

Sjukvårdskonsumtionens expansion

På 1920-talet utgjorde kostnaderna för hälso- och sjukvårdskonsumtion ca 1 % av vår nationalinkomst, på 30-talet 1,5 %, på 40-talet drygt 2 % och i slutet av 50-talet närmade sig andelen 3,5 %. Under 60-talet ökade stegringstakten och i dag utgör dessa kostnader över 10 % av vår totala inkomst. Vad ligger bakom denna utveckling? Kommer den att fortsätta? Kan vi påverka den?

I föreliggande artikel tas de ovan ställda frågorna upp. Resonemanget baseras på den nationalekonomiska konsumtionsteoris grunder men har givits en starkt förenklad utformning. Efterfrågan och konsumtionen av sjukvård antas huvudsakligen bero på fyra faktorer: vårt faktiska vårdbehov (hälsotillstånd), vår inkomst, priset på (= kostnaden för) sjukvård i förhållande till priset på andra varor och tjänster samt den medicinska vetenskapens kunskapsnivå. Den enkla analysen leder till slutsatsen att om vi fortsättningsvis vill mildra sjukvårdssektorns expansion så kan detta bara ske genom en utökad friskvård.

Artikeln får ses som ett försök att penetrera sjukvårdskonsumtionens utveckling på ett övergripande sätt — att utgå från ett fåtal viktiga bestämningsfaktorer men bortse från andra. Härigenom torde den i viss mån väcka diskussion. I så fall är syftet nått.

Vad ligger bakom den långsiktiga utvecklingen?

Expansionen av den svenska hälso- och sjukvårdssektorn är ingen autonom företeelse. I grund och botten beror den på de förskjutningar i den allmänna efterfrågans sammansättning som skett i takt med vår ekonomiska tillväxt.

Det faktiska behovet av sjukvård torde knappast ha ökat under de senaste 50 åren.

Av Lars Dahlberg



Snarare tvärtom. Att efterfrågan på sjukvård ändå ökat beror främst på att vår totala realinkomst ökat och att den sk inkomstelasticiteten för sjukvårdstjänster är hög, d v s när inkomsten stiger är vi benägna att offra en allt större procent av den på konsumtion av hälso- och sjukvårdstjänster. (1). Denna utveckling är inte på något sätt specifik för Sverige, den återfinns i de flesta rika, industrialiserade länder. Utvecklingen av dessa länders konsumtionsmönster, och därmed produktionsmönster, kan i mycket grova drag beskrivas på följande sätt.

Ett lands totala produktion kan indelas i tre typer av nyttigheter. För det första den rent agrara produktionen av livsmedel, s k primär produktion. För det andra industriell produktion av materiella nyttigheter, s k sekundär produktion, samt för det tredje produktion av tjänster, s k tertiär produktion. Det har empiriskt visats att ett klart samband föreligger mellan storleken av realinkomsten per invånare och fördelningen av ett lands konsumtion och produktion mellan ovan nämnda slag av nyttigheter. Fattiga länder med låg BNP per invånare tenderar

att uteslutande bedriva primär produktion. Efterhand som de blir rikare tillkommer tillverkning och konsumtion av sekundära nyttigheter. De riktigt rika nationerna med hög realinkomst per capita kännetecknas av att en allt större del av de produktiva resurserna utnyttjas för produktion av tjänster. Sverige är ett mycket rikt land och hälso- och sjukvårdssektorn är en tjänsteproducerande sektor.

