleda en diskussion om hur svensk sjukvård bör finansieras. Att en sådan diskussion är både aktuell och relevant torde med all önskvärd tydlighet ha framgått för den som läser sin dagstidning eller tittar på tv-nyheterna. En larmrapport ur mängden kommer från Astrid Lindgrens barnsjukhus där fyra av elva vårdplatser på barnintensiven står tomma samtidigt som barnafödandet ökar och allt fler för tidigt födda barn räddas till livet. Sjukhusets verksamhetschef för spädbarnskirurgi Henrik Ehrén berättar att ”situationen börjar bli ohållbar och personalen gråter för att den inte kan ge barnen den vård den skulle vilja”.¹¹ De vuxna patienterna har det inte bättre. På grund av personalbrist står var fjärde intensivvårdsplats obemannad i Stockholm – det landsting där vårdsituationen är som mest pressad. Claes-Roland Martling, chef för centralintensiven på Karolinska Universitetssjukhuset Solna beskriver läget som ”värre än någonsin”:¹²

Patienterna har inte minskat. De finns men vi har inte möjlighet att ta emot dom.

Vi vet att det händer att patienter dör därför att vi inte har plats för dom.

Den långsiktiga sjukvårdsplaneringen verkar inte vara mycket bättre. Dagens personalnedskärningar kan komma att visa sig ödesdigra med tanke på det framtida rekryteringsbehov som oundvikligen följer av stora pensionsavgångar och en åldrande befolkning. Ytterligare en indikation på kortsiktigt tänkande fick vi då sex medicinska professorer och docenter gick ut och varnade för att Sverige håller på att bli en B-nation inom strålbehandling av cancersjukdomar.¹³

Den här rapporten är avgränsad till att diskutera kostnader och finansieringsformer för sjukvård och sjukvårdsförsäkringar. Sjukpenningen och liknande ersättningar för inkomstbortfall vid sjukdom behandlas inte.¹⁴ I de två närmast följande avsnitten följer en genom-

.....

¹⁰ Till exempel kommer Regeringsrättens domar i de tre målen 6396-01, 5595-9 och 6790-01 med största sannolikhet att få stora konsekvenser för svensk sjukvård. Domarna slår fast att de svenska landstingen enligt artikel 22 i rådets förordning 1408/71 från den 14 juni 1971 är skyldiga att betala svenska medborgares vårdkostnader i andra EU-länder om vården ifråga är en förmån enligt svensk lagstiftning och om patienten inte kan få vård inom den tid som är normal i Sverige. Landstingen kommer förstas att tvingas ta hänsyn till denna möjlighet när de i fortsättningen planerar sin verksamhet. Eftersom andra EU-länders medborgare måste ha samma rättigheter i Sverige kommer landstingen också att tvingas sätta tydliga prislappar på sina behandlingar.

¹¹ Svenska Dagbladet 2004-04-25, ”Situationen börjar bli ohållbar”.

¹² Svenska Dagbladet 2004-04-03, ”Kris inom intensivvården”.

¹³ Dagens Nyheter 2004-02-21, ”Politikers oförmåga drabbar cancersjuka”.

¹⁴ Läsaren bör vara medveten om att verklighetens olika offentliga försäkringar som regel påverkar varandra så mycket att en reform av en enskild försäkring sällan torde vara den mest gynnsamma strategin.

gång av de ekonomiska argumenten för offentligt finansierad sjukvård och av de förklaringar som kan tänkas ligga bakom sjukvårdskostnadernas snabba tillväxt i flera länder. Sedan beskrivs och jämförs sjukvårdssystemen i fyra länder där patientinflytandet är betydligt större än i Sverige, nämligen USA, Sydafrika, Singapore och Schweiz. Speciellt betonas så kallade sjukvårdskonton som kombinerar en katastrofförsäkring med ett sparkonto för rutinmässiga sjukvårdsutgifter. Sjukvårdskonton ger patienterna ett ökat inflytande över vården som balanseras av förstärkta incitament att ta ansvar för den egna hälsan. Rapporten avslutas med en diskussion om sjukvårdskonton kan vara något för Sverige.

2

Argument för offentligt finansierad sjukvård

I Sverige har det länge betraktats som självklart att sjukvård ska vara närapå avgiftsfri för patienterna. Så har det inte alltid varit och så är det inte i alla länder. Före 1955 sköttes sjukförsäkringen av frivilliga sjukkassor, och i USA betalas mindre än hälften av sjukvården över skattsedeln. Politiskt kan vårt svenska sjukvårdssystem förstås motiveras och förklaras med att ”folk vill ha det så”. För att uppnå lite djupare insikter måste vi emellertid gå ett steg längre och ställa frågan varför så många svenskar inte vill ha det på något annat sätt. Svaret är förmodligen att de tycker att tillgången till sjukvård bör vara jämlik. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är målet en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Till skillnad från i Danmark finns i Sverige inte någon autonomiprincip som betonar individens rätt att välja var han vill bli behandlad. Ett vanligt argument till stöd för svensk sjukvårdspolitik är att många sjukdomar ligger utanför individens kontroll. Naturen är ”orättvis” på det sättet att vissa människor föds som förlorare i det genetiska lotteriet.

Samtidigt kan det inte ha undgått någon att Sveriges offentliga sjukvård kännetecknas av köer, stress och underbemanning. Situationen är inte förvånande. Köer uppstår så fort priset på en vara – till exempel sjukvård – sätts lägre än det pris som skulle uppstå på en fri marknad. Offentligt tillhandahållen sjukvård med låga patientavgifter är därför ett system som med nödvändighet leder till ransonering. Besluten om vem som ska behandlas flyttas oundvikligen från de enskilda människorna upp till politiker och byråkrater. Det grundläggande problemet är att sjukvård inte kan vara högkvalitativ, heltäckande och avgiftsfri på samma gång.

Den egalitära uppfattningen att en viss resurs – i det här fallet sjukvård – ska fördelas jämnt i befolkningen, är alltså inte lika etiskt självklar som först kan tyckas. Frågan är varför jämlikheten ska gå före en strävan att alla ska vara så friska som möjligt. När en sjuk människa med gott om pengar betalar för att få vård sker det inte på bekostnad av att en annan sjuk människa med ont om pengar blir utan vård. Tvärtom, så fort någon köper sin egen vård blir köerna kortare för alla som väntar på att landstingets resurser ska räcka till för dem också. Om en läkare arbetar övertid för att kunna ta emot en patient som har råd att betala ur egen ficka får denna människa vård och chansen att bli frisk samtidigt som landstingens köer förkortas. Alla blir vinnare.

En egalitär politik syftar alltså inte till att människorna ska vara så friska som möjligt. Målet är att alla ska vara lika friska, eller – i värsta fall – lika sjuka. Människors hälsa maximeras inte med en egalitär politik. Därför är det svårt att förstå varför uppfattningar av typen ”man ska inte få tjäna pengar på människors sjukdom” ska tillmätas större betydelse än

priset, kvaliteten och kvantiteten på den vård som kommer sjuka människor till del. Den dag som den socialdemokratiska regeringen förbjuder landstingens sjukhus att ta emot patienter med privata försäkringar eller förbjuder entreprenörer att driva landstingsägda sjukhus i syfte att skapa vinst blir alla sjuka svenskar förlorare – även den majoritet som inte har tecknat privata försäkringar.¹⁵

Kan det ändå finnas ekonomiskt rationella argument för offentligt finansierad sjukvård? Kanske, men det rör sig inte om de argument som man först möter. Till att börja med kan man fråga sig varför just sjukvård och inte till exempel bilar bör fördelas jämnt. Vad är det som gör sjukvården speciell? Möjligen att den är livsviktig, ibland en fråga om liv och död. Livsviktigheten är dock inte unik för sjukvården. Mat och dryck är ännu viktigare för att överleva; ändå är det inte många som kräver att staten ska förse människor med deras dagliga näringsintag. Ett annat utmärkande drag hos sjukvården är att den har tagit allt större ekonomiska resurser i anspråk. Men inte heller detta är något unikt. Utgifterna för datorer har också stigit mycket kraftigt, vilket förstås inte är något argument för att staten ska börja tillverka datorer.

Ekonomiska argument för offentlig inblandning på marknaden för sjukvård utgår därför som regel inte från att sjukvård är en speciellt viktig vara.¹⁶ Vanligen motiveras offentligt finansierad och producerad sjukvård i stället med problem som har att göra med den osäkerhet som sjukdomar är förknippade med. Många åkommor drabbar en mycket liten andel av befolkningen, men för dem som drabbas kan sjukvårdskostnaderna bli enorma. Rent ekonomiskt betraktat liknar rädslan för vissa allvarliga sjukdomar rädslan för brand i hemmet. Och av exakt samma anledning som de flesta människor känner sig tryggare med en brandförsäkring önskar de också vara försäkrade mot de höga sjukvårdskostnader som uppstår vid behandlingar av allvarliga sjukdomar. Försäkringsmarknader är mer komplicerade än ”vanliga” marknader och det finns vissa anledningar att misstänka att marknader för sjukvårdsförsäkringar inte kommer att vara helt problemfria.

Till att börja med betar sig människor som är försäkrade mindre försiktigt än människor som inte är det. Ekonomer kallar det här problemet *moral hazard*, vilket vi kan översätta till *moralisk risk*. Den som försäkrar sin cykel mot stöld låser den inte lika noggrant som förut och undviker kanske inte längre att parkera den på platser där stöldrisken är hög. På samma sätt kan den som har en sjukvårdsförsäkring tänkas vara mer benägen att äta

.....
¹⁵ Dessa drastiska åtgärder – som av någon anledning inte ska gälla primärvården – presenterades i ett pressmeddelande från Socialdepartementet 2004-02-11, se

www.regeringen.se/galactica/service=irnews/owner=sys/action=obj_show?c_obj_id=58432 (2004-02-23).

¹⁶ Notera dock att bland andra Kenneth Arrow har argumenterat för att människor bryr sig om andra människors hälsa och att sjukvård därför bör subventioneras så att vårdproduktionen justeras i enlighet med denna omtanke. I sin kritik mot helt fria marknader för sjukvård nämner Arrow också den monopolställning som vissa sjukhus på små orter skulle åtnjuta, samt stordriftsfördelar genom en inlärningskurva sådan att andelen felbehandlingar minskar med erfarenheten (se Arrow, 1963). Följaktligen framstår stora sjukhus med mycket specialiserade läkare som attraktiva för patienterna. En rapport av Söderström och Lundbäck visar dock att dagens svenska sjukhus snarare är för stora än för små. De menar att en uppdelning i fler och mindre vårdenheter tillsammans med en ökad specialisering genom samverkan skulle kunna lösa många av problemen i svensk sjukvård (se Söderström och Lundbäck, 2002).

onyttig mat och välja tv-soffan framför söndagspromenaden. Även om alla människor förstås vill vara så friska som möjligt, eliminerar sjukvårdsförsäkringen ett ekonomiskt motiv för att investera i en god hälsa. Inte nog med det, när en försäkrad människa väl blivit sjuk vill denne förmodligen få så mycket vård som bara är möjligt eftersom det är försäkringsgivaren som betalar. I ett amerikanskt experiment där människor slumpmässigt placerades antingen i en grupp med full försäkring eller i en grupp med hög självrisk var sjukvårdskostnaderna 40 procent högre för de fullt försäkrade utan att några hälsoskillnader mellan grupperna kunde uppmätas.¹⁷

Moralisk risk är dock inte något entydigt argument för offentligt finansierad sjukvård. Människors oförsiktighet beror på att de är försäkrade – inte på vem som betalar försäkringen. Exempelvis kostar det i Sveriges offentliga försäkringssystem väldigt lite att konsumera mer och dyrare sjukvård än vad som kan anses vara ekonomiskt motiverat.

Ett annat problem med sjukvårdsförsäkringar är att de först och främst kommer att köpas av människor som redan är eller löper stor risk för att bli sjuka. Den ekonomiska termen för detta problem är *adverse selection*, ungefär *ogynnsamt urval* på svenska. Om en för hög andel av kunderna i ett försäkringsbolag blir sjuka och behöver vård tvingas bolaget höja premierna eller skärpa försäkringsvillkoren. Om premierna höjs kan marknadsutbudet av försäkringar komma att bli lägre än önskat. När det gäller sjukvård framstår emellertid en skärpning av försäkringsvillkoren som mer sannolik. En människas förväntade behov av sjukvård är nära kopplat till personens ålder och tidigare behandlingar. Försäkringsbolagen har därför mycket att vinna på att dela in försäkringstagarna i grupper som erbjuds högre eller lägre premier beroende på skillnader i sannolikheterna för sjukdom.¹⁸ Försäkringsbolagen kommer att erbjuda låga premier för de unga och friska, medan premierna för äldre människor med diabetes och hjärtproblem kan bli så höga att de kanske inte anser dem värda att betala.

Det ogynnsamma urvalet hindrar alltså inte nödvändigtvis försäkringsmarknaden från att fungera effektivt – försäkringstagarna får betala premier som står i ganska nära proportion till sannolikheten för att behöva vård. Det egentliga problemet är att många ser en orättvisa i att människor med högre sjukdomsrisk får betala högre försäkringspremier. I extremfallet blir de helt utan försäkring och tvingas betala sina sjukvårdskostnader rakt ur egen ficka.

Ett relaterat problem har att göra med att privata sjukförsäkringar så gott som uteslutande tecknas för en kortare period, vanligen ett år, i taget. Det går därför inte att försäkra sig mot risken att i framtiden bli betraktad som en högriskperson som får se sina premier höjas dramatiskt. Detta förhållande brukar användas som argument för att staten bör se till att skröpliga människor som visar sig vara i stort behov av vård inte ska drabbas för hårt ekonomiskt när deras hälsoproblem blir uppenbara för försäkringsbolagen.

