

Karl-Henrik Pettersson



**Det amerikanska sjukvårdssystemet**

**Något sådant vill vi inte ha**

Om värderingarnas betydelse för politiken

## Förord

Det här är mina skrivelser om det amerikanska vårdssystemet från tidigt 2008 fram till för bara några dagar sedan (22 mars 2010), det mesta publicerat på [www.karlhenrikpettersson.se](http://www.karlhenrikpettersson.se). Det är blandning av stort och smått, av genomtänkt analys och triviala iakttagelser, bland annat från en USA-resa hösten 2009, mitt uppe i Barack Obamas försök att reformera vårdssystemet.

Anledningen till att jag kommit att intressera mig för det amerikanska sjukvårdssystemet är att jag under de senaste åren ägnat mycket tid åt den *svenska* sjukvårdens organisation. (Det resulterade bland annat i boken *Så skulle det kunna bli* utgiven av FSF (2008) inom ramen för ett forskningsprojekt om entreprenörskap i offentlig sektor.) Bakgrunden till USA-intresset var nyfikenhet. Jag trodde att det fanns något att lära av det marknadsorienterade amerikanska vårdssystemet. Och det gjorde det naturligtvis. Men det fanns också mycket att vara frågande inför. Att vården kostar mycket mer än i andra OECD-länder. Att de höga kostnaderna inte verkar ge resultat i fler läkarbesök eller bättre hälsotal. Att sjukförsäkringsbolagen får bete sig som vilket sakförsäkringsbolag som helst. Och givetvis att nästan 50 miljoner amerikaner saknar sjukförsäkring. Att inte skydda alla sina medborgare mot sjukdom har USA varit ensam om bland västländerna.

Vad jag har lärt? Ja, att "något sådant vill vi inte ha". Men också att bättre förstå skillnaden mellan europeiska värderingar och amerikanska. Det är exempelvis helt klart att synen på rättvisa är en annan i USA än i Europa. Liksom synen på vad som bör lämnas till marknaden och vad som bör tas om hand gemensamt. Det som förvånat mig mest är att amerikanens frihetsvärderingar tar kommandot över förnuftet (om det senare definieras som den ekonomiskt mest rationella lösningen). Ett tydligt exempel är sjukvårdens finansiering. Merparten av amerikanerna föredrar att låta privata försäkringsbolag sköta finansieringen trots att all empiri visar att en offentlig lösning, ett "single payer system" som i till exempel Kanada, skulle vara mer effektiv. Barack Obamas sjukvårdsreform ändrar inte på det.

Groveda den 1 april 2010

Karl-Henrik Pettersson

Symptomen på att det  
inte står rätt till

## Hur fungerar dagens amerikanska vårdssystem?



Förenklat kan man säga att det amerikanska vårdssystemet har två ungefär lika stora delar, det offentligfinansierade systemet och det privatfinansierade. Den första delen, den offentliga, fungerar på det hela taget bra. Den andra delen, den privata, är förknippad med mängder med problem, eller symptom på problem, inklusive det faktum att strax under 50 miljoner amerikaner saknar sjukförsäkring. Jag skall granska de två delarna lite mera i detalj.

### Den offentliga delen – vårdssystemet för de svaga grupperna i samhället

I motsats till vad många européer tror är i stort sett alla svaga grupper i det amerikanska samhället garanterade sjukförsäkring ungefär på samma sätt som i andra västländer. Vi talar om äldre, handikappade, fattiga och barn. **Medicare** tar hand om alla som är äldre än 64 år liksom de handikappade. **Medicaid** är en sjukförsäkring för de som har låga inkomster. Dessutom finns **SCHIP**, ofta samorganiserat med Medicaid, som är ett försäkringssystem för barn som av olika skäl annars inte skulle ha ett skydd. Sex miljoner barn har idag sjukförsäkring via SCHIP.

Medicare och Medicaid är således finansieringssystem, de utför inte själva vården. Den köps till största delen av privata sjukhus och andra privata vårdgivare. Till ganska stor del också av nonprofittvårdföretag som det finns många av i USA. Det finns även vissa offentliga, oftast delstatliga eller kommunala, sjukhus och andra vårdinrättningar. Alla dessa kan utföra vård som betalas av Medicare, Medicaid eller SCHIP.

Dessa tre system, som tillsammans grovt sett svarar för halva sjukvårdssystemet (sett från kostnadsidan), är skattefinansierade. Medicare är federalt finansierat, Medicaid och SCHIP är delvis federalt finansierat, delvis av delstaterna.

Det finns också ett skattefinansierat *integrerat* system, alltså ett vårdssystem som tar hand om både finansieringen och utförandet. Det är det så kallade **Veteran Affairs Health Administration (VA)** som ansvarar för sjukvård och omsorg för i första hand fd amerikanska soldater.

Det finns ett viktigt undantag från principen att de svaga grupperna i det amerikanska samhället skall ha en sjukförsäkring. Det är den stora gruppen (man brukar räkna med 12 miljoner) illegala invandrare. Det är ett problem liknande det som gäller för så kallade papperslösa i Sverige. Det finns en parallell till Sverige även i den meningen att de illegala invandrarnas obefintliga sjukförsäkringsskydd är en fråga som politikerna i gemen talar tyst om.

Det finns viss kritik mot de här systemen, och en växande kritik. Många är exempelvis rädda för att Medicare-kostnaderna kommer att stiga dramatiskt i takt med att stora åldersgrupper kommer att pensionera sig under de kommande åren. Till det kommer att den finansiella krisen försämrar ekonomin för många amerikaner som kan göra att Medicaid-kostnaderna kommer att stiga kraftigt. Ändå kan man konstatera att de fyra offentliga systemen – Medicare, Medicaid, SCHIP och VA – i stort sett har brett folkligt stöd. VA, som ju är ett system som mycket påminner om den svenska landstingsmodellen med både finansiering och produktion i samma organisation, anses väl matcha privat vård med hög relativ vårdkvalitet, låga kostnader och goda patientomdömen. Och VA är ingen marginell företeelse med sina i runda tal 5 miljoner patienter, ca 100 000 anställda, och ett hundratal sjukhus och "vårdcentraler" ("outpatient clinics") spridda över landet i samtliga delstater.

Kritiken är däremot hård och bred mot hur den privatfinansierade delen av det amerikanska vårdsystemet är beskaffad och fungerar, den del som har till uppgift att ta hand om alla de amerikaner som inte är gamla, handikappade, fattiga etc., kort sagt folk i allmänhet i arbetsför ålder.

### **Den privata delen – vårdsystemet som det ser ut för de allra flesta amerikaner**

Det amerikanska vårdsystemet bygger på den grundläggande idén att är man frisk och i arbetsför ålder får man se till att ordna sin egen sjukvård. Och eftersom alla inser att sjukvård är en tjänst som kräver försäkring så gäller samma grundprincip för det – är du frisk och i arbetsför ålder har du själv ansvaret för att se till att ordna din egen, och din familjs, sjukförsäkring.

Praktiskt har det här betytt att sedan några decennier tillbaka har de allra flesta amerikaner sin sjukförsäkring via arbetet. För arbetsgivaren har en bra sjukförsäkring varit ett sätt att rekrytera, och få behålla, personal. Många arbetsgivare, i synnerhet de större företagen och organisationerna, erbjuder sina anställda en mer eller mindre subventionerad sjukförsäkring. Det är emellertid numera ganska ovanligt att arbetsgivaren betalar hela försäkringen. I regel betalar den anställde en del av försäkringskostnaden, och försäkringen innehåller så gott som alltid krav på avgifter ur egen ficka, co-payments, vid läkar- och sjukhusbesök. Men också politikerna har styrt i den här riktningen. Det finns skattemässiga fördelar för både individen och arbetsgivaren om man ordnar sin sjukförsäkring via arbetet. Däremot finns det ingen tvingande lagstiftning som säger att arbetsgivare måste erbjuda en sjukförsäkring. Det är för övrigt skälet till att fler och fler småföretag idag i det svåra ekonomiska läget antingen slutar med att erbjuda sjukförsäkring, eller låter den anställde bära en allt större del av kostnaden.

Den andra centrala komponenten i systemet är de privata försäkringsbolagen, de allra flesta vinstutdelande privata företag men det finns också, liksom i utförarledet, nonprofit företag. Försäkringsbolagen utarbetar paketylösningar (**Health Plans**) som man säljer in på arbetsgivarna och arbetstagarna/facket. I en Health Plan preciseras vad försäkringen täcker men också, i varierande grad, vilka vårdgivare som en anställd kan vända sig till för att få sin (och ofta sin familjs) primära sjukvård och specialistvård.

Det finns också integrerade system, så kallade Health Maintenance Organizations, **HMOs**. En HMO tar således hand om både finansieringen och utförandet av själva vården, inte nödvändigtvis i egen regi men med bestämda regler för vilka allmänläkare respektive specialister eller sjukhus som den försäkrade kan använda sig av. Kaiser Permanente (KP) med huvuddelen av sin mycket omfattande verksamhet i Kalifornien är en välkänd och framgångsrik HMO. KP består, förenklat sagt, av dels en nonprofit finansieringsdel, dels av en utförandedel med vinstutdelande vårdföretag. Studier har visat att KP genom en tydlig styrning av både patienter och utförare har lyckats hålla nere kostnaderna samtidigt som deras resultat i form av medicinsk kvalitet är i topp.

Den tredje centrala komponenten i systemet är självfallet utförarna – doktorer, allmänmottagningar ("vårdcentraler"), sjukhus, specialistkliniker och alla andra som svarar för sjukvården och omsorgen. Det är samma vårdgivare som utnyttjas av dem som är försäkrade inom Medicare, Medicaid och SCHIP.