Med ovanstående vill jag framhålla att grunden till en ökad sjukvårdskonsumtion har varit den ekonomiska tillväxten. Många invänder säkert mot detta och hävdar i stället att det är den kunskapsmässiga utvecklingen, den medicinska vetenskapens utveckling, som primärt lett till en ökad konsumtion: att när vi väl lärt oss bota en sjukdom så efterfrågas också denna tjänst. Detta är emellertid att blanda ihop orsak och verkan. Ingen startar en tillverkning därför att han vet att folk i och för sig skulle vilja ha hans vara. Detta sker bara om de också har sådana inkomster att de, efter tillfredsställelse av högre prioriterade konsumtionsbehov, anser sig ha råd att köpa varan ifråga. I ekonomiska termer brukar man säga att ingen produktion uppstår såvida inte den korresponderande efterfrågan är "effektiv". Inte heller är det vanligt att någon produktutveckling uppkommer förrän produktionen av ursprungsvaran kommit igång, d v s innan efterfrågan på ursprungsvaran visat sig vara effektiv. I analogi härmed måste hävdas att det är den reala ökningen av vår inkomst som lett till en effektiv efterfrågan på sjukvårdstjänster och som i sin tur gett incitament till en utveckling av produkten ifråga. Denna slutsats äger giltighet oavsett om sjukvårdskonsumtionen betalar direkt till producenten eller om denna betaling, som i Sverige, från konsumentens ficka tar vägen över offentliga kassakistor.

Det sagda får inte tolkas som ett förnekande av att kunskapsmässiga landvinningar inom medicinen skapar en viss efterfrågan i sig själva. Den avgörande poängen är att om denna efterfrågan skall leda till en utökning av vår totala sjukvårdskonsumtion så fordras en samtidig tillväxt i ekonomin. Endast om samhällets medlemmar skulle vara villiga att i stor utsträckning byta ut sin konsumtion av andra varor och tjänster mot konsumtion av sjukvård kan en expansion

av den senare uppstå utan en samtidig tillväxt av realinkomsten.

När det gäller sjukvårdssektorns långsiktiga utveckling är också produktivitetsförändringar och därmed förknippade prisförändringar i vår ekonomi betydelsefulla. Det intressanta är i och för sig inte den absoluta produktivitetsutvecklingen eller den absoluta prisutvecklingen i olika sektorer. Av betydelse är i stället det inbördes förhållandet mellan dessa förändringar. Vi vet att produktivitetsutvecklingen har skett långsammare inom sjukvårdsproduktionen än inom de flesta andra områden. Detta beror inte alls på att produktionen av sjukvård skulle vara illa skött. Det är bara så att dess karaktär inte medger de typer av produktivitetshöjande åtgärder, som vidtagits inom exempelvis industrin. I det långa loppet medför detta att priset på sjukvårdstjänster stiger i relation till priset på andra nyttigheter, sjukvårdens "relativa pris" stiger: (2). Under normala omständigheter kan detta förhållande i viss mån leda till en förskjutning i efterfrågan från sjukvård mot andra varor och tjänster. Att denna förskjutning ändå varit måttlig torde kunna tillskrivas det faktum att några större substitutionsförhållanden — ersättningsförhållanden — mellan konsumtionen av sjukvård och andra nyttigheter knappast föreligger. Den tidigare påtalade effekten av upplevda inkomstökningar har varit mycket starkare än den nu senast påtalade substitutionseffekten. (3).

Mot bakgrund av ovanstående kan vi

sammanfattningsvis hävda följande. Efterfrågan på sjukvård är till sin storlek huvudsakligen beroende av fyra faktorer. För det första av det faktiska behovet, d v s det faktiska hälsoläget i landet. För det andra beror den på vår totala inkomst. En tredje påverkande faktor är det relativa priset på sjukvården. Slutligen och för det fjärde beror efterfrågan på sjukvård av kunskapsgraden inom densamma, den medicinska vetenskapens utvecklingsnivå. Med matematiskt språkbruk kan ovanstående uttryckas på följande sätt:

$$e=e(b,y,p,k)$$

I ovanstående uttryck står bokstaven e för efterfrågan på sjukvård. Bokstaven b står för det faktiska behovet, y för storleken på vår reala inkomst medan p betecknar det relativa priset på sjukvård. Bokstaven k står för medicinsk kunskap, d v s i vilken utsträckning vi har lyckats lära oss att bota olika sjukdomar. Det matematiska uttrycket säger att efterfrågan e är en funktion av b , y , p och k . (4).