.....
¹⁷ Experimentet rapporteras i Manning m fl, 1987.

¹⁸ Till exempel kostar Skandias sjukvårdsförsäkring Lifeline Privatvård Plus 2 171 kronor per år för en 19-åring och 30 467 kronor per år för en 85-åring.

Det finns huvudsakligen två politiska vägar för att omfördela ekonomiska resurser från människor med låga till människor med höga sjukdomsrisker. Antingen kan staten erbjuda försäkringsbolag att behandla riskgrupper olika eller också kan människor med höga risker subventioneras – antingen direkt på en försäkringsmarknad eller indirekt i ett offentligt finansierat system. Att tvinga försäkringsbolagen att behandla alla eller vissa grupper av försäkringstagare lika är dock inte så enkelt som låter. Om alla betalar lika höga försäkringspremier kommer försäkringsbolagen att vara mer måna om att behålla de kunder som har relativt låga risker för sjukdom. Det kan vara mycket lönsamt att ”plocka russinen ur kakan” så att bolaget bara har friska kunder. Även om försäkringsbolagen inte tillåts välja sina kunder genom att differentiera premierna kan de alltid ge sämre service till dem som visar sig ha höga sjukdomsrisker i syfte att förmå sådana olönsamma kunder att byta till något annat försäkringsbolag.

Avslutningsvis något om ett annat argument för politisk inblandning på marknaden för sjukvård, nämligen paternalism. En paternalistisk lag begränsar människors frihet ”i deras eget intresse”. Argumentet är relevant för sjukvården om det finns människor som inte förstår hur försäkringar fungerar eller som agerar så kortsiktigt, att de bittert kommer att ångra att de avstod från att teckna en sjukförsäkring. I så fall leder paternalismen till slutsatsen att sjukförsäkringen – precis som trafikförsäkringen – bör vara obligatorisk. En uppenbar svaghet med paternalism är att politiker och byråkrater inte vet vad enskilda människor tycker och tänker. En storlek passar inte alla. En annan svaghet är att de flesta människor lär sig med tiden. Om staten tar ansvar för människor kommer de att bli mindre benägna att göra det själva. Egenmakt står i motsättning till paternalism.¹⁹

.....
¹⁹ Den amerikanske sociologen Charles Murray menar att när människor inte behöver betala de omedelbara kostnaderna som följer av oansvarigt beteende luras de att ignorera även de långsiktiga konsekvenserna av sitt handlande. Om detta stämmer kommer människors beteende att stå i strid med vad som på lång sikt är bäst för dem. Paternalismen förvrängs när tidsperspektivet dras ut. Av de fyra länder som beskrivs längre fram i rapporten är den paternalistiska argumentationen mest uttalad i Singapore.

3

Kostnadskris och patientinflytande

Kan alla människor ges tillgång till billig sjukvård, samtidigt som de sammanlagda sjukvårdskostnaderna hålls under kontroll? Även om höga sjukvårdskostnader inte är ett problem i sig, uppstår ändå svårigheter när kostnaderna finansieras med skatter som snedvrider ekonomiska incitament och av detta och andra skäl möter politiskt motstånd. Kostnaderna för sjukvård har ökat dramatiskt i flera länder, i USA från 7 till 15 procent av BNP mellan 1970 och 2003. Den offentligt finansierade andelen av sjukvårdsutgifterna ökade under samma period från 38 till 45 procent. Bara under år 2003 ökade de amerikanska sjukvårdsutgifterna med 6,2 procent när inflationen räknats bort. Någon kostnadsökning motsvarande den amerikanska har vi inte sett i Sverige. Sedan 1970 har sjukvårdskostnadernas andel av BNP endast ökat med en procentenhet till 8,5 procent.²⁰ Att de svenska sjukvårdskostnaderna inte har ökat i samma takt som de amerikanska beror rimligen på att svensk sjukvård ransoneras. Patienterna tvingas köa för många behandlingar och vissa avancerade behandlingar tillhandahålls i princip inte alls.

3.1 VARFÖR SÅ DYRT?

Kostnadsökningen i USA och andra länder har givits flera förklaringar. Enligt en av dem kan produktiviteten i tjänstesektorn omöjligt hålla jämna steg med produktiviteten i tillverkningsindustrin. Orsaken är att det behövs mer arbetskraft och mindre maskiner i tjänstesektorn jämfört med i industrin. Eftersom en läkare behöver ägna en viss tid åt varje patient går det inte att öka produktionen per mantimme i sjukvården på samma sätt som i industrin. Om produktivitetsvinster är förhållandevis små inom sjukvården måste läkarnas löner stiga över tiden. Om inte skulle väldigt få personer söka sig till detta yrke. Följden av att läkarnas löner stiger blir förstås att priset på sjukvård går upp jämfört med andra varor.

Ovanstående ekonomiska faktum kallas Baumols sjuka efter ekonomen William Baumol, som noterade att dagens stråkkvartetter inte kan spela Mozart effektivare än vad 1700-talets stråkkvartetter kunde.²¹ Problemet med förklaringen är att stora delar av sjukvården vid närmare betraktelse kännetecknas av snabb teknologisk utveckling. Med nya läkemedel och kirurgiska metoder kan sjukdomar behandlas till allt lägre kostnader. Dessutom är efterfrågan på sjukvård inte heller så följsam vid inkomsthöjningar som den skulle behöva vara för att förklara den amerikanska kostnadsökningen med Baumols sjuka.²²

.....
²⁰ Socialstyrelsen, 2002, *Vårdens värde – vad får vi för pengarna i vård och omsorg?*

²¹ Baumol, 1993.

²² Uppskattningar av sjukvårdens inkomstelasticitet i USA ligger mellan 0,2 och 0,4. Det innebär att konsumtionen av sjukvård förmodligen inte ökar med mer än 0,4 procent när inkomsten ökar med 1 procent. Se Jones, 2003, s 4.

Enligt en annan förklaring förväntas många länders sjukvårdskostnader stiga av demografiska skäl. Enligt Victor Fuchs vid Stanforduniversitetet är sjukvårdskostnaderna för personer över 65 år tre gånger så höga som för personer under denna ålder; för personer över 85 år är utgifterna tre gånger så höga som för personer mellan 65 och 75. Fuchs anser att de riktigt gamla människornas sjukvårdskostnader mycket väl kan stiga till 10 procent av USA:s BNP, det vill säga till en mer än dubbelt så hög andel som i dag. I Tyskland förutspås sjukvårdsutgifterna stiga från 12,5 procent till 17,5 procent av BNP på grund av att befolkningen åldras. Även i Sverige kan den demografiska utvecklingen leda till statsfinansiella problem. Enligt SCB kommer antalet personer över 65 år att öka med 880 000 till år 2050, en ökning med 57 procent. Ungefär halva ökningen sker i åldrarna 80 år och däröver. Påfrestningarna på vården och pensionssystemet blir särskilt stora omkring år 2030. Då går de stora sextiotalistårgångarna i pension samtidigt som fyrtiotalisterna är i 80-årsåldern.²³ Stora skattehöjningar är oundvikliga om inga reformer genomförs.

Historiskt sett är det emellertid en tredje förklaring som – i alla fall i USA – verkar ligga bakom de snabbt ökande kostnaderna för sjukvård, nämligen den teknologiska utvecklingen. De senaste årens teknologiska landvinningar innebär att åkommor som tidigare inte kunde behandlas för alla pengar i världen nu kan kureras effektivt och med goda resultat. Som ett exempel begås i år ungefär 500 färre självmord i Sverige jämfört med i början av 1990-talet, en glädjande utveckling som troligen beror på den utökade användningen av antidepressiva läkemedel. Tekniska framsteg gjorde hälsovård, läkemedel och bioteknik till några av 2003 års vinnarbranscher på Stockholmsbörsen.

I kombination med offentlig finansiering förklarar vetenskapens frammarsch inte mindre än 50 till 75 procent av ökningen av de amerikanska sjukvårdsutgifterna sedan 1960.²⁴ Den här utvecklingen förstärks till på köpet med tiden, eftersom skattefinansieringen styr om efterfrågan från kostnadssänkande innovationer till innovationer som höjer vårdens tillgänglighet och kvalitet. Sammanfattningsvis har den snabba medicinska och tekniska utvecklingen ökat efterfrågan på sjukvård, samtidigt som den gjort traditionell ransonering genom långa väntetider allt mindre acceptabel. I längden godtar människor inte att det finns mängder av behandlingar som inte är tillgängliga för dem.

I takt med den ekonomiska och vetenskapliga utvecklingen har också allt fler tillstånd börjat betraktas som sjukdomar. Det var inte länge sedan utbrändhet, ”bokstavssjukdomar”, barnlöshet och allergier hörde till livets villkor. I en läsvärd essä om diagnoser förtäljer Karin Johannisson att de ”rörliga” eller ”kulturrelaterade” diagnoserna har ökat starkt på senare tid. Svaghet och handikapp tolereras i allt mindre utsträckning. Johannisson jämför 1980-talet, då miljöproblem som förgiftning och strålning ansågs göra människor sjuka, med 1990-talet då arbetslivsrelaterade problem som hårda krav och otrygghet tog över som förklaringsmodell.²⁵ Trots att det krävs läkarintyg från den åttonde dagen, verkar sjuk-

.....
²³ SCB, pressmeddelande nr 2002:123, 2002-05-21.

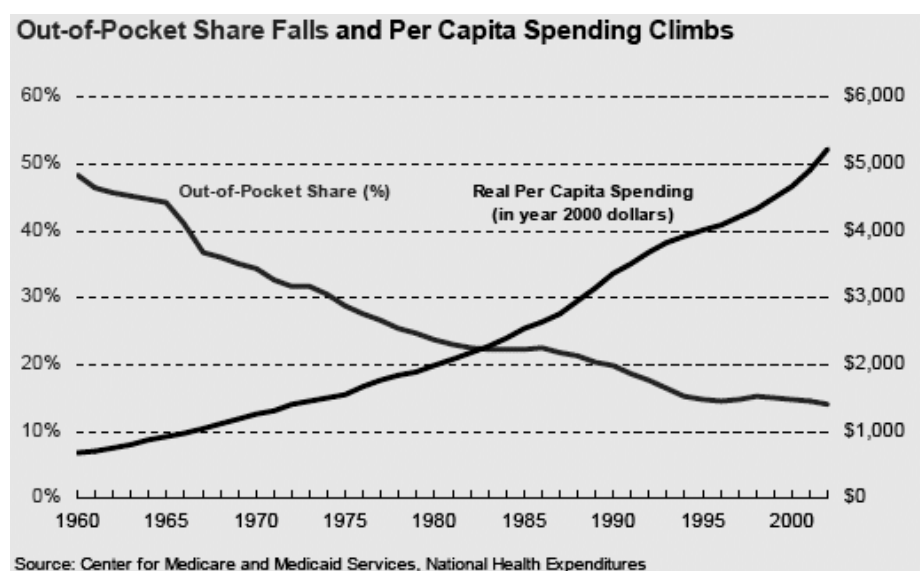
²⁴ Newhouse, 1992, och Jones, 2003.

²⁵ Johannisson, 2003.

skrivning – inte minst i Norrland – i dag vara en utväg att ta till när det är svårt att försörja sig på annat sätt. Arbetslösa sjukskriver sig oftare, speciellt när de närmar sig slutet på A-kassans ersättningsperiod,²⁶ men också i längre perioder, än människor med arbete. Kostnaden för sjukskrivningar är högre i län med hög arbetslöshet.²⁷ Ett personligt betalningsansvar framstår som särskilt angeläget vid kulturrelaterade sjukdomar, eftersom individen själv kan påverka dem i betydligt större utsträckning än vad som är möjligt vid ”traditionella” sjukdomar som cancer.

Även om den medicinska och tekniska utvecklingen är viktig får de enkla ekonomiska sambanden inte glömmas bort. Figur 1 visar att de amerikanska sjukvårdsutgifterna har ökat, samtidigt som den andel som patienterna betalar ur egen ficka har minskat. Som vi har sett vore det alltför enkelt att påstå att den ena kurvans fall ensamt förklarar den andra kurvans stigning. Inte desto mindre påminner de båda kurvorna om att patienter precis som andra konsumenter köper mer när priserna faller.

Figur 1. Betalningsandel ur egen ficka och sjukvårdsutgifter per capita i USA



Not: Figuren är tagen ur en rapport från Joint Economic Committee från den 25 februari 2004: http://jec.senate.gov/_files/MedicalSpendingGrowth.pdf (2004-04-26).

3.2 NÅGON ANNAN BETALAR

Av någon anledning står striden i svensk sjukvårdspolitik mellan dem som tycker att produktionen kan utföras i privat regi och dem som inte vill tillåta detta. Att finansieringen ska vara oförändrat offentlig är alla riksdagspartier och de flesta offentliga debattörer rörande

²⁶ Larsson, 2002.

²⁷ Riksförsäkringsverket, 2003, s 19 f.

överens om. Helene Norbergs utredning *En ny sjukvård* är ett typiskt exempel från den här avgränsade debatten. Norberg hävdar att svensk sjukvård skulle effektiviseras av ett ”peng-system” där vård- och omsorgsföretag konkurrerar om patienternas skattekonor.²⁸ Det ligger förstås mycket i detta. Konkurrensutsatta vårdcentraler skulle förhoppningsvis tvingas ta hänsyn till det på andra marknader helt centrala begreppet ”av kunden upplevd kvalitet”. Ett hälsotillstånd är nämligen till syvende og sidst subjektivt. I många fall är det självklart att en viss åkomma ska behandlas på ett visst beprövat sätt. I andra fall har läkaren svårare att avgöra vilken vård en patient vill ha och bör få. Dagens byråkratiska ordning tar inte stor hänsyn till människors varierande behov, värderingar och livssituationer. En skidlärare, en musiker och en gruvarbetare gör inte samma prioriteringar när det gäller sjukvård. Därför behöver sjukvården mer av patientinflytande, valfrihet och konkurrens.