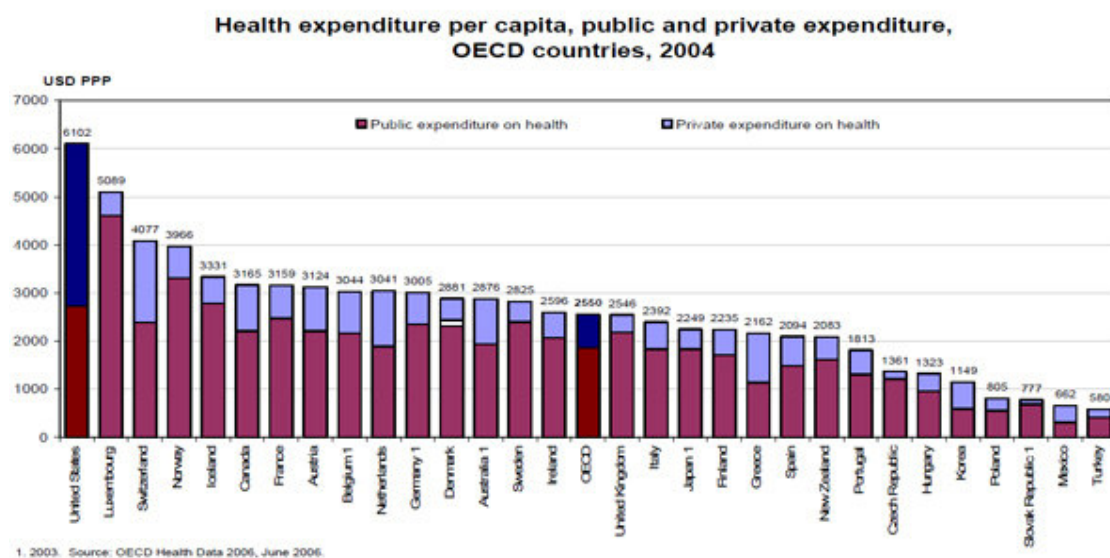
För att sammanfatta. För alla äldre, handikappade, fattiga, barn och veteraner finns i USA ett omfattande system för skattefinansierad sjukvård som vad gäller tillgång till vård och medicinsk kvalitet på det hela taget väl matchar den sjukvård som finns i andra västländer. För övriga, kort sagt för alla friska amerikaner i arbetsför ålder, gäller att det är upp till var och en att ordna sin sjukförsäkring. Det görs i praktiken via arbetet (för några relativt få genom individuell försäkring).

Privata försäkringsbolag erbjuder olika Health Plans till företagen och de anställda med olika grader av täckning och med riktlinjer för vilka utförare som kan användas och på vilka villkor.

## Symptom på allvarliga problem

Den privatfinansierade delen av det amerikanska vårdssystemet har som sagt stora problem. Det som syns tydligast utåt är symptomen. Det här är i mitt tycke de sex viktigaste tecknen på att problemen går mycket djupt.

*\*Den låga effektiviteten.* Det är väl känt att de amerikanska sjukvårdskostnaderna är mycket höga relativt kostnaderna i andra västländer. Enligt OECDs senaste jämförelser är sjukvårdskostnaderna i USA mer än 50% högre än för OECD-genomsnittlandet (se figur).



De höga relativkostnaderna skulle i och för sig inte behöva vara ett samhällsproblem om effektiviteten i vården i motsvarande grad var bättre. Men så är det inte. Om man mäter effektiviteten i övergripande termer som livslängd, spädbarnsdödlighet, fetma etc., kommer USA dåligt ut på snart sagt alla punkter vid en jämförelse med andra länder. USA befinner sig i den sämsta av vårdssystemvärldar, i "kvadranten" med höga kostnader/låg effektivitet.

*\*Orättvisorna.* I Sverige definierar vi rättvisa i samband med vård efter ett antal principer. Alla skall få vård som behöver vård. Den som är sjukast skall få vård först. Det skall vara samma vård i hela landet. Och det skall inte finnas några gräddfiler till vården.

Det amerikanska vårdssystemet är orättvist på alla dessa punkter. Det hänger i första hand samman med hur de privata försäkringsbolagen arbetar – och har de legala möjligheterna att arbeta. De betraktar individen som en risk. Har personen en sjukdom, eller finns han eller hon i riskzonen för att bli sjuk blir det svårare att sjukförsäkra sig, och går det blir det dyrare. Och om det för den som har en försäkring inträffar något som kräver vård eller annan åtgärd kan den komma att ifrågasättas av olika skäl, och ersättningen kan försvinna eller reduceras. Beteendet från försäkringsbolagens sida är förstas företagekonomiskt helt korrekt och begripligt. Men det får, i synnerhet när merparten av alla amerikaners sjukförsäkring är baserad på dessa principer, förödande följder för väldigt många individer. Den amerikanska vårddebatten flödar över av konkreta exempel på människor som ham-

nat i kläm. Det gäller inte minst ekonomiskt. Det är lätt att förstå att ett privat sjukvårdsförsäkringssystem som ser ut på det här sättet i kombination med snabbt ökade sjukvårdskostnader (apropå första punkten) riskerar att i det enskilda fallet bli en ekonomisk katastrof. Det blir det också för väldigt många. Obetalda räkningar för sjukvård och är idag den vanligaste orsaken till privata konkurser i USA.

*\*De höga administrationskostnaderna.* Det amerikanska sjukvårdssystemet har väsentligt högre administrationskostnader än vårdsystemen i andra västländer. Med administrationskostnader menas då, kort uttryckt, alla kostnader som inte har med själva den medicinska behandlingen att göra. Enligt en välkänd studie från 2003 där USA och Kanada jämförs uppgick administrationskostnaderna i USA till i runda tal en tredjedel av totalkostnaderna (Woolhandler, S. et al, 2003, "Costs of Health Care Administration in the United States and Canada", *The New England Journal of Medicine*, Volume 349, No. 8, August 21, 2003, s 768 ff.). Med samma definition var administrationskostnaderna i Kanada ungefär hälften så stora. Jag bedömer att administrationskostnaderna i det svenska vårdsystemet ligger väsentligt under 10%, kanske till och med under 5%.

Orsaken till de höga administrationskostnaderna är det vi just diskuterat – hur det privata försäkringssystemet är ordnat. För det första är det ett system som är som upplagt för tvister. För det andra är det ett organisatoriskt splittrat system, antalet försäkringsbolag är mycket stort. Det är lätt att förstå att administrationskostnaderna av båda dessa orsaker blir mycket höga. De uppstår i alla led, och framförallt i samband med vård. Ca 20% av försäkringsbolagens kostnader är administration, ungefär hälften av detta är kostnader kopplade till betalningar. Och hos doktorerna, klinikerna och sjukhusen finns spegelbilden, faktureringskostnader av olika slag. Enligt en studie från 2005 från Kalifornien gick ca 40% av en allmänläkarmottagnings totala ersättningar till administration, knappa hälften av dessa var faktureringskostnader. I runda tal 20% av den kaliforniska akutsjukvårdens totalkostnader gick enligt samma studie åt för att sjukhusen skulle få betalt.

*\*Det stora antalet oförsäkrade.* Att det i det amerikanska systemet blir många oförsäkrade, enligt de senaste beräkningarna strax under 47 miljoner personer (av en befolkning på 307 miljoner), är inte särskilt förvånande. Alla har hittills haft rätten att välja om man vill vara sjukförsäkrad eller inte. Och många, särskilt unga personer med måttliga inkomster, har gjort valet att inte försäkra sig (ungefär som många svenskar de senaste två åren har valt att hoppa av arbetslöshetsförsäkringen). Det finns flera orsaker till det men ett skäl är stigande kostnader. Företagen har fått allt svårare att klara försäkringskostnaderna. Det har lett till att den anställde som ett genomsnitt fått bära en allt större del av totalkostnaden, och förr eller senare når individen en punkt där han eller hon helt avstår från sjukförsäkring. Kurvorna för antalet personer i arbetsför ålder som saknar försäkring respektive de amerikanska vårdkostnadernas utveckling följer varandra på ett tydligt sätt. Det finns med andra ord ett samband mellan ökade kostnader och ökat antal oförsäkrade.

*\*De väldiga regionala obalanserna.* För den som år 2003 bodde i Miami, Florida var genomsnittskostnaden för vården ca \$11 000 per år, för den som bodde i Salem, Oregon var samma år genomsnittskostnaden \$4 000, det skiljer nästan en faktor 3. Även efter det att man justerat för avvikelser i befolkningsstruktur, inkomst, ålder etc., och det är självfallet det mest tankeväckande, var det svårt att se några skillnader i vårdens effektivitet. Människor är som det tycks lika sjuka, eller lika friska, oberoende av om en stad eller region satsar mycket stora resurser på vården eller, relativt sett, små resurser.

*\*Specialistifieringen.* Det amerikanska vårdsystemet har en växande bias mot specialistvård på primärvårdens och den preventiva vårdens bekostnad. Den utvecklingen finns i många västländer, även i Sverige, men den är mer flagrant i USA, och tycks gå snabbare. Ett symptom är gapet i löner mellan allmänläkare och specialistläkare. Läkare i primärvården tjänade 2003 som ett genomsnitt

\$162 000 per år och hade under perioden 1995-2004 ökat sina löner med 21%. Specialistläkarna tjänade 2004 inte så långt från dubbelt så mycket, \$297 000 per år och hade under perioden från 1995 ökat sin lön med 38%. Det säger sig självt att de här skillnaderna skapar starka incitament för att utvecklingen mot mer av specialistsjukvård kommer att fortsätta.

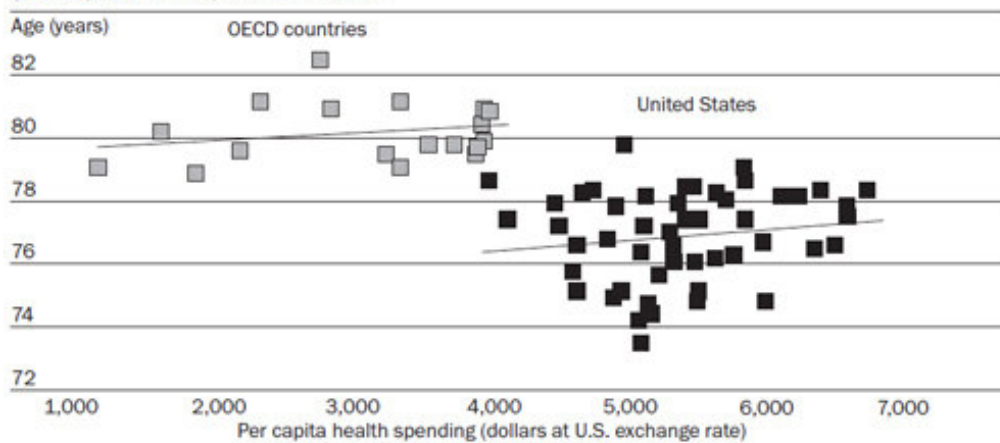
”Lite hälsa för  
pengarna”

## USA satsar mest, får minst ut (1)

I septembernumret 2009 av tidskriften *Health Affairs* finns en intressant artikel av Henry J. Aaron och Paul B. Ginsburg ("Is Health Spending Excessive? If So, What Can We Do About It?"). Artikeln är intressant för att den systematiskt försöker hitta orsakerna till att USA har så höga relativa vårdkostnader och ändå inte lyckas få ur mera hälsa ur systemet. För det är snarare tvärtom. USA satsar mest på sin vård av alla OECD-länder men ligger snudd på sämst vad gäller indikatorer på hälsa. Det är upp-och-nedvända-världen.