Beslut angående den svenska sjukvårdens utbyggnad och omfattning fattas av offentliga myndigheter. Ovanstående resonemang bygger på den grundläggande förutsättningen att dessa beslut avspeglar de enskilda samhällsmedlemmarnas (konsumenternas) preferenser. Resonemanget bygger också på förutsättningen om att konsumenten inte lider av den illusionen att all sjukvård för honom är gratis; konsumenterna förutsätts vara medvetna om att de indirekt betalar sin sjukvårdskonsumtion via skattemedel och

avgifter och att priset på denna konsumtion avspeglas i avgifternas och skattesatsens storlek. I det stora tidsperspektivet är säkert dessa förutsättningar uppfyllda.

Förväntad framtida utveckling i ett långsiktigt perspektiv

Hur kommer då de variabler som påverkar sjukvårds efterfrågan att utvecklas i framtiden och vad blir den totala effekten härav? Låt oss först konstatera att allt talar för en fortsatt ökning av våra reala inkomster, en fortsatt ekonomisk tillväxt. Eftersom vi uppenbarligen har långt kvar innan alla faktiska sjukvårdsbehov är kontinuerligt tillfredsställda och eftersom inkomstelasticiteten för sjukvårdskonsumtion fortfarande kan förväntas vara hög så måste denna realinkomstökning verka för en ytterligare expansion av sjukvårds efterfrågan. Denna ökning kan i viss utsträckning motverkas om produktiviteten inom sjukvårdssektorn även framledes ökar långsammare än inom övriga sektorer. Då kommer sjukvårdstjänsternas relativa pris att stiga och en viss substitution av sjukvård mot andra nyttigheter att ske. Det är inte troligt att en sådan substitutionseffekt helt förmår motverka den ovan påtalade effekten av en realinkomstökning. Åtminstone inte under de närmaste 10–15 åren. På längre sikt är det dock inte helt omöjligt att så blir fallet. Förutsättningen för att så skall ske är emellertid en fortsatt divergens i produktivitet utvecklingen mellan sjukvårdsproduktionen och övrig produktion samt, vilket också

är troligt, att inkomstelasticiteten för sjukvårdskonsumtion så småningom sjunker. Det är alltså inte omöjligt, snarare troligt, att efterfrågan på sjukvård slutar att växa och att detta sker innan vi har nått den gräns då alla behov fortlöpande tillfredsställes. Det är alltså inte så, vilket många föreställer sig, att behovsgraden determinerar den slutliga gränsen för sjukvårdskonsumtionens tillväxt (trots att ett positivt samband föreligger mellan behovens storlek och efterfrågans volym).

Ännu har vi emellertid långt kvar innan efterfrågan slutar att växa. En bidragande orsak härtill är att den medicinska kunskapsnivån troligen fortsätter sin snabba utveckling. De primära förutsättningarna föreligger härför och detta kommer att tillföra en ny efterfrågan.

Om inga drastiska åtgärder vidtas kan vi således förvänta en fortsatt expansion av sjukvårdsefterfrågan och av våra utgifter för denna konsumtion.

Vad kan göras?

På vilket sätt kan vi nu försöka mildra en expansion av sjukvårdskonsumtionen? En grundläggande uppbromsning av efterfrågeökningen skulle naturligtvis ske om vi minskade ekonomins tillväxttakt. Även om vissa människor i dag rent allmänt och av helt andra skäl pläderar för en sådan framtidspolitik så torde detta inte vara ett realistiskt alternativ. Under alla förhållanden äger knappast sjukvårdens huvudmän sådana politiska instrument att de kan påverka denna variabel. En annan möjlighet vore att försöka påverka utvecklingen av den medicinska kunskapsnivån och därigenom undvika det efterfrågetillskott som denna utveckling medför. Inte heller här torde emellertid några effektiva politiska instrument finnas. I och för sig kan man tänka sig att minska resurstilldelningen till den inhemska forskningen. Därvid måste emellertid observeras dels att stora delar av denna forskning sker i privat regi, dels det faktum att den medicinska teknologin är ett internationellt fenomen. Till ett mycket lågt pris kan vi dra fördel av medicinska upptäckter på andra håll i världen. Ett totalstopp när det gäller den egna forskningen skulle inte alls innebära ett stopp för utvecklingen av vår kunskap.