Men sjukvård är mer komplicerad än så. Kostnaderna riskerar att skjuta i höjden när privatpraktiserande läkare behandlar patienter på någon annans bekostnad. Så länge staten eller försäkringsbolagen betalar vården ligger det i läkarens intresse att ge patienterna så många och så dyra behandlingar som möjligt.²⁹ Det är inte svårt att se det problematiska i att en tredje part betalar för de behandlingar som läkaren och patienten kommer överens om. Vid representationsmiddagar är det till exempel inte ovanligt att notan kraftigt överstiger den summa som människorna kring bordet normalt spenderar på krogen – just eftersom någon annan betalar kalaset. I sjukvården förvärras problemet av att läkaren – till skillnad från krögaren – sitter inne med information om vad och hur mycket kunden behöver köpa. Därmed inte sagt att det vore dumt att konkurrensutsätta svenska sjukhus. Poängen är att reformer på produktionssidan inte kan isoleras från reformer på finansieringssidan.

Att patienten uppsöker läkaren för att få reda på vilken behandling som är nödvändig är emellertid inte något unikt för sjukvården. Det finns gott om marknader där konsumenterna inte vet speciellt mycket om de varor och tjänster som de köper. I normala fall ställer denna okunskap inte till med några större problem. Ryktesspridning och möjligheten att i fortsättningen handla hos konkurrenterna begränsar säljarens möjligheter att utnyttja sitt informationsövertag. Det stora problemet uppstår när konsumenterna, som i sjukvården, saknar information, samtidigt som de inte behöver ta hänsyn till kostnaderna.

Patienterna skulle behöva öka sitt inflytande både som konsumenter och som finansiärer. Men medan ett ökat konsumentinflytande inom nuvarande finansieringssystem riskerar att leda till kostnadsproblem, ger ett personligt betalningsansvar upphov till medvetenhet och ansvarsfullhet bland konsumenterna. En utökad privat finansiering ger en dubbel vinst; sjukvården tillförs välbehövliga resurser samtidigt som patienterna blir mer kostnadsmedvetna.

.....
²⁸ Norberg, 2002.

²⁹ I en känd amerikansk studie (Chassin m fl, 1989) fick en läkarpanel studera 5 000 patientjournaler och uttala sig om nödvändigheten hos de givna behandlingarna. En majoritet av läkarna ansåg att 22 procent av behandlingarna inte borde ha genomförts.

4

Försäkringar i fyra andra länder

Den här rapporten beskriver system för sjukvårdsfinansiering i fyra länder där patienterna har betydligt mer att säga till om än i Sverige. Vi börjar med USA och beskriver bland annat införandet av individuella sjukvårdskonton. Sjukvårdskonton består av två delar: årliga insättningar på ett sparkonto som används för rutinmässiga vårdutgifter och en katastrof-försäkring som skydd mot riktigt höga sjukvårdskostnader. Till en början var införandet halvhjärtat, något som förändrades i januari 2004, då dessa konton gjordes permanenta och öppnades för alla amerikaner. Sydafrika är ett annat intressant land, där en betydande avreglering i mitten av 1990-talet har givit upphov till en omfattande privat marknad där försäkringspaket med sjukvårdskonton blivit mycket populära. Singapore erbjuder en annorlunda filosofi som kombinerar valfrihet med personligt ansvar i ett ganska paternalistiskt system som bygger på offentligt administrerade sjukvårdskonton. Schweiz slutligen uppvisar en mångfald av regionala system där privat och offentlig vård samsas enligt principen att det offentliga griper in om de privata alternativen fallerar.

4.1 USA

Bakgrund

USA har världens mest avancerade sjukvård. Hit kommer människor från hela världen för att få den bästa vård som kan köpas för pengar. De flesta amerikanska sjukhus är privata, men hela 85 procent av dessa är inte vinstdrivande. Samtidigt hävdar många att amerikansk sjukvård också är den mest ineffektiva. I genomsnitt lever inte amerikaner längre än européer trots att de spenderar dubbelt så mycket pengar på mediciner, läkarbesök och högteknologisk utrustning. Jämfört med Kina spenderar USA 150 gånger mer per capita, men ändå vaccineras en lägre andel av de amerikanska barnen mot vissa sjukdomar.³⁰ Samtidigt som allt större resurser läggs på sjukvård saknar 41 miljoner amerikaner en sjukförsäkring.³¹

Alla som saknar en sjukförsäkring blir förstås inte utan sjukvård. Det finns personer som föredrar att betala hela kostnaden ur egen ficka när de behöver vård, och det finns personer som får sjukvård utan att behöva betala. Committe on Ways and Means uppger i sin grönbok för år 2000 att amerikanska sjukhus under 1998 tillhandahöll vård för nästan 17 miljar-

.....
³⁰ *The Economist* 1998-03-05: "Your money or your life."

³¹ Pear, 2003, "New Study Finds 60 Million Uninsured During a Year", *New York Times* 2003-05-13, del A, s 22.

der dollar utan att få någon ersättning. De amerikanska sjukhus som deltar i Medicare (se nedan) – det vill säga nästan alla sjukhus – måste enligt Emergency Medical Treatment and Labor Act undersöka en patient, ge ”stabiliserande” akut sjukvård och vid behov flytta honom vidare utan att fråga om han har möjlighet att betala sjukhusräkningen. Oförsäkrade amerikaner kan alltså inte nekas akut sjukvård. Om de saknar pengar är deras problem att de tvingas vänta på att uppsöka läkare till dess att deras tillstånd betraktas som ”akut”.

Till skillnad från vad många svenskar tycks tro består gruppen av 41 miljoner oförsäkrade amerikanerna inte huvudsakligen av fattiga människor. De allra fattigaste, de handikappade och de gamla försäkras genom de offentliga Medicare- och Medicaidprogrammen. De flesta av de oförsäkrade tillhör medelklassen, en tredjedel av dem har en årsinkomst över 50 000 dollar. Ungefär hälften saknar försäkring under kortare tid än sex månader. Det typiska oförsäkrade hushållet är ett ungt par där mannen arbetar i ett litet företag som inte tillhandahåller någon sjukvårdsförsäkring.³²

Enligt en rapport från Cato Institute är det i de konventionella amerikanska sjukvårdssystemen ovanligt att patienten betalar merparten av sin sjukvård själv.³³ För varje dollar som en patient spenderar på sjukvård beräknas i genomsnitt 80 procent betalas av någon annan än patienten själv. Individerna hålls på detta sätt närmast ovetande om vilka kostnader deras vårdval innebär. När patienterna spenderar försäkringsbolagens, arbetsgivarnas och skattebetalarnas pengar riskerar konkurrensen att sättas ur spel, eftersom patienterna inte har något att vinna på att välja det lägsta priset för en given typ av vård.

I augusti 1996 undertecknade dåvarande presidenten Bill Clinton Health Insurance Portability and Accountability Act, som efter stora mödor hade antagits av kongressen. Lagen innehöll ett antal betydelsefulla reformer på hälso- och sjukvårdsområdet. En av de mer uppmärksammade reformerna handlade om att under en försöksperiod introducera Medical Savings Accounts (MSA), ett slags sjukvårdskonton som sedan en tid tillbaka förespråkades av bland andra American Medical Association, en sammanslutning av USA:s läkare. Med start den 1 januari 1997 gavs egen- och småföretagare (högst 50 anställda) möjlighet att delta i pilotprojektet. Maximalt 750 000 konton av detta slag medgavs under försöksperioden som inledningsvis pågick under fyra år, men som senare förlängdes till och med år 2003.³⁴

Den 8 december 2003 undertecknade president George W Bush en ny lag som innebär att MSA ersätts av Health Savings Accounts (HSA). Till skillnad från MSA är HSA öppna för alla amerikaner och kontona är inte längre tidsbegränsade. Att sjukvårdskontona gjorts permanenta kan visa sig få vittgående konsekvenser för amerikansk sjukvård. I sitt tal om nationens tillstånd den 20 januari 2004 gjorde Bush klart att ett statligt sjukvårdssystem är fel botemedel för USA. Genom att hålla kostnaderna under kontroll, öka tillgången till

.....
³² *The Economist* 2002-12-19: "In sickness and in health."

³³ Bunce, 2001.

³⁴ United States Department of Health and Human Service: <www.hhs.gov/news/press/1996pres/960821.html> (2003-04-06).

sjukvård samt hjälpa fler amerikaner att få råd med försäkringsskydd ska USA behålla det till stora delar privatfinansierade system som enligt presidenten har visat sig göra amerikansk sjukvård till den bästa i världen.

Tanken med sjukvårdskonton är att de ger patienterna incitament att välja den bästa och mest kostnadseffektiva vården och undvika onödiga behandlingar. Systemet skulle också innebära en administrativ avlastning, eftersom ingen tredje part behöver blandas in när rutinmässiga sjukvårdskostnader betalas direkt från patienternas sparkonton. Det är inte kostnadseffektivt att dra igång en byråkratisk apparat för att betala tillbaka några hundralappar till en patient efter ett odramatiskt läkarbesök.

Härnäst följer en kortare redogörelse för några viktiga inslag i amerikansk sjukvård. Redogörelsen inkluderar en presentation av MSA och HSA, som sätts i relation till behovet att reformera sjukvårdens finansiering, men som också utsätts för en del kritik.

Medicare och Medicaid

Medicare är ett federalt sjukförsäkringsprogram för äldre människor (över 65 år) och för människor med särskilda funktionshinder och sjukdomar. Medicare består av två delar: dels försäkring vid sjukhusvistelse, dels kostnader relaterade till läkarbesök och liknande tjänster. År 2001 hade Medicare 39 miljoner förmånstagare, varav 34 miljoner äldre människor och 5 miljoner handikappade. Kostnaden som steg med 7,8 procent jämfört med året innan var 237 miljarder dollar.³⁵ Enligt beräkningar gjorda av Congressional Budget Office kommer den årliga kostnaden för Medicare att stiga till över 480 miljarder dollar inom ett årtionde.³⁶

Medicaid är å sin sida ett samarbete mellan de federala och delstatliga myndigheterna, vilket ska hjälpa låginkomsttagare med deras sjukvårdskostnader. Inom en struktur av federala riktlinjer bestämmer delstaterna själva förmånernas storlek och vem som är berättigad till hjälp. År 2001 erhöll ungefär 44 miljoner amerikaner bidrag från Medicaid. De federala utgifterna för programmet var 124 miljarder dollar. Delstaterna betalade 95 miljarder dollar.³⁷ Utgifterna för Medicaid har ökat betydligt under senare år och blivit till ett problem för flera delstater.

HMO och PPO

Health Maintenance Organizations, HMO, är ett av de två mest spridda hälsovårdssystemen i USA. Enligt en undersökning från den amerikanska samarbetsorganisationen för grossistbranscherna erbjöd drygt 40 procent av de amerikanska företagen sina anställda HMO år 2002.³⁸ Till sin HMO betalar man en månatlig avgift och får i gengäld tillgång till

.....
³⁵ Civitas: <www.civitas.org.uk/pdf/USABrief.pdf> (2003-04-13).

³⁶ *The Economist* 2003-02-01: "Uphill all the way".

³⁷ Civitas: <www.civitas.org.uk/pdf/USABrief.pdf> (2003-04-13).

³⁸ National Association of Wholesaler-Distributors: <www.naw.org/news/health_insurance.pdf> (2003-05-21).

läkarbesök, sjukhusvård och operationer för en mindre patientavgift. Varje HMO har tillgång till ett nätverk av läkare som deltar i systemet. När den enskilde träder in i en HMO väljer han en husläkare som får ansvaret för hans framtida vårdbehov. Den viktiga skillnaden jämfört med en traditionell försäkring är att patientens HMO fattar vissa beslut om patienten ska få vård eller ej. Behandlingar som betraktas som onödiga stoppas. Genom att företräda en stor grupp människor uppnår en HMO en större förhandlingsstyrka gentemot läkarna än vad de enskilda patienterna har. En HMO åtnjuter stordriftsfördelar och har incitament att satsa på förebyggande vård och räkna ut vilka behandlingar som är mest kostnadseffektiva.

Jämfört med en ren försäkringsmarknad har en HMO fördelen att kostnaderna hålls under kontroll. Nackdelen är att tillgången på vård begränsas, vilket har skapat stor irritation för att inte säga avsky. Endast 15 procent av amerikanerna uppger att deras förtroende för HMO är stort, att jämföra med 28 procent för elleverantörer och 38 procent för offentliga skolor.³⁹ Obegripliga blanketter, telefonköer och uteblivna utbetalningar till patienterna tycks vara de vanligaste skälen till missnöjet. Kostnadsjakten har givit upphov till missnöjda kunder.

Det andra stora hälsovårdssystemet, Preferred Provider Organization, PPO, är en paraplyorganisation för ett antal läkare och sjukhus som, via ett försäkringsbolag, ger sina medlemmar rabatterade vårdavgifter. Ungefär 80 procent av företagen erbjuder sina anställda att nyttja en PPO. En skillnad jämfört med en HMO är att patienten betalar för sjukvården i det första skedet, och sedan i efterhand erhåller ersättning enligt särskild överenskommelse. Detta innebär att människor som tillhör en PPO kan välja läkare själva och de behöver således inte (som i HMO-systemet) enbart välja bland förutbestämda läkare.