I artikeln redovisas två diagram, båda tankeväckande och med stor informationskraft. Det första diagrammet visar för olika OECD-länder sambandet mellan *förväntad livslängd* och satsningar på vården. Men USA redovisas inte som nation utan som en samling delstater. Det bildas med andra ord två svärmar. Den ena av olika OECD-länder (markerade med grå fyrkanter i figuren), den andra av USAs 51 delstater (svarta fyrkanter).

**Total Health Spending Per Capita Compared To Life Expectancy At Birth, United States (By State) And Nineteen Organization For Economic Cooperation And Development (OECD) Countries, Various Years**



**SOURCES:** OECD countries: OECD health data 2008. Paris: OECD; 2008 Dec. [cited 2009 Mar 25]; via SourceOECD. U.S. health spending: Henry J. Kaiser Family Foundation. Health care expenditures per capita by state of residence, 2004 [Internet]. Menlo Park (CA): Kaiser Family Foundation; 2004 [cited 2009 Mar 25]. Available from: <http://www.statehealthfacts.org/comparatable.jsp?ind=596&cat=5&sub=143&yr=14&typ=4&sort=a>. U.S. life expectancy: U.S. Census Bureau. U.S. projections methodology table no. 2: average life expectancy at birth by state for 2000 and ratio of estimates and projections of deaths: 2001 to 2003. Washington (DC): U.S. Census Bureau, Population Division, Interim State Population Projections; 2005 Apr 21 [cited 2009 Mar 25]. Available from: <http://www.census.gov/population/www/projections/methodology.html>

Vad kan man se? Ja, att USA ligger "i en klass för sig" både vad gäller medellivslängd och satsningar på vård. Det är bara det att USA, svärmen av svarta fyrkanter, hamnar "på fel plats" i diagrammet. För det borde naturligtvis vara så att investerar man mera än andra i sitt sjukvårdssystem (här räknat per capita) så borde det synas i högre förväntad livslängd, i synnerhet eftersom USA har haft höga relativkostnader för sitt vårdssystem under lång tid. Men så är det alltså inte. USA har i genomsnitt ungefär tre års kortare genomsnittslivslängd (77 år) än medeltalet för övriga OECD-länder (80 år).

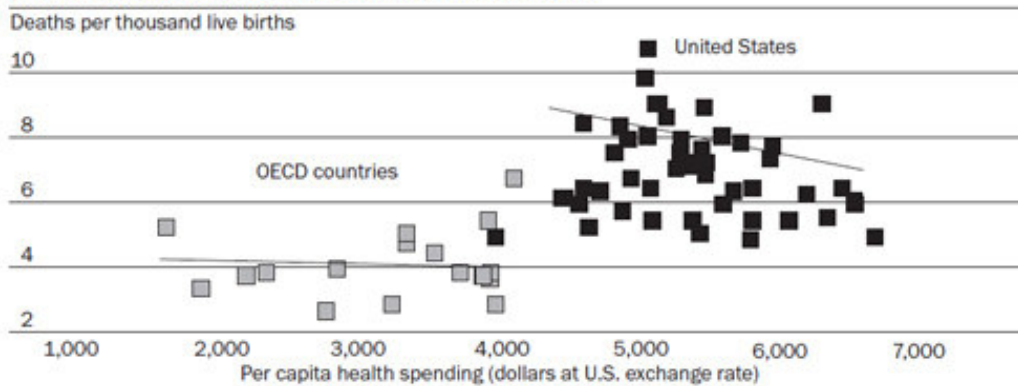
Den andra iakttagelsen man kan göra är att spridningen inom USA är mycket stor. Och att det gäller både för vårdkostnaderna och livslängden. Den delstat som satsat mest, som alltså ligger längst ut till höger i figuren, är Massachusetts där man 2004 investerade \$6 683 per medborgare på sitt vårdssystem. Den andra extremen i figuren är Utah med \$3 978 per medborgare, tätt följd av Arizona med \$4 103. Skulle man titta på helhetsbilden kan man lite förenklat säga att vårdkostnaderna per capita ökar ju längre österut man kommer i USA.

När det gäller livslängden är den högst (79,8 år) på Hawaii, och kortast (73,7 år) i Mississippi.

Den tredje observationen är att medellivslängden av allt att döma blir något högre ju högre satsningar på vård som görs men tankeväckande nog bara inom respektive grupp, alltså bara om OECD-länderna (exklusive USA) räknas som en grupp för sig, och USAs delstater för sig. Det antyder ett gravt systemfel i den amerikanska vårdmodellen.

Den andra figuren är uppbyggd på samma sätt men avser *spädbarnsdödligheten*. Diagrammet kräver inga kommentarer. Budskapet är i princip detsamma.

**Total Health Spending Per Capita Compared To Infant Mortality (Deaths Per 1,000 Live Births), United States (By State) And Eighteen Organization For Economic Cooperation And Development (OECD) Countries, Various Years**



**SOURCES:** OECD countries: OECD health data 2008. Paris: OECD; 2008 Dec. [cited 2009 Mar 25]; via SourceOECD. U.S. health spending: Henry J. Kaiser Family Foundation. Health care expenditures per capita by state of residence, 2004 [Internet]. Menlo Park (CA): Kaiser Family Foundation; 2004 [cited 2009 Mar 25]. Available from: <http://www.statehealthfacts.org/comparatable.jsp?ind=596&cat=5&sub=143&yr=14&typ=4&sort=a>. U.S. infant mortality: Kaiser Family Foundation. Infant mortality rate (deaths per 1,000 live births), linked files, 2003–2005 [Internet]. Menlo Park (CA): Kaiser Family Foundation; [cited 2009 Mar 25]. Available from: <http://www.statehealthfacts.org/comparatable.jsp?ind=47&cat=2&sub=13&st=3&yr=79&typ=3&sort=a>

## USA satsar mest, får minst ut (2)

*Health Affairs* septemhernummer 2009 är intressant också för den som vill få en förklaring till den amerikanska vårdparadoxen – att landet satsar mest men får ut minst. En av de mest insiktsfulla artiklarna har skrivits av Bruce C. Vladeck och Thomas Rice ("Market Failure And The Failure Of Discourse: Facing Up To The Power of Sellers"). Grundtemat är att de höga relativkostnaderna för den amerikanska vården mer än något annat hänger samman med en alltför svag beställarfunktion, och en väsentligt svagare beställarfunktion än i andra OECD-länder. De många och splittrade privata försäkringsbolagen i USA har inte efterfrågekraft nog för att stå emot kostnadsökningarna i utförandedet. Det blir en gigantisk resursöverföring till doktorerna och vårdföretagen. Det yttre tecknet är ständigt stigande kostnader. Eller som det uttrycks i artikeln:

The current U.S. health care system can be described, in at least one respect, as a massive engine for the redistribution of resources from employers, taxpayers, and households to the organizations that provide health care goods and services, and the people (including us) who work for such organizations.

Den andra sidan av myntet är att trots de höga relativkostnaderna i USA får man inte ut mera medicinska tjänster ur sitt vårdssystem, eller rankas högre av sina medborgare, än i andra jämförbara länder. Författarna redovisar två tankeväckande tabeller.

Den första tabellen visar att utnyttjandet av vården i USA är lägre än i flertalet andra OECD-länder. Antalet sängar på akutsjukhus per medborgare ("Acute care bed per capita") är lägst tillsammans med Nederländerna. Och vad gäller läkarbesök per medborgare är siffran bland de lägsta. (Men man kan notera att Sverige har den lägsta nivån av alla länder vad gäller läkarbesök.)

**Bed Days, Physician Consultations, And Spending Per Person In Selected Countries, Various Years**

| Country        | Acute care bed days per capita | MD consultations per capita | Per capita spending (US\$) |
|----------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Australia      | 1.0                            | 6.1                         | \$2,999                    |
| Canada         | 0.9                            | 5.9                         | 3,460                      |
| France         | 1.0                            | 6.4                         | 3,306                      |
| Germany        | 1.7                            | 7.0                         | 3,251                      |
| Japan          | 2.0                            | 13.7                        | 2,474                      |
| Netherlands    | 0.7                            | 5.6                         | 3,192                      |
| Sweden         | – <sup>a</sup>                 | 2.8                         | 3,012                      |
| Switzerland    | 1.1                            | 3.4                         | 4,069                      |
| United Kingdom | 0.9                            | 5.1                         | 2,580                      |
| United States  | 0.7                            | 4.0                         | 6,347                      |

**SOURCE:** Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2008: statistics and indicators for 30 countries. Paris: OECD; 2008.

**NOTES:** Data are the most recent available. Acute care bed days: 2005 or 2006. Physician consultations: 2004–2006, except Switzerland (2002). Spending per capita: 2005.

<sup>a</sup>Data not available.

Tänker man efter är det minst sagt anmärkningsvärt att här har vi ett land, USA som per capita satsar väsentligt mer på sitt vårdssystem än andra länder utan att medborgarna tar i anspråk mer vårdtjänster. Ordvalet "tar i anspråk" är medvetet. Det kan ju vara så att tjänsterna finns men av ekonomiska skäl inte utnyttjas. De är för dyra helt enkelt. Det är tesen i en uppmärksammat artikel från 2003 med den självbeskrivande titeln: "It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries".

Den andra tabellen visar resultatet av en enkät där personer i sex västländer får uttala sig om det egna vårdsystemets kvalitet mätt i sex olika parametrar. USA hamnar på sista plats i "overall ranking".

**Rankings Of Health Care Quality In Selected Countries, 2005**

|                                   | Australia | Canada  | Germany | New Zealand | United Kingdom | United States |
|-----------------------------------|-----------|---------|---------|-------------|----------------|---------------|
| Overall ranking                   | 4         | 5       | 1       | 2           | 3              | 6             |
| Patient safety                    | 4         | 5       | 2       | 3           | 1              | 6             |
| Effectiveness                     | 4         | 2       | 3       | 6           | 5              | 1             |
| Patient-centeredness              | 3         | 5       | 1       | 2           | 4              | 6             |
| Timeliness                        | 4         | 6       | 1       | 2           | 5              | 3             |
| Efficiency                        | 4         | 5       | 1       | 2           | 3              | 6             |
| Equity                            | 2         | 4       | 5       | 3           | 1              | 6             |
| Health spending per capita (US\$) | \$2,903   | \$3,003 | \$2,996 | \$1,886     | \$2,231        | \$5,635       |

**SOURCE:** Davis, K, Schoen C, Schoenbaum SC, Doty MM, Holmgren AL, Kriss JL et al. Mirror, mirror on the wall: an update on the quality of American health care through the patient's lens. New York (NY): Commonwealth Fund; 2006 Apr. p. 4.