Mot bakgrund av ovanstående inses att av de faktorer, vilka huvudsakligen styr sjukvårdsefterfrågan, är det egentligen bara två som direkt kan påverkas: dels det faktiska behovet, dels sjukvårdstjänsternas relativa pris. Låt oss granska den senare faktorn närmare. Sjukvårdens relativa pris kan i princip bara sänkas genom en produktivitetssökning inom sektorn ifråga. Det är en vanlig uppfattning att våra totala utgifter för sjukvården skulle sänkas härigenom. Så behöver emellertid inte alls bli fallet. Den sänkning av sjukvårdens relativa pris som detta medför ger, i enlighet med tidigare resonemang, upphov till en viss förskjutning i samhällets totala efterfrågan till fördel för konsumtionen av sjukvård. Givet en ekonomisk tillväxt kan således produktivitetssökningar inom sjukvården leda till en ökad efterfrågan på densamma och härigenom

förmodligen också till ökade sjukvårdsutgifter. Men även om denna produktivitetssökning i sig själv inte kommer att medverka till minskade totala sjukvårdsutgifter så är den ändå önskvärd. Anledningen härtill är helt enkelt att vi får mera sjukvård för varje spenderad krona.

Nej, ska vi försöka lindra expansionen av sjukvårdsefterfrågan och därmed våra sjukvårdsutgifter så finns egentligen bara ett verksamt medel att tillgå: att försöka angripa det faktiska behovet. Som alla vet måste detta ske med sk förebyggande vård. Friskvård är följaktligen lösen när det gäller att försöka mildra den långsiktiga framtida expansionen av våra utgifter för hälso- och sjukvårdskonsumtion.

Vissa politiker har på senare tid uttryckt vår valsituation som *friskvård eller sjukvård*. Det är uppenbart att dessa politiker träffat rätt. Det är de här två alternativen vi har att välja mellan. Eller mera korrekt: valet står mellan en expansion av friskvården och en expansion av sjukvården.

Notförteckning

- 1) Realinkomst = inkomsten uttryckt i det antal varor och tjänster som vi kan köpa för den. I och för sig kan vår inkomst öka utan att realinkomsten ökar, nämligen om en kraftig inflation föreligger. En varas inkomstelasticitet = ekonomisk term som anger huruvida vi vid en given ökning av vår inkomst kommer att spendera en större eller mindre procentuell del av själva inkomstökningen på varan ifråga än den procentuella del av vår totala inkomst som vi före ökningen spenderade på varan. En hög inkomstelasticitet innebär att vi spenderar en större del av inkomstökningen, än av tidigare inkomst på varan.
- 2) En varas relativa pris uttrycker dess pris i förhållande till priset på andra varor. Om en varas pris stiger snabbare än andra varors pris säger vi att varans pris stiger.
- 3) Substitution = ekonomisk term som när det gäller analys av konsumtionsmönster står för att man byter ut sina inköp av en vara mot inköp av en annan vara. Orsaken är oftast att priset på den vara man nu föredrar sjunkit i förhållande till priset på den vara man tidigare köpte. Ju mer likartade två varor är, desto lättare ger förändringar i deras inbördes prisrelation upphov till substitution.
- 4) Som påpekats i ingressen bortser vi här från en rad faktorer, vilka betraktats som mindre betydande för efterfrågans utveckling. Den kanske viktigaste är förskjutningen av sjukvårdsproduktion från hemmen till fristående producenter. Härigenom uppstår en efterfrågeökning som egentligen inte är reell — det är bara det att den inte tidigare avspeglat sig i statistiken. Förskjutningar av detta slag torde till stor del ligga bakom manifesterad efterfrågeökning när det gäller långvården. Å andra sidan har förskjutningar ägt rum även åt andra hållet, inte minst genom att slutenvårdspatienter skickas hem allt tidigare. ■