HMO och PPO har vuxit kraftigt de senaste 15 åren. Andelen amerikaner som tillhör en sådan typ av sjukvårdsorganisation har stigit från 13 procent 1987 till 75 procent 1999.⁴⁰ Den snabba tillväxten beror framför allt på att arbetsgivarna finner det attraktivt att vården ransoneras. Många amerikaner har fått bekanta sig med byråkrati liknande den i Sverige, till exempel remisskrav för att få tid hos en specialistläkare. För arbetsgivarna innebär ransoneringen att det blir billigare att sluta avtal med en HMO än att betala sina anställdas kostnader för traditionella sjukförsäkringar.

Flexible Spending Accounts

Sedan 1978 finns möjlighet för amerikanska löntagare att spara pengar i så kallade Flexible Spending Accounts (FSA). Ett sådant konto ska fungera som en finansiell buffert vid kostnader som de ordinarie sjukvårdssystemen inte täcker. FSA kan bara initieras av den anställdes arbetsgivare. År 2002 erbjöd omkring hälften av de amerikanska företagen sådana konton till sina anställda.⁴¹

.....
³⁹ *The Economist* 2001-06-21: "Hillary you won the war: But will health care get any better?"

⁴⁰ *The Economist* 1999-11-11: "Managed retreat".

⁴¹ National Association of Wholesaler-Distributors: <www.naw.org/news/health_insurance.pdf> (2003-05-21).

Många amerikanska löntagare avstår dock från FSA av ett särskilt skäl, nämligen att pengar som vid årets slut finns kvar på kontot går förlorade. Det var inte tanken när FSA introducerades, men 1984 förändrade skattemyndigheten bestämmelserna i denna för den enskilde negativa riktning. Resultatet har blivit att till exempel plastikkirurger under årets sista veckor möter en anstormning av personer som vill förbruka sitt kontosparande på ingrepp som de annars inte skulle ha gjort.⁴²

Enligt en undersökning av löntagare med FSA var den genomsnittliga summan som avsatts till FSA 930 dollar, och i genomsnitt var det omkring fyra procent av detta som inte förbrukades. Detta ska jämföras med löntagare som enrollerats i Medical Savings Accounts (MSA), där cirka hälften av de sparade medlen finns kvar vid årets slut.⁴³ Skälet är att MSA, till skillnad från FSA, tillåter att pengar finns kvar på kontot från ett år till nästa. Hur MSA fungerar beskrivs i nästa stycke.

Medical Savings Accounts

Från 1997 till 2003 var MSA ett alternativt sätt att betala för hälso- och sjukvård. MSA innebar ett steg mot utökad frihet under ansvar för den enskilde. Grundtanken var att ett eget sparande skulle ge incitament att på ett klokt sätt hushålla med sjukvårdsresurserna.

Ett MSA bestod dels av ett sparkonto för hälso- och sjukvård, dels av en sjukförsäkring med hög självrisk. Sparkontot kontrollerades av den enskilde och sparmedlen kunde användas för att betala rutinmässiga summor för sjukvårdsutgifter. Den kompletterande försäkringen svarade för mer omfattande utgifter i händelse av allvarigare sjukdom eller skada, långtidsvistelse på sjukhus eller vid annat slags exceptionell ohälsa. En sådan katastrofförsäkring var obligatorisk för dem som sparade i MSA.

I det amerikanska pilotprojektet fick individer skattefritt deponera upp till 65 procent av den obligatoriska försäkringens självrisk, medan motsvarande siffra för familjer var 75 procent. Vidare fick inte anställda skattefritt deponera pengar till sparkontot om deras arbetsgivare gjorde det, och vice versa. Antingen fick den anställda eller arbetsgivaren deponera pengar, men inte båda.⁴⁴

Försäkringen som kopplades till sjukvårdskontot var, till följd av sin högre självrisk, i de flesta fall billigare än en försäkring med lägre självrisk. Tanken var att den enskilde skulle använda en större andel av sin inkomst till att göra insättningar på sparkontot och en mindre andel till att betala försäkringspremier.

.....
⁴² Sedan 2003 finns så kallade Health Reimbursement Arrangements (HRA) som en ny variant av FSA. Endast arbetstagaren får deponera pengar i en HRA och outnyttjade medel får föras över från ett år till nästa. Detta gör HRA mer flexibla än FSA, men flexibiliteten begränsas av att pengarna inte får användas för andra ändamål än sjukvård och av att de kan gå förlorade vid byte av arbetsgivare.

⁴³ National Center for Policy Analysis: <www.ncpa.org/pub/ba/ba319/> (2003-04-06).

⁴⁴ Stone and Associates: <www.stonemsa.com/msahr3103.html> (2003-05-21).

Ett sjukvårdskonto begränsar med andra ord de tillfällen, såväl till antal som till omfattning, då patienten behöver betala sjukvårdsutgifter direkt ur egen ficka. Vid sjukdom behöver patienten aldrig skaka fram mer pengar än skillnaden mellan försäkringens självrisk och medlen på sparkontot.

Reglerna för MSA stipulerade att nivåerna på försäkringens självrisk fick vara lägst 1 650 och högst 2 500 dollar för en enskild, medan de för familjer fick vara lägst 3 300 och högst 4 950 dollar. Det fanns också ett tak för hur mycket patienten under ett år maximalt kunde behöva betala direkt ur egen ficka. För en enskild individ var denna begränsning 3 300 dollar, och en familj behövde aldrig betala mer än 6 050 dollar per år i sjukvårdsutgifter.⁴⁵

Eventuellt överskott på sparkontot vid årets slut fortsatte att vara inestående och förräntades utan att beskattas. Uttag för att betala sjukvård var skattefria, men uttag för andra syften var skattepliktiga. Eftersom varje MSA var knuten till en enskild individ var det möjligt att flytta med sig sitt tillgodohavande vid byte av arbetsgivare. De sparade medlen kunde också användas för att betala sjukvårdsförsäkringspremier och hälsokostnader vid arbetslöshet.

Utvärdering av Medical Savings Accounts

En granskning som National Center for Policy Analysis (NCPA) gjort visar att en del regleringar ledde till att resultaten av MSA inte blev så goda som de skulle ha kunnat bli.⁴⁶ Regleringarna av vilka slags försäkringar och vilka olika självrisknivåer som ansågs kvalificera för MSA, liksom det faktum att projektet var tidsbegränsat och endast omfattade en liten del av den amerikanska befolkningen, innebar att försäkringsbranschen hade mycket begränsade incitament att erbjuda de specifika produkter som behövdes. Betydligt färre försäkringsbolag än planerat konstruerade lämpliga försäkringar – exempelvis valde flera större försäkringskoncerner att avstå från att gå in på marknaden. Lagen medgav 750 000 konton av det här slaget, men endast 80 000 öppnades.

Trots det ringa intresset för MSA tyder studier på en del goda resultat. MSA verkar ha hållit nere kostnaderna lika effektivt som HMO och PPO utan att begränsa patienternas valmöjligheter lika mycket som dessa typer av organisationer gör.⁴⁷

I debatten kring huruvida MSA mestadels skulle tilltala den friska delen av befolkningen framfördes argumentet att MSA skulle öka risken för ogynnsamt urval, d v s att försäkringar främst kommer att tecknas av människor med höga sjukdomsrisker. Men eftersom det var arbetsgivarna som bestämde vilken typ av sjuk- och hälsovårdsförsäkring som de anställda hade att välja på, och eftersom de flesta företag (83 procent enligt en uppskattning)⁴⁸ bara erbjuder en typ av försäkring, var en sådan rädsla nog överdriven.

.....
⁴⁵ MSA Financial Services: <www.msainfo.net/guidelines.html> (2003-05-21).

⁴⁶ NCPA: <www.ncpa.org/ba/ba327/ba327.html> (2003-04-06).

⁴⁷ Ozanne, 1996.

⁴⁸ NCPA: <www.ncpa.org/ba/ba203.html> (2003-04-06).

Health Savings Accounts

I enlighet med 2003 års Medicare Act har MSA från och med den 1 januari 2004 ersatts av Health Savings Accounts (HSA). Dessa nya hälsokonton är en utvidgad och mer flexibel form av MSA. De viktiga skillnaderna jämfört med MSA är:

- ➔ Alla som köper en godkänd sjukvårdsförsäkring med hög självrisk får spara i HSA.
- ➔ Vem som helst kan sätta in pengar på kontot: arbetslösa, arbetsgivare, arbetstagare etc.
- ➔ HSA är permanenta.
- ➔ HSA är portabla – kontot tillhör individen och påverkas inte vid byte av arbetsgivare.
- ➔ HSA ger större valfrihet mellan olika nivåer av självrisk.

Försäkringar med en självrisk på minst 1 000 dollar per år för individer och 2 000 dollar per år för familjer ger rätten att börja spara i en HSA. Den maximala självrisk får inte överstiga 5 000 dollar för individer och 10 000 dollar för familjer. Insättningar är avdragsgilla och ränteintäkterna som uppstår är skattefria. Medel som används till att betala sjukvård (inklusive labbtester, glasögon, tandvård och plastikkirurgi) är därmed helt skattebefriade. Det är också tillåtet att ta ut pengar för andra ändamål, men då beskattas uttagen och beläggs med en straffavgift på 10 procent. Straffavgiften gäller endast för människor som inte har fyllt 65 år.

Den maximala (skattefria) HSA-insättningen för individer är det lägre beloppet av antingen 2 600 dollar eller den tillhörande sjukvårdsförsäkringens självrisk. För familjer gäller det lägre beloppet av 5 150 dollar eller försäkringens självrisk. Den som är 55 år eller äldre får under år 2004 sätta in ytterligare 500 dollar. Den tillåtna extrainsättningen kommer att öka årligen fram till 2009 då den kommer att vara 1 000 dollar.

Det är naturligtvis för tidigt att utvärdera effekterna av HSA, men det är tydligt att dessa konton kan få till stånd en stor förändring av det amerikanska sjukvårdslandskapet i individualistisk riktning. Förhoppningen är att sjukvårdskontona ska begränsa överkonsumtion genom att uppmuntra en klok hushållning med sjukvårdens resurser. Nackdelen är förmodligen att HSA i större utsträckning än MSA riskerar att främst tilltala individer med höga förväntade kostnader för sjukvård, och fresta försäkringsbolagen att plocka ruggen ur kakan när sjukvårdskontot och dess tillhörande försäkring helt och hållet är kopplade till individen. För att hjälpa människor som av medicinska skäl inte erbjuds att teckna försäkringar eller som av samma anledning inte har råd att betala skyhöga premier kommer den federala staten under år 2004 att subventionera delstaterna med 40 miljoner dollar som ska avsättas i en högriskpool. En sådan ”riskdelning för höga risker” kan vara ett effektivt och marknadskonformt sätt att förhindra att de riktigt sjuka hamnar utanför försäkringsmarknaden.⁴⁹

.....
⁴⁹ Tanken med ”riskdelning för höga risker” beskrivs närmare i van de Ven och Ellis, 2000, s 821 ff.

Framtida reformer

Redan i sitt tal om nationens tillstånd den 28 januari 2003 betonade president Bush vikten av att reformera den amerikanska sjukvården.⁵⁰ Presidenten utlovade en mer flexibel och medborgarnära vård, där amerikanerna själva väljer sina läkare och där makten ligger hos patienter och sjukvårdspersonal snarare än hos byråkrater och organisationer av HMO-typ. I samma tal ett år senare, den 20 januari 2004, uppgav Bush att de teknologiska framstegen inom den medicinska sektorn gör att sjukvårdssystemen belastas allt hårdare.⁵¹ Presidenten bedyrade samtidigt att amerikanska medborgare ska kunna ha råd att välja bland de privata sjukvårdsförsäkringar som bäst passar deras specifika behov. Med start år 2005 kommer pensionärerna dessutom att ges ett försäkringsskydd som täcker preventiva undersökningar för att upptäcka hjärtsjukdomar och diabetes samt att erhålla kraftigt subventionerade läkemedel. Eventuellt kommer även allmänna hälsoundersökningar att inkluderas i Medicare, vars budget förväntas växa mer än den någonsin gjort sedan programmet infördes 1965. Bush har också föreslagit att premierna för de katastrofförsäkringar med hög självrisk som berättigar till HSA-sparande ska göras avdragsgilla.

Varför sjukvårdskonton och tillhörande försäkringar ska vara skattefria är inte helt enkelt att förstå. Om överkonsumtion är ett problem borde skatten snarare vara hög för att avskräcka köp av sjukvård. Å andra sidan skulle HSA endast vara sjukvårdskonton till namnet om de varken var skattegynnade eller belagda med straffavgifter vid uttag för andra ändamål än sjukvård. Kanske kan skattebefrielsen därför ses som ett led i en paternalistisk politik grundad på en tro att människor inte till fullo förstår sjukvårdens värde och därför behöver en knuff i rätt riktning.

Sammanfattningsvis är HSA-reformen ett stort och djärvt steg mot ett mer individualistiskt sjukvårdssystem. Det främsta argumentet för reformen är att människor som spenderar pengar från sina egna konton kommer att vara mer försiktiga och ansvarstagande. Det främsta problemet med reformen är de selektionsproblem som förstärks av att kontona är helt individuella. Å andra sidan motverkas selektionen av läkaretiken, av att varje försäkringsbolag vill ha ett gott rykte och av att varje arbetsgivare vill ha en personalstyrka som får sjukvård vid behov. Hur stor selektionseffekten till slut blir är en empirisk fråga. Därför ska det bli mycket spännande att följa amerikansk sjukvård under de närmaste åren. Med HSA-reformen har USA slagit in på en helt annan väg än den europeiska.