# En aldeles egen modell

## Det amerikanska vårdssystemet är ett helt eget kapitel



OECD har tagit fram vad man kallar *A System of Health Accounts* som gör det möjligt att jämföra hur vårdutgifternas struktur ser ut i olika länder. Man kan mäta och jämföra länderna i tre dimensioner – hur vårdens utgifter finansieras (offentlig vs privat), hur de fördelas på olika typer av vård (sjukvård, omsorg, läkemedel etc.) respektive var vården produceras/levereras (sjukhus, vårdcentraler och andra öppenvårdsenheter etc.). För första gången har nu också Sverige tagit fram ett underlag för att kunna vara med i jämförelsen. Rapporten, ”Svenska hälsoräknenskaper 2001-2006”, publicerades i april 2008.

Den här OECD-statistiken gör det också möjligt att identifiera och jämföra särdragen hos två av de viktigaste vårdssystemen, den så kallade **Beverage-modellen** (skattefinansierat single payer system<sup>1</sup>, i allt väsentligt offentliga vårdgivare, höga rättviseambitioner) som finns i England och i de nordiska länderna, inklusive Sverige, respektive **Bismarck-modellen** (privatfinansierat via non-profit försäkring, mestadels privata vårdgivare, höga rättviseambitioner), som finns, förutom i Tyskland, i bland annat Schweiz och Japan. Kanada (skattefinansierat/privatfinansierat single payer system, privata vårdgivare, höga rättviseambitioner) kan man säga har en **blandmodell**, en blandning av Beverage och Bismarck.

Till det kan vi lägga **USA-modellen** (merparten privat finansiering, mestadels privata vårdgivare, låga rättviseambitioner) som är ett helt eget kapitel utan större likheter med hur det ser ut i andra länder. USA-modellen utmärker sig särskilt på två punkter. För det första de, relativt sett, låga rättviseambitionerna. Det är fortfarande upp till individen själv att avgöra i vilken utsträckning han eller hon skall vara försäkrad mot sjukdom, olyckor och annat som kan drabba individens hälsa. Det är bakgrunden till att över 46 miljoner amerikaner idag saknar sjukförsäkringsskydd. För det andra är marknadsinslaget markant större än i andra utvecklade länder. Det gäller särskilt marknaden för privata sjukförsäkringar.

Jag har gjort en sammanfattning av OECD-studiens resultat i tre tabeller. De talar i allt väsentligt för sig själva: organisation

<sup>1</sup> Med ”single payer system” menas här att (merparten av) *finansieringen* av vården för alla medborgarna i ett land administreras via *en*, oftast skattefinansierad, organisation. Begreppet kan ses som motsatsen till ett vårdssystem i huvudsak finansierat via privata försäkringar i en stor mängd försäkringsbolag. Sverige har ett ”single payer system” i meningen att alla medel administreras av en enhetlig, skattefinansierad organisation, låt vara att denna är organiserad i 21 landsting/regioner. Andra länder med ”single payer system” i den här meningen är övriga nordiska länder, Kanada, England, Taiwan och Australien.

## 1. Typ av finansiering (offentligt vs privat)

| <b>Hur finansieras vården i olika länder och vårdssystem?</b> |                          |            |                     |                          |            |                     |
|---|--------------------------|------------|---------------------|--------------------------|------------|---------------------|
| Andel (%) av vårdens totala utgifter, inkl investeringar 2005 |                          |            |                     |                          |            |                     |
| Källa: OECD, System of Health Account, SCB                    |                          |            |                     |                          |            |                     |
|   | <b>Bismarck-modellen</b> |            | <b>Bland-modell</b> | <b>Beverage-modellen</b> |            | <b>USA-modellen</b> |
|   | Tyskland                 | Schweiz    | Kanada              | Norge                    | Sverige    | USA                 |
| <b>Offentlig finansiering</b>                                 | 77                       | 60         | 70                  | 83                       | 81         | 46                  |
| varav sjukvårdsförsäkring                                     | 70                       | 43         | 2                   | 17                       | -          | 46                  |
| <b>Privat finansiering</b>                                    | 23                       | 40         | 30                  | 17                       | 19         | 54                  |
| Privat försäkring   | 10                       | 9          | 14                  | -                        |            | 37                  |
| "Out of pocket"   | 12                       | 30         | 15                  | 17                       | 16         | 13                  |
| Övrigt privat   | 1                        | 1          | 2                   |                          | 3          | 3                   |
|   | <b>100</b>               | <b>100</b> | <b>100</b>          | <b>100</b>               | <b>100</b> | <b>100</b>          |
| <i>Hälso- och sjukvårdens andel av BNP(%)</i>                 | 10,7                     | 11,6       | 9,8                 | 9,7                      | 9,2        | 15,3                |

**Kommentar:** Det vi ser är att den amerikanska modellen till en mycket stor del bygger på privata försäkringslösningar (37%). Det vi inte ser är att bakom den siffran döljer sig en sedvanlig privat försäkringsmarknad med försäkringsbolag som i allt väsentligt är fria att välja vilka risker man vill ta. Det är till exempel inte ovanligt att en person nekas försäkring/får höjda premier beroende på hälsostatus/förändringar i hälsostatus. På den här punkten skiljer således USA-modellen ut sig från andra länders sjukförsäkringsmodeller. Det skall samtidigt sägas att en viktig del av Obamas förslag till reformering av det amerikanska vårdssystemet så som det diskuteras hösten 2009 är just att begränsa de privata sjukförsäkringsbolagens frihetsgrader.

## 2. Typ av ändamål (sjukvård, omsorg, läkemedel etc.)

| <b>Hur fördelas världens utgifter i olika länder och vårdssystem?</b> |                   |         |             |                   |          |              |
|---|-------------------|---------|-------------|-------------------|----------|--------------|
| Andel (%) av världens totala utgifter, inkl investeringar<br>2005     |                   |         |             |                   |          |              |
| Källa: OECD, System of Health Account, SCB                            |                   |         |             |                   |          |              |
|   | Bismarck-modellen |         | Blandmodell | Beverage-modellen |          | USA-modellen |
|   | Tyskland          | Schweiz | Kanada      | Norge             | Sverige* | USA          |
| Sjuk- & tandvård  | 52                | 57      | 45          | 47                | 64       | 67           |
| Omsorgsvård   | 12                | 20      | 14          | 24                | 7        | 6            |
| Medicinska kringtjänster  | 4                 | 3       | 6           | 6                 | 6        | -            |
| Läkemedel, glasögon mm  | 19                | 13      | 20          | 14                | 17       | 14           |
| Förebyggande hälsovård  | 3                 | 2       | 6           | 2                 | 2        | 3            |
| Administration  | 6                 | 5       | 4           | 1                 | 1        | 8            |
| Investeringar   | 4                 | -       | 4           | 6                 | 4        | 2            |
|   | 100               | 100     | 100         | 100               | 100      | 100          |
| <i>Hälso- och sjukvårdens andel av BNP (%)</i>                        | 10,7              | 11,6    | 9,8         | 9,7               | 9,2      | 15,3         |

**Kommentar:** Det mest iögonenfallande i tabellen är administrationskostnaderna. USA har här en väsentligt högre siffra (8%) än övriga länder. Och om definitionen breddas till alla administrationskostnader som kan förknippas med vården – alltså alla kostnader i alla led vid sidan av själva omhändertagandet/vården – blir siffran väsentligt högre än 8%. En studie (avseende akutsjukvården i Kalifornien) visade att enbart de administrationskostnader som kunde relateras till världens betalningar ("Billing and Insurance-related costs") var i storleksordningen 20% av totalkostnaderna. En annan studie jämför USA med Kanada och kommer till slutsatsen att administrationskostnaderna i den amerikanska vården är i storleksordningen 30% av totalkostnaderna, dubbelt så höga som i Kanada.

## 3. Typ av producent/leverantör (sjukhus, öppenvårdsenheter, apotek etc.)

| <b>Var produceras/levereras vården i olika länder och vårdssystem?</b> |                   |         |             |                   |         |              |
|--|-------------------|---------|-------------|-------------------|---------|--------------|
| Andel (%) av vårdens totala utgifter, exkl investeringar 2005          |                   |         |             |                   |         |              |
| Källa: OECD, System of Health Account, SCB                             |                   |         |             |                   |         |              |
|  | Bismarck-modellen |         | Blandmodell | Beverage-modellen |         | USA-modellen |
|  | Tyskland          | Schweiz | Kanada      | Norge             | Sverige | USA          |
| Sjukhus  | 30                | 35      | 31          | 37                | 47      | 33           |
| Omvårdnads- & servicem.  | 8                 | 18      | 10          | 18                | 8       | 6            |
| Öppenvårdsproducenter  | 30                | 32      | 27          | 27                | 21      | 36           |
| Apotek mm  | 22                | 9       | 21          | 15                | 17      | 14           |
| Folkhälso-program  | 1                 | -       | 6           | 1                 | 1       | 3            |
| Administration   | 6                 | 6       | 4           | 1                 | 2       | 8            |
| Övrigt (bla företagshälsovård)   | 3                 | -       | 1           | 2                 | 2       | -            |
|  | 100               | 100     | 100         | 100               | 98      | 100          |
| <i>Hälso- och sjukvårdens andel av BNP(%)</i>                          | 10,7              | 11,6    | 9,8         | 9,7               | 9,2     | 15,3         |

Om varför det ser ut  
som det gör

## Den amerikanska synen på rättvisa är inte samma som vår

Över 46 miljoner amerikaner, 15% av befolkningen, saknar sjukförsäkring, alla som behöver vård får således inte relevant vård. Det blir följaktligen meningslöst att tala om att det amerikanska vårdssystemet är rättvist i den mening vi i Sverige lägger i begreppet.

Det vore samtidigt ett misstag att bara vifta bort den amerikanska vårdmodellen som mindre utvecklad. Den är i många avseenden överlägsen "den europeiska modellen". De resurser som sätts av till vården i USA är väsentligt större än i till exempel Sverige och den amerikanska vårdsektorn är mer forskningsintensiv och ger större utrymme för vårdentreprenörer än vad som gäller i Europa. Och det är inte sant, om någon skulle tro det, att de fattiga, gamla och handikappade utgör merparten av de dryga 46 miljoner amerikaner som är oförsäkrade. För det första är ungefär en fjärdedel av de oförsäkrade berättigade till offentlig sjukvård (till exempel via Medicaid) men har av någon anledning valt att inte lista sig i systemen. För det andra finns det en stor grupp oförsäkrade personer i arbetsför ålder med måttliga inkomster som hoppas att de inte skall bli sjuka eller skadas, de gör helt enkelt andra prioriteringar än att köpa en sjukförsäkring. Med ett europeiskt perspektiv är det här ett orättvist system. Men man skall ändå notera att en stor del av dessa personer gör ett aktivt val att välja bort sjukförsäkringen.

Det finns också insiktsfulla amerikaner (som till exempel Michael E. Porter i sin bok *Redefining Health Care*) som tydligt ser bristerna i det egna systemet, inklusive att så många hamnar vid sidan av skydds nätet, men som ändå inte vill ha ett gemensamt finansieringssystem ("a single payer system") eller att det offentliga skall spela en större roll i vårdproduktionen. Det kostar för mycket i termer av lägre innovationsförmåga och vitalitet. Det som istället behövs är mera av konkurrens, och i synnerhet konkurrens på "kliniknivå" om vårdresultat.

Bakgrunden är att det principiellt finns två sätt att organisatoriskt ordna vården på. Det sätt som de flesta medborgare i Sverige, och för den delen i Europa som helhet, tycker är det rätta. Och det sätt som en majoritet av amerikanerna anser är det rätta. I Sverige, liksom i många andra länder, ligger tyngdpunkten på att vården skall vara rättvis. Amerikanerna betonar individens fria val och vårdsektorns dynamik och förnyelseförmåga. I båda fallen handlar det om en balansgång mellan de båda teoretiska ytterligheterna full rättvisa och full frihet. Den amerikanska modellen lägger balanspunkten åt frihetshållet, Sverige och övriga Europa mera åt rättvisehållet. Båda betalar ett pris för sitt val.

Det handlar ytterst om två filosofiska synsätt på vad som är ett rättvist samhälle. Enligt det första synsättet, det som vi i Nordeuropa i de flesta fall ansluter oss till, har samhället, i första hand genom staten, rätten att omfördela resurser. Det viktigaste syftet är att skapa ett rättvisare samhälle. Det är ett moraliskt ställningstagande att vi vill ha ett sådant samhälle, det finns inga rationella beslutskriterier som hjälper oss att avgöra vad som är rättvist eller inte. Politikerna får mycket att säga till om i denna modell. Filosofen John Rawls är den mest kände företrädaren för den här uppfattningen. Han erbjuder också en fascinerande algoritm, modellen med den så kallade "okunnighetens slöja", med vars hjälp man kan hitta en nivå på samhällets omfördelning som nog de flesta av oss skulle kunna acceptera.

Enligt det andra synsättet, i varje fall i sin mest extrema form, är fördelningen av resurserna bland medborgarna vid en given tidpunkt också den rättvisa fördelningen. Argumentet är att vi har fått den nu gällande fördelningen genom att medborgarna tidigare, i historisk tid, har gjort frivilliga val och byten – och resultatet har blivit den inkomst- och förmögenhetsfördelning vi har just nu – och som således är rättvis. Med det synsättet i sin rena form ges det nästan inget utrymme för politikerna att med gemensamma resurser skapa ett bättre samhälle, till exempel erbjuda vård till de grupper i

samhället som av någon anledning inte klarar av att betala de försäkringspremier som fordras (eftersom en skattefinansierad vård inte är tänkbar). Robert Nozick är en tänkare som ofta förknippas med det här synsättet på rättvisa. Det berättas att Bernard Williams, engelsk filosof, hävdade att det enda rimliga kriteriet för sjukvårdens fördelning är det medicinska behovet. Som argument mot detta frågade Robert Nozick varför det inte därav följer att "det enda rimliga kriteriet för sjukvårdens fördelning är friseringsbehovet".

Syftet med det här resonemanget har inte varit att ifrågasätta den svenska synen på rättvisa, och mera specifikt rättvis vård. Det har istället varit att visa att det finns åtminstone två sätt att se på saken – och att det i sista hand är en politisk-moralisk fråga om den ena eller andra vårdmodellen skall gälla som bara berörda medborgare kan fatta beslut om.

En sak är klar. När vi européer i dessa yttersta dagar, hösten 2009, läser om massmöten runt om i USA med för oss obegripliga utfall (typ "socialistic medicine") mot Obama-administrationens ganska måttfulla förslag till en nödvändig (det tycker även amerikanerna i gemen) reformering av det amerikanska vårdssystemet, så har det till stor del sin bakgrund i just den här annorlunda synen på vad som är rättvist och vad som är individens respektive samhällets ansvar.

## Visst påverkar värderingarna vårdssystemet

The *New England Journal of Medicine* hade nyligen en ledare (30 juli 2009) som diskuterade om amerikanska frihetsvärderingar formar sjukvårdssystemet. Eller *inte* gör det som var ledarens huvudbudskap.

Jag tror för min del att värderingarna i högsta grad har påverkat det vårdssystem vi har idag i USA. Det gäller i synnerhet tanken att det är upp till var och en, åtminstone var och en som är frisk och arbetsför, att ordna sin egen sjukförsäkring. Framförallt skall staten inte blanda sig i, eller med ett minimum. Denna för oss icke-amerikaner obegripliga ståndpunkt (när vi exempelvis talar om hur en effektiv sjukvårdsförsäkring skall se ut) är grundad i dessa värderingar. Och att de kommer att påverka den pågående reformeringen av det amerikanska vårdssystemet står redan helt klart.

## Om Ayn Rand



Det är den 28 oktober 2009. Jag lyssnade på National Public Radio under den timma det ungefär tar att åka från Williams upp till Grand Canyon. Det var en intervju med författaren till en ny biografi över Ayn Rand, filosofen och författaren som dog för snart 30 år sedan. Det var ett mycket intressant samtal. Bilden av Ayn Rand, som jag läst lite av och som jag är djupt skeptisk mot, nyanserades. Hennes doktrinära

avståndstagande mot allt som har med politik, och särskilt med statlig inblandning i marknaden, att göra fick delvis sin förklaring. Ayn Rand var rysk överklass och hennes familj tvingades bort, och förlorade sin förmögenhet, i samband med den kommunistiska revolutionen 1917. Författaren till biografien, Anne Heller, menade att här fanns den viktigaste förklaringen till Ayn Rands kategoriska, för att inte säga fundamentalistiska, syn på statens roll.

Ayn Rand har aldrig fått något akademiskt erkännande. Däremot har hon lästs av väldigt många, inte minst i USA. Det nämndes att hon fortfarande säljer över en miljon böcker om året. Och många kända amerikaner med konservativ framtoning säger sig vara påverkade av Ayn Rand. Det är känt att Allan Greenspan, före chefen för Federal Reserve, både personligen kände Ayn Rand och i mycket

delade hennes syn på politikens uppgift (det vill säga att det skall vara så lite politik i meningen statlig inblandning som möjligt).

Det här samtalet bildade en utmärkt fond till den diskussion om "public option" som dominerat de politiska nyhetsändringarna i USA den senaste veckan. "Public option" är det politiska inneordet för dagen. Vad är då detta? Ja, det står för att vissa debattörer och politiker vill att det offentliga, federalt eller delstatligt, skall erbjuda ett alternativ till de privata företag som säljer sjukförsäkring. På samma sätt som US Postal Service är ett alternativ till privata Federal Express, UPS etc. Kopplingen till Ayn Rand ligger i att frågan om "public option" i grunden handlar om vad staten skall göra och inte göra. Det är partiskiljande efter höger-vänster-skalan. Det är demokraterna som driver frågan om "public option". Och det är republikanerna som är emot. Att Ayn Rand för sin del skulle ha varit motståndare till "public option" behöver man inte tveka om.

Jag slutar inte att förvånas över den här irrationella inställningen till det offentliga som så uppenbart finns i USA. Det är politisk ideologi för sin egen skull, det finns inga ekonomiska eller andra förnuftiga skäl, bara en övertygelse om att det är rätt. Man kan undra var denna anti-government uppfattning kommer från. Kanske har det något att göra med historien? Många av dem som utvandrade till USA under 1800-talet och tidigt 1900-tal gjorde det ofta i protest mot förhållandena i respektive hemländer, och inte minst i protest mot myndigheterna och staten i dessa länder. Det man sökte var frihet från denna politiska överhet. Kanske kan amerikanens nästan instinktiva rädsla för government ha något med det att göra?

## **Ju mindre staten lägger sig i, ju mindre staten utför, desto bättre**

Jag befinner mig i New Mexico i sydvästra delen av USA och har tillbringat hela dagen (lördagen den 31 oktober 2009) i gamla stan i Albuquerque. Det är en högst charmig del av staden. Centrum är ett litet torg med en park i mitten, allt omgivet av låga hus i sandsten. Det är kommers kring torget men en speciell form av kommers, mängder av gallerier och affärer som säljer konst och hantverk.

Jag kom att prata med Butch Phillips, fotograf i 60-årsåldern med studio och eget galleri nära torget. Det visade sig att han var högst engagerad i, och mycket välinformerad om, den pågående debatten om det amerikanska vårdssystemet. (Dessutom var hans fru läkare.) Han var mycket kritisk mot systemet som det nu ser ut, och mot politikernas påtagliga oförmåga att ta de nödvändiga radikala greppen. Han menade att USA måste på sikt få ett "single payer system" och han hoppades att förslaget om "public option" skulle vara en inkörsport till just det. För min del tror jag att han på den punkten kommer att bli besviken. Public option-modellen, om den nu överhuvudtaget kommer att förverkligas, kommer med all sannolikhet inte att på allvar hota de privata försäkringsbolagens ställning. Frågan är om ens konkurrensen kommer att öka. Det skulle inte förvåna mig om försäkringsbolagens och läkemedelsindustrins lobbyingskrafter, de viktigaste motståndarna till en reform enligt Butch Phillips, kommer att se till att det offentliga försäkringsalter-nativet blir så omgärdat med regler att det blir en krympling på marknaden.

Jag frågade honom om hur det kommer sig att USA, som annars ordnar sin produktion så rationellt och effektivt, just när det gäller vård- och omsorg har valt, och till stora delar slåss för, ett sekunda system. Det finns bättre lösningar för vårdens finansiering ändå är man politiskt inte villig att acceptera dem. Hans svar var att det hänger samman med grundläggande frihetsvärderingar som sitter djupt hos väldigt många amerikaner. Ju mindre staten lägger sig, ju mindre staten utför, desto bättre. Om det finns minsta lilla möjlighet att låta privata företag ha hand om finansiering och produktion så måste det bli så. Även om marknaden fungerar mindre bra som i fallet vårdens finansiering. Jag tror att han har helt rätt i sin analys.