4.2 SYDAFRIKA

Bakgrund

Efter 300 år av kolonisering och 46 år av apartheid är Sydafrikas ekonomi stark med afrikanska mått mätt, även om miljontals av landets invånare lever i fattigdom. Landets vita minoritet åtnjuter fortfarande mångdubbelt bättre levnadsvillkor än grupperna av afrikaner,

.....
⁵⁰ Se <www.whitehouse.gov/news/releases/2003/01/20030128-19.html> (2003-04-06).

⁵¹ Se <www.whitehouse.gov/news/releases/2004/01/20040120-7.html> (2004-02-20).

färgade och asiater. I början av 1990-talet var de vitas inkomster i genomsnitt 9,5 gånger så höga som afrikanernas. Den vita minoriteten på 13 procent erhöll 29 procent av den offentliga hälsovårdsbudgeten, medan afrikanerna fick hålla tillgodo med 13 procent, trots att de utgjorde 76 procent av befolkningen.⁵² Spädbarnsdödligheten var också mycket ojämn, nästan sju gånger så hög bland afrikanerna som bland de vita.⁵³ Utbildningen av svarta läkare begränsades under nästan hela apartheidern, vilket är en viktig anledning till att den överväldigande majoriteten av dagens läkare är vita.

Sydafrikansk sjukvård kännetecknas av att både den privata och den offentliga vårdsektorn är stora. Det offentliga systemet står för 45 procent av landets sjukvårdsutgifter och ger vård åt 33 miljoner sydafrikaner eller 82 procent av landets befolkning.⁵⁴ Den offentliga primärvården är avgiftsfri för alla medborgare, medan vård på offentliga sjukhus endast är avgiftsfri för fattiga patienter. Sedan 1994 står skattebetalarna för all sjukvård för gravida mödrar och barn under sex år.⁵⁵

I ett sådant system betjänar den offentliga vårdsektorn framför allt låginkomsttagare, medan de mer välbärgade skaffar sig privata försäkringar. Många låginkomsttagare föredrar ändå att gå till privata läkare och betala rakt över disk. Orsaken är att den offentliga vårdsektorn lider av välkända problem som låg tillgänglighet, dålig ledning, ojämn regional spridning och brist på information.⁵⁶ En inhemsk studie konstaterar att Sydafrikas offentliga sjukhus drivs på ett mycket ineffektivt sätt och att deras produktivitet sjönk mellan 1992 och 1998 på grund av teknologisk tillbakagång.⁵⁷ Regeringens ovetenskapliga inställning till AIDS visar på ett annat problem med politiskt styrd sjukvård.

Alla sjukvårdssystem som erbjuder avgiftsfri vård, eller vård till mycket subventionerade priser, får se efterfrågan överstiga utbudet. Sydafrika är inget undantag. När landet 1994 fick sin första demokratiskt valda regering, kännetecknades sjukvårdssystemet av byråkratiska organisationer som saknade både vinstintressen och incitament till innovationer och nytänkande. Men redan samma år tillvaratog Nelson Mandelas regering en unik möjlighet att avreglera och öppna för en marknad av privata försäkringar.

Efter 1994 års avreglering var det fritt fram för vinstdrivande organisationer att experimentera med i princip alla tänkbara lösningar. Det tog inte särskilt lång tid innan försäkringsbolagen började erbjuda en rad olika försäkringar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utöver de traditionella försäkringar vars kostnader skenat iväg kunde sydafrikanerna nu också välja mellan HMO, PPO och försäkringspaket liknande MSA och HSA. Mångfalden gav upphov till nyttig konkurrens och bidrog till att ökningstakten på sjukvårdsförsäkringarnas premier avtog. Med internationella mått mätt är regleringen av den sydafrikanska sjukvården minimal.

.....
⁵² Nationalencyklopedin, "Sydafrika," <www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=321433> (2004-02-22).

⁵³ Siffrorna för spädbarnsdödlighet avser 1990 och återfinns i Johns, 2001, s 125.

⁵⁴ van den Heever, 1998, s 281 f.

⁵⁵ Johns, 2001, s 127.

⁵⁶ van den Heever, 1998, s 281 f.

⁵⁷ Zere m fl, 2001.

Sjukvårdskonton i Sydafrika

De skattevillkor som kom att gälla från och med 1994 innebar att försäkringar av MSA-typ kunde bjudas ut på samma villkor som de traditionella tredjepartsförsäkringar som många arbetsgivare betalar för sina anställda. Efter bara några år har de här försäkringarna blivit mycket populära. Cirka 4,6 miljoner sydafrikanska medborgare sparar i och är försäkrade genom MSA. Ingen annan typ av privat försäkring är lika populär.⁵⁸

Sydafrikas sjukvårdskonton påminner mycket om de amerikanska. På några väsentliga punkter skiljer de sig dock åt. I USA måste sjukförsäkringar som kvalificerar innehavaren för HSA ha en enhetlig självrisk för alla behandlingar. I den sydafrikanska varianten är det emellertid tillåtet för försäkringsgivaren att utforma sjukförsäkringsplanen på det sätt som bäst tillfredsställer konsumentens behov. Så kan exempelvis en försäkring i Sydafrika innebära att sjukhusbundna ingrepp (till exempel bypass-operationer) inte betingar någon självrisk över huvud taget, medan besök hos en mottagning kan vara relativt dyra. Till kategorin av behandlingar som är befriade från självrisk är det också tillåtet att föra läkarbehandlingar som syftar till att hantera kroniska åkommor (till exempel diabetes eller astma).

Som en följd av att en rad behandlingar är fria från självrisk är det nödvändigt att kontrollera deras kostnader på något sätt. Flera olika metoder förekommer, där det mest framgångsrika sättet går ut på att ge vårdgivarna ekonomiska incitament att inte låta kostnaderna rusa iväg. Exempelvis kan försäkringsgivare och vårdgivare sinsemellan komma överens om en budgetram för vårdkostnaderna. Två gånger per år följs det faktiska utfallet upp, och om detta är lägre än de budgeterade kostnaderna utfaller en bonus till vårdgivaren.

I Sydafrika får både arbetsgivare och arbetstagare göra insättningar på sjukvårdskontot, vilket ger arbetsgivaren möjlighet att själv välja vilket belopp han vill bidra med. Två tredjedelar av insättningarna får ske med obeskattade medel. Detta är samma regler som gäller när arbetsgivaren betalar en traditionell försäkringspremie åt en anställd, eller när en anställd betalar sin försäkringspremie inom ramen för en försäkring tillhandahållen av arbetsgivaren. På det här sättet behandlar skattesystemet MSA på samma sätt som traditionella försäkringar, vilket främjar konkurrensen och förenklar utvärderingen av marknadens olika valmöjligheter.

Under det sydafrikanska MSA-systemet förstärks skälen att investera i den personliga hälsan genom ett bonussystem för de involverade. Under en särskild MSA-variant hos försäkringsbolaget Destiny Health uppmuntras en hälsosam livsstil genom att bonuspoäng utdelas då försäkringstagaren deltar i hälsofrämjande åtgärder, till exempel mammografi och regelbunden motion. Förbättrad personlig hälsostatus ger poäng som kan användas för att få rabatter på flygresor, hotellövernattningar och träningsanläggningar.

.....
⁵⁸ Frontier Centre for Public Policy: <www.fcpp.org/publication_detail.php?PubID=284> (2003-05-21).

MSA i Sydafrika – resultat

Enligt en studie från NCPA har yngre sydafrikanska familjer med MSA minskat sina sjukvårdsutgifter med 56 procent, medan äldre familjekonstellationer i genomsnitt minskat sina kostnader med 47 procent. Kostnaderna för sjukhusbunden vård har minskat med hela 81 procent för de yngre familjerna och med 73 procent för de äldre.⁵⁹ Enligt Hanvoravongchai behövs det emellertid både data av bättre kvalitet och lämpligare metoder för att kunna säga något säkert om sambandet mellan sjukvårdskostnader och MSA i Sydafrika.⁶⁰ I vilket fall som helst är besparingarna efterlängtnade med tanke på att kostnaderna för privat sjukvård i genomsnitt ökat med 7,2 procent per år och invånare sedan 1982. Denna snabba kostnadsökning har framför allt tillskrivits de traditionella försäkringar som bygger på generös tredjepartsfinansiering.⁶¹

Det står också klart att Sydafrikas MSA-system gagnar både sjuka och friska. Om vi tänker oss en glidande skala där vi rör oss från den mest kärnfriska personen i riktning mot allt sjukare människor, är det förvisso sant att saldot på sparkontot minskar ju mer vi rör oss i denna riktning. Så småningom når vi en punkt då sparkontot är förbrukat, och den enskilde måste börja betala ur egen ficka. Men så snart individen betalat mer än den årliga maximala självrisk, ökar försäkringsgivarens betalningsansvar dramatiskt och överstiger ofta vad försäkringsgivaren betalar i en traditionell försäkring. I den traditionella försäkringen behöver försäkringsgivaren nämligen som mest betala 80 procent av summan som spenderas; med en MSA är försäkringsgivarens ansvar vanligen större än så.⁶²

Sjukvårdskontona har också visat sig vara förknippade med en del problem. Under 1995 och 1996 marknadsfördes många MSA med årliga bonusutbetalningar från de medel på kontot som inte hade utnyttjats under året. Eftersom det inte var tanken att arbetsgivarnas inbetalningar skattefritt skulle tillfalla de anställda, förbjöds sådana bonusutbetalningar 1997. I vissa fall har det också visat sig att försäkringsbolagen inte brytt sig om att kontrollera att skattefria uttag verkligen gjorts för medicinska ändamål.

Annars liknar kritiken mot sjukvårdskonton den i USA – att gamla och kroniskt sjuka människor riskerar att hänvisas till den offentliga sjukvården. Även om det inte har gått att visa att de sydafrikaner som sparar i MSA är yngre och vid bättre hälsa än den övriga befolkningen, finns en rädsla för att försäkringsbolagen försöker locka till sig just dessa kunder. Det är också oklart hur den offentliga sjukvården påverkas av MSA. Det finns till exempel ingen information om i vilken utsträckning kontohavarna väljer den avgiftsfria offentliga vården för att slippa nagga sina kontobesparingar i kanten.⁶³ Det som står klart är att både försäkringsbolagen och försäkringstagarna verkar vara nöjda med MSA.

.....
⁵⁹ Jämfört med familjer som saknar MSA. NCPA-studien är "Medical Savings Accounts in South Africa"

<www.ncpa.org/studies/s234/s234.html> (2003-04-06).

⁶⁰ Hanvoravongchai, 2002, s 26.

⁶¹ van den Heever, 1998, s 283.

⁶² NCPA: <www.ncpa.org/studies/s234/s234.html> (2003-04-06).

⁶³ Shortt, 2002, s 160.

4.3 SINGAPORE

Bakgrund

Sedan självständigheten från Storbritannien 1958 och den egna republikens bildande 1965 har Singapores politiker fört en offensiv politik i syfte att förmå befolkningen att själva spara ihop pengar för att finansiera sådana sociala förmåner som i andra länder levereras av staten och finansieras via skattsedeln. Den bärande strukturen i denna konstruktion är Central Provident Fund (CPF). CPF var från början upprättad för att förmå medborgarna att spara pengar till sin egen pension, men har med tiden utvecklats, och i dag tillåts singaporianer att använda de fonderade medlen till att betala sjukvårdsräkningar, bostad och utbildning. Insättningar på den enskildes fondkonto får göras av både arbetsgivare och arbetstagare men kontots tillgångar disponeras enbart av arbetstagaren. Ett obligatoriskt system med individuella sjukvårdskonton, Medisave, infördes 1984 med syftet att täcka de sjukvårdskostnader som i andra länder, exempelvis i USA, täcks av sjukvårdsförsäkringar.

När Singapore diskuteras får man inte glömma bort att många politiska och medborgerliga friheter inte respekteras i landet. Till exempel har flera oppositionella politiker stämts av ledande politiker i det dominerande partiet People's Action Party och tvingats betala dryga böter. De demokratiska bristerna hindrar dock inte Singapores sjukvårdspolitik från att utgöra ett intressant exempel. Renodlade system, som har införts med auktoritära metoder, kan ibland ge mer information än system som genomsyras av politiska kompromisser. Det går att uppskatta delar av Singapores sjukvårdspolitik utan att för den skull ge sitt stöd till det auktoritära styre som People's Action Party har utövat sedan självständigheten.

Singapores sjukvårdspolitik bygger på två principer. För det första att sjukvård är ett individuellt ansvar, om än med statligt stöd för de nödställda. För det andra att det behövs individuella delbetalningar för att motverka överkonsumtion. Staten tillhandahåller 80 procent av sjukhusvården och 20 procent av primärvården.⁶⁴ För att nå dem som verkligen är i behov av hjälp subventioneras vistelser vid statliga sjukhus efter standarden på boendet enligt tabell 1:⁶⁵

Tabell 1. Subventionsgrader på Singapores statliga sjukhus

KLASS	STANDARD	SUBVENTIONSGRAD
A	Rum med 1–2 bäddar och luftkonditionering	Ingen
B1	Rum med 3–4 bäddar och luftkonditionering	20 %
B2	Rum med 5–6 bäddar	50–65 %
C	Sovsal	80 %

⁶⁴ Singapore Ministry of Health, 2001.

⁶⁵ Hanvoravongchai, 2002, s 5.

Preventiv vård och ett hälsosamt leverne betonas särskilt av Singapores hälsovårdande myndigheter som bedriver aktiva folkupplysningskampanjer om de skadliga konsekvenserna av rökning, alkohol, onyttig mat och ett stillasittande liv.