## Varför kostar den amerikanska sjukvården 50% mer än sjukvården i andra OECD-länder?

Vi vet att USAs sjukvård idag kostar i storleksordningen 16-17% av BNP. Det kan jämföras med 8-10% av BNP i de flesta europeiska OECD-länder. Sveriges totala kostnader för hälso- och sjukvården uppgick till exempel enligt SCB till 9,0% år 2005. Så grovt sett är det korrekt att säga att den amerikanska sjukvården idag kostar åtminstone 50% mer än i andra (europeiska) OECD-länder.

Vad beror det på? Det finns säkert inget enkelt svar. Men förmodligen kan man förklara merparten av den stora skillnaden med tre omständigheter. Ett högre relativt kostnadsläge i själva vården är det första. Läkemedel och läkarlöner är två tunga exempel på höga relativkostnader i den amerikanska vården. Det är, relativt sett, mer att göra, det är det andra. Amerikanen i gemen är sjukare än till exempel svensken i gemen. Den tredje orsaken, och den som jag skall ägna viss uppmärksamhet här eftersom den är ganska okänd för oss och lite diskuterad i vårddebatten, är de mycket höga relativa administrationskostnaderna i det amerikanska vårdssystemet.

Med administrationskostnader menar jag då två typer av administrativa kostnader i sjukvården. Dels klassiska transaktionskostnader, det vill säga kostnaden för att göra en transaktion på marknaden, mellan köpare och säljare, till exempel vad det kostar för ett sjukhus att skicka räkningar till patienter och försäkringsbolag. Dels interna administrationskostnader, det vill säga kostnaden för att göra en transaktion inom en och samma organisation. Sjukvården är speciell i meningen att det alltid finns tre parter inblandade, patienten, sjukvården och finansören. Alla måste göra transaktioner sinsemellan.

Vi vet, det har jag skrivit om tidigare, att administrationskostnaderna i det amerikanska sjukvårdssystemet är extremt höga med europeiska mått, över 30% av sjukvårdens samlade kostnader enligt en relativt aktuell studie. Enligt samma studie är de dubbelt så höga som administrationskostnaderna i den kanadensiska sjukvården (med ett sjukvårdssystem liknande vårt). Det är högst sannolikt att den skillnaden kan förklaras av högre kontrakts- och kontrollkostnader i det fragmenterade amerikanska systemet.

Det är lätt att inse att här finns en av huvudförklaringarna till USAs höga sjukvårdskostnader. Om vi utgår från siffran 30% kan vi säga, allt annat lika, att den amerikanska sjukvården som andel av BNP skulle kosta 12,75% i stället för 15% om USA hade samma transaktionskostnadsnivå som Kanada.

Höga relativa administrationskostnader är ett symptom på ett systemfel. Att det amerikanska vårdssystemet är mer fragmenterat med väldigt många aktörer inblandade kan vara en förklaring (det finns enligt en uppgift exempelvis runt 1 500 försäkringsbolag involverade i sjukvårdens finansiering). Att det finns gråzoner och otydligheter i ansvarsfördelningen mellan olika parter i ett så uppsplittrat system kan vara en andra förklaring. Att det är lätt, och vanligt, att stämma för felaktiga beslut i vården, den risken tvingar fram en kostsam byråkrati och administrativ apparat, kan vara en tredje.

Ur politisk synvinkel är det memento att om man skapar ett vårdssystem med många privata aktörer, och det gäller i synnerhet om privat finansiering av vården kommer in i bilden, finns risken att transaktionskostnaderna blir höga, högre än motsvarande administrativa kostnader i ett system där det offentliga svarar för både finansiering och produktion.

## **"If you go from Tampa to Fort Myers, Florida, your chances of getting back surgery go up 60 percent"**



Shannon Brownlees ganska nyutkomna bok om det amerikanska vårdsystemet (*Overtreated – Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer*, 2007, Bloomsbury, New York) gör en sak mycket klar. Det finns ett opportunistiskt beteende från de amerikanska doktorernas sida i meningen att de påfallande ofta sträcker sig långt, i vissa fall *för* långt, för att gynna sina egna intressen. Det gäller på åtminstone två områden – professionellt och ekonomiskt.

Den professionella opportunisten faller utanför den här diskussionen. Men den i medicinkretsar välkände John Wennberg och hans kollegor vid Dartmouth Medical School har ägnat flera decennier åt att empiriskt visa att professionell opportunistik finns. På lekmanaspråk handlar det exempelvis om att han har kunnat visa att kirurger på en viss plats opererar en viss åkomma oftare än vad som är medicinskt motiverat – och gör det för att tillgodose sina egna professionella intressen och för att det ligger i linje med den kirurgernas kultur, "surgical signature", som dominerar på den platsen. Eller för att uttrycka det som Shannon Brownlee gör: "If you go from Tampa to Fort Myers, Florida, your chances of getting back surgery go up 60 percent".

Den ekonomiska opportunisten är något helt annat. Kort sagt betyder opportunistiskt beteende då att kan man utnyttja sin position för att tjäna pengar, eller på något annat sätt vinna ekonomiska fördelar, ja då gör man det. Och det är naturligtvis inte något som bara utmärker doktorer, det gäller generellt och det finns en hel ekonomisk vetenskapsgren, transaktionskostnadsekonomin, som har opportunistiskt beteende som sitt fundamentala antagande i modellen – en modell som visar sig ha stor förklaringskraft.

Det Brownlee gör genom sin bok är att beskriva och dokumentera hur utbredd doktorernas ekonomiska opportunistik blir i ett vårdsystem som det amerikanska. Eftersom privata företag dominerar både finansieringen av vården (genom försäkringsbolagen) och vårdens produktion, och särskilt eftersom "beställarfunktionen" i det fragmenterade amerikanska vårdsystemet blir svag relativt hur det ser ut i många andra västländer, öppnas det upp möjligheter att tjäna pengar genom "anpassning efter omständigheterna" (som är Svenska Akademiens menlösa definition av ordet opportunistik). Vad kan det betyda konkret? Ja, till exempel att om läkarna betalas efter vad de gör (prestationsersättning), ett visst antal dollar per ingrepp, röntgenbild, blodprov etc., kommer de se till att göra så många som absolut är möjligt – och påfallande ofta (för att knyta an till John Wennbergs forskningsresultat) fler än vad som är medicinskt motiverat. Och det finns naturligtvis mängder av andra sätt att agera opportunistiskt.

Som svensk kan man väl bara säga att vad som sker i USA är deras "business" och långt från vad som kan hända i Sverige. Och det är naturligtvis sant, framförallt eftersom vårt vårdsystem ser radikalt annorlunda ut. Men om vi skall tillåta mera av privata vårdföretag i Sverige, och det är min uppfattning att det bör vi göra av olika skäl, är det viktigt att vi är observanta på risken för opportunistiskt beteende från doktorer och privata vårdföretag.

Jag diskuterar den frågan mera utförligt i min bok *Så skulle det kunna bli*. Läs mera om det på [www.groveda.com](http://www.groveda.com).

## “Cost is not an issue for doctors”

Richard Lamm heter en välkänd och intressant amerikansk politiker, demokrat och tre gånger guvernör i Colorado under 1970- och 80-talen, numera professor vid universitet i Denver. Han skrev för några år sedan (2003) en bok om det amerikanska sjukvårdssystemet (*The Brave New World of Health Care*, Fulcrum Publishing, Colorado) som är värd en kommentar.

Det mest slående är att det är bok skriven av en politiker, nästan varje mening är politisk, det är som om han håller tal till läsaren. “Where is the moral high ground in a society that cannot disconnect feeding tubes to people in a persistent vegetative state but does not connect the working poor to basic health coverage?” (s 23). Lamm har, parentetiskt sagt, värderingar som ligger en normaliserad svensk socialdemokrat nära. Det betyder “exceedingly liberal” sett med amerikanska ögon.

Det finns mycket i boken som är intressant, väl underbyggt och tankeväckande. Lamm är lite av filosof och ägnar långa avsnitt i boken åt etiska och moraliska diskussioner. Hans grundläggande tes är att det amerikanska vårdssystemet har hamnat i ekonomisk kris med skenande kostnader eftersom den medicinska etiken att alltid göra allt som är möjligt att göra för patienten (“cost is not an issue for doctors”) har kommit att överskugga nödvändigheten att göra prioriteringar i sjukvården. Resultatet har blivit exploderande kostnader. Sjukvården har så att säga tagit makten över finansierarna. Och det är fel menar Lamm. När man använder sig av gemensamma resurser, och det gör man i sjukvården antingen genom det allmänna eller genom försäkringsbolagen, måste kollektivets mål alltid vara överordnade individens/patientens. Hälsa definieras exempelvis olika i ett allmänperspektiv respektive individuellt perspektiv.

Det är med all säkerhet en korrekt analys. Åtminstone till delar kan man förklara kostnads- explosionen i amerikanska vårdssystemet på det här sättet. Men den intressanta frågan är naturligtvis varför det har blivit så. Ett svar är att prestationsersättningar (“fee for service”) utan kostnadstak, alltså \$x för varje ingrepp, röntgenbild, laboratorietest etc., var den dominerande ersättningsmodellen i det amerikanska vårdssystemet under lång tid, fram till början av 1990-talet. Då rasar kostnaderna för vården garanterat i höjden. Det problemet har emellertid därefter blivit mindre genom olika former av “managed care”.

Ett annat svar, och det mer tänkvärda, är att det sätt som finansieringen av vården i USA är organiserad på mer eller mindre säkert omöjliggör god kostnadskontroll. Och det gäller i synnerhet den privatfinansierade delen av det amerikanska vårdssystemet (som svarar för i runda tal hälften av vårdens totala kostnader). Anledningen är att finansieringen är uppsplittrad på så många aktörer, försäkringsbolag, att beställarfunktionen blir svag. Det är ingen tillfällighet att de amerikanska doktorernas och den övriga professionella vårdpersonalens löner är mycket höga relativt resten av världen. Det är heller ingen tillfällighet att de amerikanska läkemedelspriserna är högre än i andra västländer. De flesta andra OECD-länder har kraftfulla beställarenheter, inte så sällan nationellt samordnade, som pressar läkemedelspriserna. Det fick till och med dåvarande FDA Commisioner Mark McClellan att beskriva prissättningen av läkemedel i andra länder som “unfair” sett i amerikanskt perspektiv. “Some of the world’s richest nations are driving the world’s hardest bargains.”