Komponenter i Central Provident Fund

Arbetstagare under 56 år bidrar med 36 procent av sin inkomst till CPF. För äldre arbetstagare blir procentsatsen lägre för varje år. Depositionen om 36 procent fördelas mellan arbetstagaren, som bidrar med 20 procentenheter (maximalt 1 200 singaporianska dollar)⁶⁶ av sin inkomst, och arbetsgivaren, som bidrar med resterande 16 procentenheter (maximalt 960 singaporianska dollar).⁶⁷

Varje kontohavare inom CPF har tre konton: Ordinary, Medisave och Special Account. Den trettiosexprocentiga depositionen fördelas olika mellan de tre kontona beroende på i vilket åldersintervall kontohavaren befinner sig. För personer mellan 35 och 44 år går exempelvis 23 procentenheter till Ordinary, sju procentenheter till Medisave och sex procentenheter till Special Account. I takt med ökad ålder förändras fördelningen något, med en viss ökning av Medisave-kontot och en motsvarande minskning av Ordinary-kontot.⁶⁸

Ordinary kan användas för kostnader vid anskaffning av bostad, för försäkrings- och utbildningskostnader samt möjliggör överföring av medel till föräldrars pensionskonton. Kostnader för sjukhusvård, vissa polikliniska behandlingar och utvalda privata sjukförsäkringar täcks av Medisave-kontot, medan behållningen på Special Account får användas för pensionssparande och oförutsedda händelser. För kontohavare över 55 år finns också ett fjärde konto – Retirement Account – till vilket en bestämd minimisumma måste avsättas för pension. Både arbetsgivarens och arbetstagarens depositioner till fondkontot är skattebefriade. Även uttag ur fonden och ränteinkomster av fondtillgodohavanden är skattefria.⁶⁹

Även om 80 procent av sjukhusvården i Singapore finansieras med skattepengar, debiteras patienterna för de flesta tjänster och behandlingar som ett led i den uttalade policyn att sjukvård inte ska vara gratis. Medborgarna ska uppmuntras att ta ansvar för sin hälsa och undvika en övertro på försäkringar och statligt tillhandahållen välfärd.

Medisave, MediShield, Medifund

I Singapore finns tre offentliga sjukvårdsprogram: Medisave, MediShield och Medifund.⁷⁰ Dessa program ska se till att medborgarna först och främst använder sina egna medel för sjukvård, och att först sedan dessa tagit slut förlita sig på det offentliga.

.....
⁶⁶ En singaporiansk dollar är värd 4,52 kronor (2004-04-29).

⁶⁷ Central Provident Fund Board: <www.cpf.gov.sg/cpf_info/Benefits/Benefits.asp> (2003-04-08).

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ US-ASEAN Business Council: <www.us-asean.org/Singapore/Taxation.htm> (2003-04-08).

⁷⁰ Sedan juni 2002 finns även programmet ElderShield, en frivillig lågkostnadsförsäkring som ger finansiellt skydd vid svåra handikapp. Försäkringen är frivillig, men kräver aktivt utträde.

Medisave är ett individuellt sparkonto för sjukvård som infördes 1984. Varje månad betalar arbetsgivare och arbetstagare gemensamt in pengar till Medisave-kontot i CPF. Upp till vissa gränser kan pengarna sedan tas ut för att betala den enskildes sjukhusvistelser, läkarbesök och operationer. Skulle någon åtgärd eller behandling betinga ett pris överstigande dessa gränser, måste återstoden betalas direkt ur egen ficka. När en individ uppnått ett visst saldo på sitt Medisave-konto (år 1996: 16 000 singaporianska dollar) överförs fortsatta depositioner automatiskt till Ordinary-kontot.⁷¹

MediShield, som inrättades 1990, är tänkt att fungera som en katastrofförsäkring och riktar sig till låginkomsttagare och andra vars saldo på Medisave-kontot kan vara otillräckligt för mer omfattande eller utdragna sjukdomstillstånd. MediShield finansieras via relativt låga årliga premier som den enskilde måste betala, och dessa premier dras automatiskt från Medisave-kontot. Den enskilde får dock maximalt utnyttja MediShield upp till ett givet utgiftstak (år 1996 var det årliga taket 20 000 och livstidstaket 70 000 singaporianska dollar), och det finns begränsningar för hur många sjukhusdagar som MediShield kan täcka kostnaderna. I likhet med Medisave omfattar MediShield inte alla slags behandlingar eller åtgärder. Bland annat vaccinationer, komplikationsfria förlossningar och psykiatriska behandlingar är exkluderade. Dessutom kräver MediShield i många fall egna delbetalningar på 20 procent av kostnaderna, vilket vid en rad katastrofala sjukdomstillstånd innebär en oöverstiglig finansiell börda. Sedan 1994 finns även MediShield Plus som ersätter kostnaderna för vård på privata sjukhus och ger tillgång till högre standard på offentliga sjukhus.

Kombinationen av Medisave, MediShield och betalning direkt ut egen ficka kan ibland vara ett otillräckligt skydd för lågavlönade med stora vårdbehov. Av det skälet inrättades 1993 Medifund, vilket är en statlig fond, vars ränteintäkter används till att hjälpa obemedlade medborgare som har tömt sina Medisave-konton och som saknar möjlighet att betala direkt ur egen ficka. Medifund finansierades initialt med ett statligt engångsanslag på 200 miljoner singaporianska dollar. Varje år som statskassan uppvisar ett överskott erhåller Medifund förnyade anslag, vilket är ytterligare ett sätt att understryka att sjukvård inte är någonting det offentliga är skyldigt att till varje pris förse medborgarna med, utan snarare någonting som tillhandahålls inom givna ramar när möjligheten ges. Vid utgången av år 1999 uppgick förmögenheten i Medifund till 700 miljoner singaporianska dollar.⁷²

Utvärdering av Singaporemodellen

Trots att Singapores sjukvårdskonton har funnits i mer än tio år är kontosystemet svårt att utvärdera, eftersom flera olika politiska program introducerades ungefär samtidigt och eftersom sjukvårdssystemet dessutom sakta utvecklas över tiden. Ändå visar erfarenheten av Singapores sätt att organisera och finansiera sjukvården värdet av att betona individens ansvar att spara för sjukdom och pension. Genom Medisave och MediShield finns det tydliga hinder för den ständigt ökande efterfrågan på sjukvård som kännetecknar tredjepartsfinansierade system.

.....
⁷¹ NCPA: <www.ncpa.org/studies/s203/s203.html> (2003-04-08).

⁷² Hanvoravongchai, 2002, s 8.

Baksidan av sjukvårdsförsäkringar som tillhandahålls av tredje part är, som vi tidigare sett för USA, att det saknas incitament att hålla kostnaderna nere. Patienten hålls mer eller mindre ovetande om vilka kostnader han eller hon de facto åsamkar och bryr sig väl inte heller så mycket om detta så länge arbetsgivaren eller försäkringsbolaget betalar. Singapores sjukvårdskostnader mätt som andel av BNP uppgick i mitten av 1990-talet till endast en fjärdedel av kostnaderna i USA. Trots detta står sig sjukhusbeläggningen i Singapore väl både i förhållande till andra asiatiska länder och till USA. När det gäller spädbarnsdödlig-
het är Singapore fullt jämförbart med länder som Japan, USA och Sverige.⁷³ Dessutom är väntetiderna för kirurgi och för magnetisk resonanstomografi (så kallad magnetkamera) minimala.⁷⁴

Barr hävdar dock i en studie att Singapores låga sjukvårdskostnader till stor del förklaras av landets unga befolkning – endast 7,2 procent är 65 år eller äldre, att jämföra med 17,3 procent i Sverige – och av en systematisk underrapportering.⁷⁵ Och även om sjukvårds-
utgifterna är låga har deras ökningstakt inte avtagit sedan sjukvårdskontot Medisave introducerades.

Ett annat intressant faktum är att Medisave, MediShield och Medifund tillsammans finansierar mindre än tio procent av Singapores sjukvård. Samtidigt betalas en tredjedel av sjukvården direkt ur patienternas egna fickor.⁷⁶ Medel sparade i Medisave får till exempel endast användas till vård på sjukhus. Kostnader för primärvård måste betalas direkt ur egen ficka, även om halva avgiften subventioneras vid statliga primärvårdsinrättningar.⁷⁷

Nackdelen med helt privata försäkringssystem är att det finns en tendens att endast friska människor finner det lönsamt att vara försäkrade. Därför är undvikandet av sådan selektion ett argument för ett offentligt monopol av MediShields typ. I ett offentligt monopol kan alla risker slås ihop vilket gör dem enklare att hantera. Men konstigt nog exkluderar MediShield människor över 80 år liksom flera dyra behandlingar mot medfödda missbildningar, psykiska sjukdomar och HIV/AIDS. Sådana begränsningar får en att undra vad motivet bakom det offentliga monopolet egentligen är. De som allra mest behöver skyddas mot risk lämnas utan försäkring.⁷⁸

4.4 SCHWEIZ

Bakgrund

Den väg Schweiz slagit in på är unik på flera sätt; sjukförsäkringar var till exempel frivilliga till och med 1994. Den schweiziska sjukvården är mycket utvecklad, och i motsats till en del andra länder finns en stark övertygelse om att statlig inblandning ska vara begränsad

.....
⁷³ WHO: <www.who.int/whr2001/2001/archives/1999/en/pdf/StatisticalAnnex.pdf> (2003-05-21).

⁷⁴ Gratzer, 2002.

⁷⁵ Barr, 2001: åldersandelarna är tagna från CIA, 2004.

⁷⁶ Hanvoravongchai, 2002, s 11.

⁷⁷ Singapore Ministry of Health, "Our Healthcare System," <<http://app.moh.gov.sg/our/our01.asp>> (2004-02-22).

⁷⁸ Hsiao, 2001, s 735.

till att garantera sjukvård när de privata alternativen misslyckas. Riktade bidrag utgår till personer som inte kan betala sin egen försäkring. Till skillnad från i USA, Sydafrika och Singapore finns inget utpräglat system med sjukvårdskonton. Däremot är sjukvården ovanligt konkurrensutsatt. Tillsammans med USA och Nederländerna tillhör Schweiz det fåtal länder där sjukvården inte är undantagen från konkurrenslagstiftningen.⁷⁹

Den schweiziska sjukvården är dyr. Bland OECD-länderna har Schweiz flest vårdplatser per invånare och det är bara i USA som en högre andel av BNP går till sjukvård.⁸⁰ Frågan om mer pengar måste leda till bättre vård är dock för svår för att kunna besvaras med ett enkelt instämmande eller avfärdande. Med tanke på komplexiteten i den schweiziska sjukvårdens organisering och finansiering är flera nationella egenheter värda att beakta när man ska bedöma landets goda vård och höga kostnader.

Den schweiziska särprägel

För det första är den schweiziska traditionen med betydande inslag av direktdemokrati en viktig drivkraft bakom schweizarnas vilja och vana att ta aktiv del i beslutsprocesser. Landets välstånd och goda tillväxt har fostrat ett krävande folk som är beredda att betala mycket för sjukvården, som i dag kostar cirka 11 procent av BNP.⁸¹

För det andra är mångfalden inom den schweiziska sjukvården högst påtaglig. De 26 kantonerna har varsitt sjukvårdssystem som alla är olika. Decentraliseringen av makt till lokala och regionala myndigheter är en viktig förklaring till mångfalden, liksom det faktum att landets konstitution garanterar fri etableringsrätt i hela landet för försäkringsgivare och andra som tillhandahåller sjukvårdstjänster.

Mångfalden leder föga förvånande också till betydande konkurrens mellan aktörerna på sjukvårdsmarknaden, vilket är en tredje faktor att ta hänsyn till när det schweiziska exemplet granskas. Både försäkringsgivare och vårdinrättningar tävlar om att få potentiella patienter som sina kunder, men försäkringsgivarna själva har också rätt att skriva kontrakt med vilken vårdinrättning de vill.

Det kanske allra mest utmärkande är den blandning av offentlig och helt eller delvis privat vård som schweizarna kan välja mellan. Även om sjukvården är finansierad både genom privata och offentliga medel, är den offentliga delen en av de lägsta i Europa. Sedan 1995 har den offentliga andelen legat stabilt på omkring 55 procent av de schweiziska sjukvårdskostnaderna. I Sverige har samma siffra länge legat mellan 80 och 90 procent.⁸²

Det schweiziska systemet för sjukvårdsförsäkringar består alltså av en obligatorisk och en frivillig del. De två delarna presenteras nedan.

.....

⁷⁹ Zweifel, 2000, "Competitive Mechanisms in Health Care", s 23.

⁸⁰ Socialstyrelsen, 2002, *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002*.

⁸¹ Civitas: <www.civitas.org.uk/pdf/Switzerland.pdf> (2003-04-08).

⁸² OECD: <www.oecd.org/xls/M00031000/M00031382.xls> (2003-05-21).

Obligatorisk grundförsäkring

Den grundläggande försäkringen är obligatorisk för samtliga medborgare, och försäkringsgivarna är skyldiga att acceptera alla kunder. Försäkringsgivarna registreras hos och övervakas av den federala socialförsäkringsmyndigheten. Försäkringsgivare av olika slag är tillåtna att tillhandahålla den grundläggande försäkringen, och medborgarna har rätt att byta försäkringsgivare två gånger per år.

År 2002 fanns det 93 registrerade försäkringsgivare som varierade kraftigt till storlek och form. Det finns både federala och regionala försäkringsgivare. Några bolag är religiöst baserade. Andra vänder sig enbart till anställda hos vissa större arbetsgivare.