Eftersom Lamm gör distinktionen mellan det individuella intresset och allmänintresset till sin huvudpunkt är det förvånande att han inte drar den självklara slutsatsen att problemet med en svag beställarfunktion när det gäller sjukvården löses man bäst genom ett “single payer system”. Han kan inte vara omedveten om den möjligheten. Det handlar snarare om att han vet att “a single payer system” i USA idag är en politisk omöjlighet.

Sens moralen är att vi som svenskar skall vara mycket glada över vårt skattefinansierade "single payer system" – och att det råder politisk konsensus i Sverige om att det är så vi skall ha det.

Om svårigheten att  
förändra

## Går det att reformera det amerikanska vårdssystemet?



Att det amerikanska vårdssystemet är i djup kris är det knappast någon som idag ifrågasätter. Tecknen är många. Ett är den låga effektiviteten, alltså "lite vård/hälsa för pengarna". De höga relativkostnaderna – över dubbelt så höga kostnader för vården som OECD-länderna i genomsnitt – motsvaras inte av ett bättre hälsoläge, till exempel längre livslängd. Ett annat är orättvisorna. Den som har en sjukdom, eller är i riskzonen för att bli sjuk, kan till exempel inte skaffa sig en sjukförsäkring, eller också blir den orimligt dyr. De många miljoner, snart 50 av en befolkning på 300, som saknar ett sjukförsäkringskydd är ett tredje tecken. De privata försäkringsbolagens extremt höga administrationskostnaderna (relativt hur det ser ut i andra länder) är ett fjärde. Och det finns andra symptom på kris. Det har jag skrivit om tidigare.

Syftet här är att ta ett ytterligare steg i analysen, att försöka precisera de problem, omständigheter och värderingar som ligger bakom dessa yttre tecken.

Låt mig börja med de mest uppenbara problemen.

Hur *regelverket för det privata sjukförsäkringssystemet* ser ut är antagligen viktigast. Detta att försäkringsbolagen har legala möjligheter att se på individen som vill köpa en sjukförsäkring som en individuell risk, ungefär som om det handlade om en bil- eller brandförsäkring, är själva grunden till många problem. Det förklarar det mesta av orättvisorna och varför ett så stort antal medborgare saknar sjukförsäkring eller är underförsäkrade.

Den *splittrade strukturen i försäkringsledet*, i den privatfinansierade delen av vårdssystemet, och därmed den förhållandevis svaga "beställarfunktionen", är ett annat stort problem. Att det finns så många aktörer ger en plausibel delförklaring till de amerikanska höga relativkostnaderna, inte minst till de höga administrationskostnaderna. Man kan lite förenklat säga att ju fler parter som är inblandade i vården, och dom är många i USA, desto högre blir transaktionskostnaderna och de övriga administrationskostnaderna. Man kan också, lite provocerande för somliga, säga att privata försäkringslösningar i vården m. USA leder, allt annat lika, till högre vårdkostnader.

Ett annat problemområde är *den svaga styrningen av den privatfinansierade delen av vården*. Det finns helt enkelt ingen övergripande styrning på samma sätt som det gör för Medicare, Medicaid och Veterans Health Administration. Det här förklarar i praktiken de stora regionala skillnaderna i vård, vårdkvalitet och kostnader. Liksom att specialistifieringen kan få fortgå samtidigt som primärvården av allt att döma missgynnas. Bristen på styrning förklarar rimligen också varför betalning per åtgärd ("fee-for-service"), detta att en läkare eller klinik får mera betalt ju fler ingrepp, tester etc. som görs, fortfarande är en viktig betalningsmodell i delar av den amerikanska vården. Det bidrar till kostnads-explosionen.

*Starka lobbyinggrupper* som motsätter sig reformer är ytterligare ett problemområde. Inte minst de som företräder försäkringsbolagen och (specialist)läkarna har ett mycket starkt inflytande över den politiska beslutsprocessen både på federal nivå och delstatsnivå. Under de många decennier som politikerna har försökt att reformera det amerikanska vårdssystemet har det nästan alltid varit dessa två grupper, försäkringsbolagen och doktorerna, som varit mest emot en reform. Det tycks vara så också idag.

## En märklig syn på rättvisa och en övertro på marknaden

Det här är samtidigt inte hela bilden. Det man slås av är att detta är problem som ligger djupt förankrade i värderingar och uppfattningar som åtminstone vi i Europa har svårt att förstå och dela. För oss är det fullkomligt obegripligt att ett av världens rikaste länder kan låta dessa uppenbara orättvisor få finnas kvar. Liksom att USA bland utvecklade länder är ensam om att inte ha en allmän sjukförsäkring (universal coverage) vilket i sin tur leder till att så många medborgare saknar, eller har för dåligt sjukförsäkringsskydd. Visst, det finns många amerikaner som tänker som Européer, som också upprörs, men påfallande många, kanske en majoritet, tycker att den nuvarande ordningen trots sina uppenbara brister är fullt acceptabel. Man skall kunna välja en sjukförsäkring som passar ens livssituation och ekonomi. Det skall inte vara något standardiserat skydd. Det skall fungera som när jag köper en bil- eller brandförsäkring. Och en person i arbetsför ålder och som är frisk får väl se till att ordna sin sjukförsäkring. Och gör han eller hon inte det är det ett fritt val. Man får ligga som man har bäddat. Det är för övrigt inte så stor skillnad mellan hur vi i Sverige ser på anslutningen till a-kassan, som ju är frivillig, och hur man i USA ser på anslutningen till sjukförsäkringen. Det finns en likhet också i den meningen att den individuella risken påverkar priset på försäkringen. Så är det för den svenska a-kassan, liksom för den amerikanska sjukförsäkringen.

En annan sak som man som utomstående lägger märke till är den naiva synen på marknaden. Amerikanen i gemen har en grundmurad tro på att det så gott som alltid är sämre att låta "government" ta han om ett samhällsproblem, låt oss säga vårdens finansiering, än att låta marknaden göra det. Det finns knappast en ekonom som inte skulle säga att ett "single payer"-system när det gäller vårdens finansiering, och i synnerhet om det är skattefinansierat, är att föredra i effektivitetshänseende framför ett uppsplittrat privat försäkringssystem. Och även om privata försäkringsbolag hade ansvaret för sjukförsäkringen i ett land skulle i stort sett alla ekonomer säga att då borde man, om man vill skapa rättvisa, genom lagstiftning minska försäkringsbolagens frihetsgrader, ungefär som man gjort i Holland och Tyskland. Men när sådana propåer då och då kommer upp i den politiska debatten i USA blir motståndet alltid starkt och känslösamt. Det tycks som om tron på den fria marknaden, även på områden där marknaden erfarenhetsmässigt fungerar dåligt, är starkare än förnuft och erfarenhet.

President Obama har lagt fast åtta principer som han menar bör vara riktlinjer för reformerna på vårdområdet. Det är uppmuntrande att dessa principer återspeglar den här problembeskrivningen.

Kommer han att lyckas? Ja, det är en helt annan sak. Det kommer att klarna senare i höst, eller i början av 2010.

## Det börjar brännas

Jag sitter på ett hotellrum i Monterey, Ca och tittar på Fox News. Det är högljutt (som det ofta är i amerikanska TV-debatter), och frågan gäller om senaten, eller rättare sagt finansutskottet i senaten, kommer att enas om ett reformförslag för det amerikanska sjukvårdssystemet. Det kommer att avgöras idag, tisdag den 13 oktober, och det står och väger. I går presenterade försäkringsbolagen uppgifter om att en reform kommer att höja premierna för en genomsnittsfamilj med \$1 700 per år. Det var ingen tillfällighet, försäkringsbolagen känner sig klämda och vill påverka. Deras utspel är en bricka i det politiska spel om sjukvårdssystemet som just nu går in i en avgörande fas på Capitol Hill. Det börjar brännas.

För en svensk är den politiska processen i USA svårfattlig. I Sverige lägger regeringen fram en proposition till riksdagen som efter utskottsbehandling tas upp till omröstning, en ganska rak och

enkel väg för ett regeringsförslag att bli beslut. I USA är det mycket mer komplicerat. Politikerna i kongressen tar en mer aktiv roll i att själva forma förslagen än svenska riksdagspolitiker. Förslag om ett nytt sjukvårdssystem har inte bara senatens finanskommitté arbetat med. Det har också andra senatsutskott, och enskilda senatorer, gjort. Och parallellt pågår samma sak i representanthuset. Så vad som kommer att ske är att efter det att finansutskottet fattat sitt beslut idag skall i första steget det förslaget jämkas med andra förslag i senaten. På samma sätt pågår en jämningsprocess i representanthuset och slutligen, tidigast någon gång mot slutet av året när de båda kamrarna i sin tur jämkats, kan eventuellt ett förslag om en reform av det amerikanska sjukvårdssystemet bli lagfäst verklighet.

Om det kommer att lyckas? Ja, det återstår att se.

OK, det blev ett positivt beslut. Med 14 för och 9 emot. Det meddelades för en stund sedan.

Vad är det då för slags reform som finansutskottet har enats sig om? Ja, den består av tre delar. För det första skall försäkringsbolagen tvingas ta emot alla som vill ha en sjukförsäkring. Det verkar mer än självklart för en svensk men så är det inte i USA idag. Ett försäkringsbolag kan säga nej, och det kan differentiera premien efter ditt hälsotillstånd. För det andra ingår vad man kallar ett "individual mandate". Det skulle kunna översättas med "individens uppdrag". Det betyder i korthet att alla medborgare förväntas skaffa sig en sjukförsäkring. Gör man inte det blir man bötfälld. För det tredje finns det en del som syftar till att omfördela mellan generationer, kort sagt kommer det att bli dyrare för äldre, och billigare för yngre, med sjukförsäkring. Och det finns en del annat.

Det bidde en tumme skulle man kunna säga. Det här är *inte* en radikal reform av det amerikanska vårdssystemet. Reformen kommer *inte* väsentligt sänka kostnaderna för sjukvården (som andel av BNP). Reformen tacklar *inte* det grundläggande problemet med en för svag "efterfrågesida". Det har stått klart länge att ett av skälen till att sjukvårdskostnaderna ständigt stiger snabbare än BNP i USA är den splittrade beställarsidan. De privata försäkringsbolagen har inte kraft att stå emot utförarsidans krav på högre ersättningar. Slutligen, reformen, i varje fall som den ser ut i finansutskottets tappning, ökar *inte* konkurrensen i försäkringsledet. (Hälsoutskottet i senaten har ett förslag om sk public option som eventuellt, om det skulle gå igenom, kan öka konkurrensen) Och det finns mer att säga.