Grundförsäkringen innefattar bland annat sjukhusvård, poliklinisk vård, äldreomsorg, vård för funktionshindrade och förståndshandikappade samt obegränsad rätt till sjukhusvistelse. Eftersom grundförsäkringens komponenter är standardiserade över hela landet finns det inga möjligheter för de olika försäkringsgivarna att konkurrera genom att modifiera de olika förmånerna. I stället konkurrerar man genom olika nivåer på premier och självrisker. Premierna – som uppgår till omkring 19 000 kronor per person och år – är oberoende av inkomst och måste dessutom vara desamma för personer som bor inom samma område och väljer samma försäkringsbolag – oavsett om en individ löper större risk att behöva vård än en annan.⁸³ Det är alltså olagligt att differentiera premierna efter kön, ålder eller andra riskfaktorer.

De federala och delstatliga myndigheterna subventionerar premien för dem som inte kan betala hela grundförsäkringen. Reglerna för när någon anses oförmögen att själv kunna betala premien varierar mellan kantonerna, men i regel brukar subventionerna inträda när kostnaden för premien överstiger 8–10 procent av den individuella inkomsten. Den federala nivån ersätter kantonen för sådana kostnader med matchande bidrag.⁸⁴ I praktiken har i stort sett alla schweizare råd att köpa grundförsäkringen.⁸⁵

Den som vill reducera grundförsäkringens premie har möjlighet att välja en högre självrisk. För att finanserna inte ska urholkas finns det dock ett golv (som den federala myndigheten beslutar om) som anger hur mycket premierna maximalt får reduceras på det här sättet. För att förhindra att försäkringsgivarna försöker plocka russin ur kakan – det vill säga välja ut försäkringstagare med låga sjukdomsrisker – sker en strukturell riskutjämning baserad på försäkringstagarnas kön och ålder. En sådan riskutjämning är dock långt ifrån fullständig, så ett visst intresse för att plocka russin ur kakan torde kvarstå.⁸⁶

Slutligen finns en obligatorisk försäkring som innefattar sjuk- och äldrevård samt ersättning i händelse av invaliditet. Försäkringen, som 1997 svarade för sju procent av landets vårdkostnader, är inkomstbaserad och finansieringen delas mellan arbetsgivare och arbetstagare.

.....
⁸³ Civitas: <www.civitas.org.uk/pdf/Switzerland.pdf> (2003-04-08).

⁸⁴ Zweifel, 2000, "Switzerland", s 940.

⁸⁵ Zweifel, 2000, "Competitive Mechanisms in Health Care", s 22. van de Ven och van Vliet, 1994.

⁸⁶ van de Ven och Van Vliet, 1994.

Frivillig tilläggsförsäkring

I det schweiziska försäkringssystemet finns också möjlighet att teckna en tilläggsförsäkring som täcker behandlingar och förmåner som är exkluderade från det obligatoriska försäkringskyddet. Två tredjedelar av försäkringsbolagen erbjöd sina kunder denna möjlighet 1998.

Tilläggsförsäkringen berättigar kunden till viss tandvård samt möjlighet att öka komforten under sjukhusvistelsen. I regel handlar det senare om att få tillgång till eget rum i stället för att dela sal med andra. I vissa fall medger tilläggsförsäkringen också att kunden kan vända sig till vilket sjukhus som helst i landet. En tilläggsförsäkring kan också ge patienten rätt att träffa en överläkare, även om åkomman inte är så allvarlig att detta medges för patienter med grundförsäkringen.⁸⁷

1997 finansierade tilläggsförsäkringarna ungefär 11 procent av den totala kostnaden för landets sjukvård. Mellan 25 och 40 procent av befolkningen tecknar tilläggsförsäkringen, vilket förmodligen beror på att premierna är så pass höga att den schweiziske medelinkomsttagaren inte anser sig ha råd att betala dem.⁸⁸ En annan delförklaring kan vara att grundförsäkringen har blivit alltmer generös de senaste åren, varför nyttan av den extra tilläggsförsäkringen successivt har avtagit.

Utvärdering

Det schweiziska sjukvårdssystemet har förändrats avsevärt sedan 1994 då sjukförsäkringen gjordes obligatorisk. Det går att identifiera både för- och nackdelar med de reformer som har genomförts.

Enskilda schweizare har främst riktat kritik mot att försäkringspremierna är högre än vad som kan förväntas på en marknad med flera konkurrerande försäkringsgivare. Ett av de huvudsakliga skälen till detta är att försäkringsgivarna inte tillåts utforma grundförsäkringsprodukterna på något annat sätt än det som den federala myndigheten påbjuder. Det har inte främjat mångfalden av försäkringsprodukter, utan har i stället bidragit till att premierna alltmer konvergerat till ungefär samma nivåer. De regionala skillnaderna är däremot stora: premierna och sjukvårdsutgifterna är högst i städer som Genève och Lausanne i det franska Schweiz, och lägre på landsbygden, speciellt i östra delen av landet.⁸⁹

Försäkringsgivarna själva menar att grundförsäkringspaketet bör reduceras så att dess komponenter delas upp mellan helt nödvändiga förmåner och bonusförmåner. Till bonusförmånerna skulle kunna räknas exempelvis sådana behandlingar som kan kategoriseras som livsstilsbehandlingar (till exempel plastikkirurgi) liksom mindre allvarliga medicinska behandlingar. Om dessa lyfts ut ur grundförsäkringspaketet, skulle utrymmet för konkurrens öka på alla andra områden. Endast de allra nödvändigaste förmånerna skulle förbli standardiserade.

.....
⁸⁷ Felder, Stefan, 2002, s 3.

⁸⁸ Civitas: <www.civitas.org.uk/pdf/Switzerland.pdf> (2003-04-08).

⁸⁹ Felder, Stefan, 2002, s 4.

Ett argument för den långt gångna standardiseringen av försäkringsprodukterna är att dessa bidragit till att den schweiziska sjukvården håller så hög kvalitet som den gör. Samtidigt har detta lett till en viss frustration bland landets medborgare över att den konkurrens mellan försäkringsgivare som i teorin skulle ha uppstått när etableringsfrihet infördes inte har infunnit sig. Samtidigt har även system med HMO och PPO börjat dyka upp i Schweiz. Deras marknadsandel är fortfarande under 10 procent,⁹⁰ men deras förekomst visar att konsumenterna i Schweiz marknadsnära sjukvårdssystem gör aktiva jämförelser och prövar nya lösningar om de visar sig tillfredsställa deras behov. En schweizisk HMO kan dock inte pressa priserna på samma sätt som en amerikansk HMO eftersom priserna hos de offentliga sjukhusen som man förhandlar med sätts i kantonernas parlament.⁹¹ Schweiz har inget perfekt sjukvårdssystem, men landet uppvisar ändå goda förutsättningar för en hälsosam konkurrens på denna viktiga marknad.

4.5 NÅGRA JÄMFÖRELSER

Det är omöjligt att ge alla människor avgiftsfri tillgång till högkvalitativ vård utan dröjsmål. Ställda inför detta faktum tvingas politiker besluta om olika former av ransonering. Köer och otillgängliga läkare skapar missnöje och förändringstryck. Att öka patientinflytandet är emellertid inte oproblemiskt, eftersom det finns risk för överkonsumtion av sjukvård när varken köparen eller säljaren har någon anledning att hålla kostnaderna nere. Med detta i åtanke innebär ett system med sjukvårdskonton åtminstone två viktiga ekonomiska förändringar i relationen mellan patienten och vårdgivaren. För det första blir patienten mer mån om att hålla kostnaderna nere och försöker därför i större utsträckning leta upp prisvärda alternativ och undvika onödiga behandlingar. För det andra hamnar patienten i en situation där hon tydligare kan artikulera sin efterfrågan på sjukvård i olika former. Om vårdgivarna kan förmås att ta större hänsyn till patienternas efterfrågan, kan betydande positiva effekter uppträda med tiden. En sådan positiv effekt är att vården och dess tillhörande tjänster anpassas individuellt. En annan är att det blir mer viktigt att sänka kostnaderna för en given kvalitets-nivå och mindre viktigt att höja kvaliteten oavsett vad detta kostar.

Jämfört med svenska patienter har patienterna i USA, Sydafrika, Singapore och Schweiz ett större inflytande på den egna vården. De fyra beskrivna ländernas vårdssystem uppvisar utan tvivel många skillnader sinsemellan, men alla har de ett betydande inslag av individuellt sparande. Erfarenheten från den beskrivna länderkvartetten erbjuder därför vissa möjligheter att i stora drag kommentera finansieringslösningar i form av sjukvårdskonton. Slutsatserna från en sådan begränsad jämförelse ska självklart inte betraktas som några generella samband. Det finns ingen garanti för att sambanden ser likadana ut i andra länder. Min förhoppning är ändå att de fyra länderna är utvalda med en sådan omsorg att jämförelserna trots allt förmår säga något om de typer av sjukvårdskonton som har lyfts fram i den här rapporten.

.....
⁹⁰ Zweifel, 2000, "Switzerland", s 943.

⁹¹ Zweifel, 2000, "Competitive Mechanisms in Health Care", s 24.

Tabell 2 visar att inget av de fyra länderna överglänser de andra över hela linjen. Sverige klarar sig bra i flera av tabellens jämförelser. Jämfört med Schweiz verkar vi dock lida brist på sjukhussängar, och vår sjukvårdskonsumtion uppgår i dollar räknat endast till hälften av den amerikanska. Trots att köerna är långa klarar sig svensk sjukvård väl vid flera internationella jämförelser – som regel de som baseras på hälsotillstånd – trots att sjukvården tar relativt små ekonomiska resurser i anspråk. Näst Island och Japan har Sverige lägst spädbarnsdödlighet bland OECD-länderna, och både vid födseln och vid 60 års ålder har svenska män och kvinnor bland de högsta återstående medellivslängderna i världen.⁹² I Världshälsoorganisationens ranking av sjukvårdssystem återfinns Sverige dock först på tjugotredje plats, trots att rankingen inkluderar mått på hur jämlik vården och dess finansiering är.⁹³

Tabell 2. Jämförelsetal för sjukvården i USA, Sydafrika, Singapore, Schweiz och Sverige

	År	USA	Sydafrika	Singapore	Schweiz	Sverige
Befolkning	2002	288 milj	45 milj	4 milj	7 milj	9 milj
BNP/Capita	2002	\$36 006	\$2 299	\$20 886	\$36 687	\$26 929
Medellivslängd	2002	77 år	46 år	78 år	80 år	80 år
Spädbarnsdödlighet (per 1 000 levande födslar)	2002	7	52	3	5	3
Barnadödlighet (upp till 5 år per 1 000 levande födslar)	2002	8	65	4	6	3
Vaccination mot difteri, kikhosta och stelkramp (andel barn under ett år)	1998	96 %	76 %	95 %	–	99 % (1997)
Hälsoutgifter per capita	1998	\$4 108	\$230	\$841	\$3 835	\$2 146
Hälsoutgifter/BNP	1998	13 %	7 %	3 %	10 %	8 %
Sjukhussängar per 1 000 invånare	1998	4	–	–	18	4
Sjukhussängar för intensivvård per 1 000 invånare	2000	2,9	–	–	4,1	2,4
Läkare per 1 000 invånare*	1999	2,7	–	1	3,4	2,9

Källa: Världsbanken, WDI Data Query, <<http://devdata.worldbank.org/data-query/>> (2004-04-28) och World Development Indicators CD-ROM 2001.

* OECD Health Data 2003, <www.oecd.org> (2004-04-28)

⁹² Socialstyrelsen, 2002, *Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002*. De beskrivna måtten är förstås mycket grova och beror på flera andra faktorer än sjukvården kvalitet, till exempel befolkningens matvanor.

⁹³ Tandon m fl, 2000.

Om vi börjar i Sydafrika ser vi att många människor i en marknadssituation föredrar MSA framför andra försäkringslösningar, och att sjukvårdskostnaderna kanske också kan reduceras kraftigt med hjälp av ett flexibelt och marknadskonformt MSA-system. Den enkla förklaringen är att ingen människa vill tömma sitt sjukvårdskonto i onödan. Jämför vi sedan Singapore med Schweiz framträder ytterligare skäl att tro att ett obligatoriskt kontosystem med eget sparande, som i Singapore, kan vara mer kostnadseffektivt än ett obligatoriskt försäkringssystem, som i Schweiz. Mycket förenklat är sjukvården i Singapore bra och billig, medan den i Schweiz är bra men dyr. Å andra sidan finns det några frågetecken kring Singapores sjukvård – i vissa fall exkluderas de allra mest sjuka från de offentliga systemen. Med tanke på dessa oklarheter och brister kanske Schweiz framstår som en mer attraktiv modell i svenska ögon, de högre kostnaderna till trots.

I USA mottogs MSA inte lika positivt som i Sydafrika på grund av onödigt rigida regler och osäkerhet om hur länge systemet skulle finnas kvar. Det ska bli spännande att se hur många amerikaner som kommer att spara i de permanenta och mer flexibla HSA som finns tillgängliga sedan den 1 januari 2004.

Problemet med ogynnsamt urval i ett system med sjukvårdskonton kan, som vi har konstaterat, motverkas genom att kontona handhas av arbetsgivaren (som i USA) eller genom att sparandet görs obligatoriskt som i Singapore. Med tanke på de komplikationer som uppstår vid arbetslöshet och vid byte av arbetsgivare förefaller ett obligatoriskt sparande vara det bättre alternativet. Singapore tycks – trots en rad frågetecken i systemet – ha lyckats uppnå ett relativt stort konsumentinflytande utan att den stora gruppen människor får för lite eller för dålig vård för pengarna.

Invändningarna mot sjukvårdskonton blir därför framför allt fördelningspolitiska. Kommer alla att ha råd att betala vad vården kostar? Det här problemet kan lätt överdrivas om man bortser från att sjukvårdskonton innehåller en katastrofförsäkring som – om den vore obligatorisk – skulle täcka den riktigt dyra vården för alla människor. Även om sjukvårdskonton sänker kostnaderna och uppmuntrar sparande, kan de leda till att människor som ofta är sjuka inte lyckas bygga upp något större sparande på sina konton.

Enligt en amerikansk studie av Eichner m fl, som bygger på verkliga försäkringsutbetalningar, skulle emellertid 80 procent av deltagarna ha kvar minst hälften av sina besparingar vid pensionering. Endast 5 procent skulle ha kvar mindre än 20 procent av sina inbetalningar när de gick i pension.⁹⁴ Den enkla anledningen till detta är att ytterst få människor har ett kontinuerligt behov av dyr sjukvård. Sett över hela livet är sjukvårdsbehovet inte lika ojämlikt som det är ett enskilt år. De flesta går genom livet utan att någon gång behöva dyr sjukvård, medan några behöver dyr sjukvård under en eller ett par koncentrerade perioder i livet.

Individuella sjukvårdskonton av MSA-typ är förstås ingen universallösning på sjukvårdens många problem. Men i dagsläget utgör de ett mycket intressant alternativ som med hjälp av enkla ekonomiska incitament för in det kostnadsmedvetande som saknas vid tredjepartsfinansiering, och detta utan att andra dimensioner av vården verkar behöva undergrävas.

.....
⁹⁴ Eichner m fl, 1996.

5

Är sjukvårdskonton något för Sverige?

Det finns inget "perfekt" system för sjukvård. Det som fungerar i ett land kan vara olämpligt med hänsyn till de politiska, historiska och sociala förhållandena i ett annat. Sverige har som bekant en helt annan sjukvårdstradition än de fyra länder som har beskrivits i den här rapporten.

Alldeles oavsett de politiska prioriteringarna måste svensk sjukvård förbättras. Det hoppas åtminstone de 15,5 procent av befolkningen som anser sig ha blivit felaktigt eller orättvist behandlade i sjukvården, eller hälften av dem som behöver en hörapparat men tvingas vänta över ett år på att få prova ut den, eller var tredje person som behöver kärllkirurgi och tvingas köa ett år eller längre för att bli opererad.⁹⁵ Med sådana köer händer det förstås att svenska medborgare tvingas resa utomlands för att få den vård de behöver, i vissa fall för att överleva.

Så länge köerna finns kommer Sveriges sjukvårdssystem att stå under förändringstryck. Och eftersom det inte är politiskt möjligt eller ekonomiskt motiverat att höja världens högsta skatter, är sjukvårdens nuvarande finansiering inte långsiktigt hållbar. Med tiden kommer patienterna därför att tvingas betala allt fler behandlingar och tilläggstjänster själva.

Jämfört med de länder som har behandlats i rapporten är patientinflytandet lågt i Sverige. Morgondagens mer välinformerade vårdkonsumenter kommer att ställa krav snarare än att hålla tillgodo med en plats långt ner på kölistan. Det blir allt svårare för läkarna att övertyga den växande gruppen "Internetpatienter" om att de ska få någon annan vård eller medicin än den som netdoktor.se beskriver som högsta kvalitet.

I dag hålls de svenska patienterna i ovetskap om vad deras behandlingar kostar. I ett system med sjukvårdskonton skulle de däremot aktivt söka upp sådan information i syfte att jämföra olika alternativ och välja den behandling som ger bäst valuta för pengarna. Sådan information är inte bara en ekonomisk angelägenhet. Så länge väljarna saknar kännedom om sjukvårdens kostnader, kan de rimligen inte ta ställning till den offentliga sjukvårdens oundvikliga avvägningsproblem.

Sjukvårdskonton skulle tillföra sjukvården välbehövliga resurser och möjliggöra en mer långsiktig planering, samtidigt som patienten sattes i centrum. Dessutom skulle de flesta

.....
⁹⁵ Socialstyrelsen, 2002, *Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002*.

människor bli mer måna om att förbättra sin hälsa – till exempel genom motion och sund kosthållning – om de tvangs betala en del av vårdkostnaderna från sina egna sjukvårds-konton. Av samma anledning skulle förebyggande behandlingar förmodligen bli vanligare än de är i dag.

Förutom de rent ekonomiska fördelarna skulle ett system med sjukvårdskonton även göra slut på den lojalitetskonflikt som svenska läkare tvingas in i. I dag har läkarna klara order att agera grindvakter åt det offentliga systemets sjukvårdsbyråkrater. Om patienterna fick betala för sin vård genom sjukvårdskonton skulle läkarna arbeta för patienterna på ett helt annat sätt än vad som nu är fallet. Relationen mellan läkare och patient skulle då på allvar kännetecknas av lojalitet och förtroende. Detta var en viktig anledning till att American Medical Association började förespråka sjukvårdskonton.

Naturligtvis behöver sjukvårdskonton inte vara utformade exakt som i USA, Sydafrika eller Singapore. Med tanke på de stämningar som präglar dagens svenska sjukvårdspolitik, måste sjukvårdskonton förmodligen till stor del finansieras över skattsedeln för att de ens ska kunna diskuteras på allvar. Det schweiziska sjukvårdssystemet, med en obligatorisk grundförsäkring och riktade bidrag till dem som inte förmår betala, framstår som intressant. I en mer försiktig – och kanske därför mer politiskt relevant – reform kunde staten eller lands-tingen garantera avgiftsfri vård vid alla svåra sjukdomssituationer och även vid vissa kroniska åkommor. Ett sådant omfattande grundskydd kan sedan kombineras med individuella sparkonton som finansieras gemensamt med skattemedel, eller delvis med privata insättningar. Det nya pensionssystemet med en gemensam och en fonderad del skulle kunna tjäna som inspiration. Ett annat alternativ vore att dagens sjukvårdsnivå omfattas av en vårdgaranti som finansieras med skattemedel, medan framtidens nya (och dyra) behandlingar finansieras individuellt inom ett system med sjukvårdskonton allteftersom de introduceras på sjukvårdsmarknaden.

Även om sjukvårdskonton skulle finansieras med skattemedel, uppstår de kostnadsänkande effekterna om kontohavarna under vissa villkor tillåts ta ut pengar från sina konton, förslagsvis när de går i pension. Man kan också tänka sig att medel på sjukvårdskontot får användas till att betala hemtjänst och annan äldreomsorg. Selektion i form av ogynnsamt urval skulle inte vara något problem om katastrofförsäkringen tillhandahölls av staten eller landstingen i stället för av privata försäkringsbolag. Sjukvårdskonton skulle tillföra sjukvården välbehövliga resurser och utöka patienterna ansvar för den egna vården, utan att de fattigaste medborgarna skulle lämnas i sticket.

Även om de är små finns det ingen anledning att dölja de två huvudsakliga nackdelarna med sjukvårdskonton: sjukvårdskonsumtionen skulle bli mer ojämnt fördelad och människor med dålig hälsa skulle över en livstid få mindre pengar över till annan konsumtion. Precis som på andra marknader kommer de välbeställda tillsammans med de smarta och aktiva konsumenterna att få mer och bättre vård. Detta kan man förstås beklaga, men å andra sidan förmår inte Sveriges traditionella och egalitära sjukvårdspolitik locka fram de resurser som behövs för att möta de växande vårdbehoven. Att köra på i samma hjulspår kan rimligen inte vara ett alternativ så länge till. Om vårdens finansiering inte förändras

finns också en risk för att vårdkonsumtionen på sikt polariseras i ett offentligt och ett privat system. Medelklassen kanske väljer bort offentlig vård helt och hållet med följderna att det politiska stödet för offentlig finansiering successivt eroderar. I så fall har jämlikheten motverkat sitt syfte.

Det är värt att påpeka att sjukvården inte är lika lämpad för välfärdssystem med individuella konton som utbildning och pensioner är. Offentliga sjukvårdsförsäkringar kännetecknas inte bara av sparande. Inslagen av försäkring och omfördelning är också betydelsefulla. Sjukvårdskonton förbättrar de individuella incitamenten till priset av en ökad självrisk. Därmed inte sagt att sjukvårdskonton vore en dålig lösning på de allt allvarigare problemen i svensk sjukvård. Behovet av reformer som går försiktigt fram och undviker att helt inrikta sig på incitament och ekonomisk effektivitet är trots allt stort.

Om de gavs ett större inflytande skulle kanske en del patienter på sina privatläkares inrådan köpa mer vård än vad de egentligen skulle behöva. Å andra sidan verkar överkonsumtion vara mest problematisk när det är någon annan som står för kostnaderna. Skulle det ändå visa sig att en mindre grad av överkonsumtion kvarstår med sjukvårdskonton är det heller inte hela världen. Sjukvård är i många fall livsviktig, och så länge betalningsansvaret inte läggs över på någon annan är det rimligen bättre att konsumera för mycket än för lite av den.

Referenser

- Arrow, K, 1963, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53, 941–973.
- Barr, M D, 2001, "Medical Savings Accounts in Singapore: A Critical Inquiry". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(4), 709–726.
- Baumol, W, 1993, "Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice". *Public Choice*, 77, 17–28.
- Bunce, V C, 2001, "Medical Savings Accounts: Progress and Problems Under HIPAA". *Policy Analysis*, nr 411, 8 augusti 2001, <www.cato.org/pubs/pas/pa411.pdf> (2003-04-06).
- Chassin m fl, 1989, *The Appropriateness of Selected Medical and Surgical Procedures: Relationship to Geographic Variations*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- CIA, 2004, *The World Factbook*, <www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html> (2004-10-07).
- Eichner, M, McClellan, M, och Wise, D, 1996, *Insurance or Self-Insurance?: Variation, Persistence, and Individual Health Accounts*. Cambridge, MA: NBER (Working Paper 5640).
- Felder, S, 2002, "Reform des deutschen Gesundheitsmarktes," konferensbidrag presenterat hos Centre for the new Europe, 2002-05-08.
- Gratzer, D, 2002, "It's Time to Consider Medical Savings Accounts". *Canadian Medical Association Journal*, 167(2), s 151–152.
- Hanvoravongchai, P 2002, "Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience". EIP/HFS/PHF Discussion Paper 52, World Health Organization.
- van den Heever, C, 1998, "Private Sector Health Reform in South Africa". *Health Economics*, 7(4), 281–289.
- Hjertqvist, J, 2003, *Slutet på början: Den stora upphandlingen – rond 3*. Stockholm: Timbro.
- Hsiao, W, 2001, "Behind the Ideology and Theory: What is the Empirical Evidence for Medical Savings Accounts?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (4), 733–737.

- Johannisson, K (2003), "Diagnosen frälser och förbannar". *Axess*, nr 5, 33–35.
- Johns, D, 2001, "Health and Development in South Africa: From Principles to Practice". *Development*, 44 (1), 122–128.
- Jones, C, 2003, "Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen so Much?" Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Larsson, L, 2002, "Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance in Sweden". Working Paper 2002:6, IFAU, Uppsala.
- Manning, W, Newhouse, J, Duan, N, Keeler, E, Leibowitz, A, Marquis, S, 1987, "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment". *American Economic Review*, 77(3), 251–277.
- Newhouse, J, 1992, "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" *Journal of Economic Perspectives*, 6(3), 3–21.
- Norberg, H, 2002, *En ny sjukvård: Från byråkrati till patient*. Stockholm: Reforminstitutet.
- Ozanne, L, 1996, "How Will Medical Savings Accounts Affect Medical Spending?" *Inquiry*, 33, 225–236.
- Riksförsäkringsverket, 2003, "Regionala skillnader i sjukskrivning – Hur ser de ut och vad beror de på?" *RFV Analyserar* 2003:12.
- Shortt, S, 2002, "Medical Savings Accounts in Publicly Funded Health Care Systems: Enthusiasm Versus Evidence," *Canadian Medical Association Journal* 167 (2), 159–162.
- Singapore Ministry of Health, 2001, *Annual Report 2001*. Singapore: Singapore Ministry of Health.
- Socialstyrelsen, 2002, *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002*. Stockholm; <www.sos.se/plus/dokinfo.asp?valPubl_id=2002-46-1> (2003-04-13).
- Socialstyrelsen, 2002, *Vårdens värde – vad får vi för pengarna i vård och omsorg?* Stockholm.
- SOU 2004:19, *Långtidsutredningen 2003/04*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Söderström, L och Lundbäck, M, 2002. *Stor och liten: Om vårdeffektiva sjukhus*. Stockholm: Reforminstitutet.
- Tandon, A, Murray, C, Lauer, J och Evans, D, 2000, *Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries*. Global programme on evidence for health policy discussion paper nr 30. Genève: WHO.

van de Ven, W och Ellis, R, 2000, "Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets", i Culyer, A J och Newhouse, J P, *Handbook of Health Economics*, volym 1. Amsterdam: Elsevier.

van de Ven, W och van Vliet, R, 1994, "Risk-Adjusted Capitation: Recent Experiences in the Netherlands". *Health Affairs*, 13 (5), 120–136.

Zere, E, McIntyre, D och Addison, T, 2001, "Technical Efficiency and Productivity of Public Sector Hospitals in Three South African Provinces". *South African Journal of Economics*, 69(2), 336–358.

Zweifel, P, 2000, "Switzerland". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25(5), 937–944.

Zweifel, P, 2000, "Competitive Mechanisms in Health Care", in Brown (red), *Reinventing Health Care*. The Stockholm Network.