Det som är positivt, för det finns naturligtvis saker som är bra, är att fler amerikaner kommer att ha sjukförsäkring om förslaget går igenom. Liksom att försäkringsbolagen tvingas bete sig civiliserat gentemot sina kunder. Det är också en öppning att de politiska kommentatorerna idag betraktar finansutskottets förslag som ett "golv". Det är vad som minimum kommer ut om det blir ett beslut framemot jul. Det slutgiltiga beslutet kan komma att bli mera radikalt.

## **U.S Health Care: Det är sällan någon blir så avklädd**

Debatten om sjukvårdsreformen i USA är ibland mycket oseriös. Det gäller särskilt på urkonservativa Fox News. En av de journalister som regelbundet visar sig i Fox News är **Bill Kristol**, republikansk ideolog, och kritisk mot Obamas sjukvårdsreform. Och värst av allt i hans ögon är "government run health care". Här uppträder han på The Daily Show med Jon Stewart.



Titta på *You Tube* (<http://www.youtube.com/watch?v=Sa69puS7J0Q>) Det är sällan någon blir så avklädd. Kul!

## Rädslan för politik är ett självbedrägeri

Jag lyssnade på Fox Radio idag (när jag flera timmar satt i bilen i Nevada av alla ställen) och det var ett "ring in"-program med inriktning mot politik och samhällsfrågor. Det slog mig hur ofta samtalet kretsade kring kritik av "government", och det höga skattetrycket.

Rädslan för mera politik och högre skatter är så uppenbart ett självbedrägeri. Låt oss ta sjukvårdsreformen, och särskilt finansieringen av vården, som exempel. I Sverige är sjukvården skattefinansierad. Genomsnittligt betalar en svensk kring 30 000 kronor per år för vården och omsorgen. Den totala kostnaden är då fördelad på samtliga medborgare, unga som gamla. Efter samma sätt att räkna kostar den amerikanska sjukvården ca \$7 000 per medborgare, i runda tal 55 000 kronor. Den amerikanska sjukvården är med andra ord ca 70% dyrare än den svenska.

Det finns inga fria luncher, det är ett självbedrägeri att tro något annat. Eller uttryckt mer konkret. Kostnaden för vården uppstår antingen man betalar via skatten eller via en premie till ett privat försäkringsbolag. Men självbedrägeriet blir ännu tydligare när man ser att rädslan för politisk inblandning och övertron på marknadslösningar gör att man följer en mindre rationell modell för finansieringen. Varje seriös granskning av den amerikanska modellen för vårdens finansiering visar att man har ett system som är mycket mindre effektivt än "single payer"-modellen.

Varför är det så? Ja, jag läste häromdagen en ledare i US Today (fredagen den 23 oktober) om 27-åriga Claire Bloxom från Texas som just förlorat den sjukförsäkring hon hade genom den PR-byrå där hon arbetade. Hon hade emellertid lyckats få tag i en ny försäkring som dessutom var billigare än den hon hade haft genom arbetet. Visserligen fick hon då inte täckning för kostnader om hon skulle bli gravid och föda barn (vilket ju inte är helt ovanligt i åldern kring 30). Och hon fick också avstå från försäkringsskydd vid mental sjukdom. Hon skulle betala \$ 2 388 per år.

Den här US Today ledarskribenten för ett resonemang apropå sjukvårdsreformen där budskapet är att om reformen leder till att premier för unga amerikaner, personer som Clarie Bloxom, kommer att höjas finns risken att ännu färre väljer att inte försäkra sig. Det vore olyckligt eftersom ett viktigt mål med reformen är att fler amerikaner, inte minst unga, skall ha en sjukförsäkring. Ledaren mynnar ut att politikerna måste hitta en balans där de ungas ofrånkomliga subvention av de äldres vård och omsorg inte blir så stor att den avskräcker från att försäkra sig.

Men tänker man ett varv till förstår man att ett privat försäkringssystem på varje punkt är ekonomiskt underlägset ett single payer-system. Ett sådant är inte fragmenterat. Det är däremot det amerikanska sjukförsäkringssystemet. Det finns ett mycket stort antal försäkringsbolag och ett ännu mycket större antal försäkringsupplägg (health plans). Det ligger i sakens natur att ju mer fragmenterat ett system är, desto högre blir transaktionskostnaderna. Alla utförare – sjukhus, enskilda doktorer och kliniker etc. – måste administrera relationerna till flera försäkringsbolag (förutom till patienten). Och spegelbilden av dessa kostnader finns givetvis hos försäkringsbolagen. Det är inget att förundras över att administrationskostnaderna i det amerikanska vårdssystemet uppgår till en tredjedel av totalkostnaden.

Och det är inte hela bilden. Om vi som i ett single payer system har få beställare/finansiärer av vård (i Sverige ca 20 landsting/regioner) betyder det att man blir stark i förhandlingarna med de privata utförarna. Den svaga beställarfunktionen i det amerikanska systemet bidrar enligt flera studier till höga relativkostnader.

Till dessa kostnader skulle vi också kunna lägga de ”BNP-osynliga” kostnader som följer av att alla amerikaner av alldeles uppenbara skäl ägnar mycket tid åt att fundera över hur man skall ordna sin sjukförsäkring, åt förhandlingar med försäkringsbolag och doktorer och åt annat som har med sjukförsäkringen att göra. För en svensk är det svårt att föreställa sig. Vi ägnar i praktiken ingen tid åt sådant.

Sammantaget blir bilden tydlig. Till följd av sin rädsla för ”government” och höga skatter väljer amerikanen ett system, i det här fallet för sjukvårdens finansiering, som är mindre effektivt än de fungerande alternativ som finns i andra länder. US Todays ledare diskuterar en relevant fråga sett med amerikanska ögon, och mot bakgrund av de politiska diskussioner som just i dessa dagar förs i kongressen i Washington. Men ledaren snuddar inte ens vid den mer grundläggande frågan om det är så klokt att privata försäkringsbolag och marknaden skall få ha ansvaret för större delen av vårdens finansiering.

## Vad kan en demonstration berätta?



Barack Obama kom till San Fransisco i går (16 oktober) för en sk fundraising dinner på The Western St Francis Hotel vid Union Square. Det var ett besök på bara några timmar. Men mängder av människor stod och väntade och hoppades att få en skymt av presidenten. Också jag.

Det var emellertid inte en väntan utan underhållning. Tvärtom. För här samlades efterhand också allsköns demonstranter. Fredsaktivister. Miljöaktivister. Frihetsaktivister (där budskapet för det mesta kretsar kring att individen är viktigare än det gemensamma, och sämst av allt är ”government”). Och där fanns inte minst sjukvårdsreformens aktivister.

”Health care” är minst sagt en het fråga i USA just nu. Men det var spridning i åsikterna. Alltifrån högljudda kritiker till Obamas reformpaket på temat ”socialized medicine” eller typ ”Obama care will

make you sick” över till ”Doctors for Public Option”. Det senare betyder att man vill skapa ett offentligt sjukfinansieringssystem för att förbättra konkurrensen med de helt dominerande privata försäkringsbolagen. Men där fanns också en banderoll med texten ”We want a single payer system” (som betyder att det skall finnas *en* huvudfinansör av vården som vi har i bland annat Sverige). Tanken på ett ”single payer system” i USA är emellertid just nu politiskt död i kongressen. Förutom att republikanerna utan undantag är emot – ett ”single payer system” är ett uttryck för ”socialized medicine” – är också den stora gruppen konservativa demokrater emot.

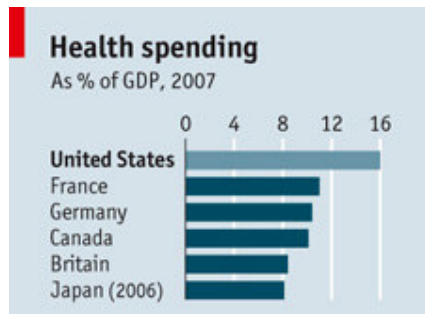
Det som förvånade mig mest var att den våldsamma kritik mot sjukvårdsreformen som fanns i augusti, med ”dödspaneler” och skrikande medelålders damer, på något sätt hade tappat sugen. Det fanns naturligtvis starka kritiker, och en del övertoner, också i går i San Fransisco. Men de dominerade inte bilden. Det kan nog Barack Obama tolka positivt.

## En ögonblicksbild så god som någon

Just i dessa yttersta dagar pågår i Washington ett politiskt spel om det framtida vårdssystemet som för en svensk är näst intill obegripligt. Den amerikanska modellen lämnar ibland till kongressen att själv via utskotten, i sin tur ofta baserade på enskilda ledamöters interpellationer, utforma förslag som sedan manglas genom representanthuset och senaten. Så har det varit med vårdreformen. Denna politiska process blir snårig, i synnerhet om frågan är så känslig som vården och vårdsystemet. Snårigheten kan ta överhanden. Det som kommer ut ur processen kan bli just ingenting, eller urvattnat. Det är budskapet teckningen som jag tolkar det.



## Det bidde en tumme



Att Barack Obama tog hem en stor politisk seger i och med att representanthuset i går kväll (den 21 mars 2010) röstade igenom förslaget till sjukvårdsreform är det knappast någon som ifrågasätter. Som *politisk* prestation kommer söndagskvällens beslut att gå till historien, ungefär på samma sätt som när Lyndon B. Johnson för många år sedan (1965) fick igenom Medicare. Men den som tror att genom gårdagens beslut är de allvarliga problemen med det amerikanska sjukvårdssystemet lösta, kommer att bli besviken. Det är inte så att USA nu på allvar kommer att kunna pressa ner sina sjuk-

vårdskostnader till en mer normal OECD-nivå (jfr figur). Och det är inte heller så att den extremt låga effektiviteten i amerikansk sjukvård – hälsa per kostnadskrona om vill uttrycka sig så – kommer att höjas nämnvärt, kanske inte alls.

Vad har man då åstadkommit med denna hypade reform? Visst gör reformen skillnad. Framförallt på två punkter. För det första tas ett rejält steg mot ett mer heltäckande försäkringsskydd. Uppemot 50 miljoner amerikaner, kring 15% av befolkningen, har hittills saknat sjukförsäkring och ungefär 30 miljoner av dessa kommer att nu få ett försäkringsskydd. Den största gruppen som i fortsättningen faller utanför är illegala invandrare. Utanför faller också de arbetslösa, icke-fattiga personer som inte har ett arbete (för då skall de enligt reformen i fortsättningen ha en sjukförsäkring) och trots en piska i form av böter avstår från att köpa försäkring.

Det har varit politiskt pinsamt för USA (eller i varje fall borde det ha varit det) att som enda utvecklade land sakna ett heltäckande sjukförsäkringsskydd för sina medborgare. Den pinsamheten elimineras med den här reformen. Det är ett stort steg framåt.

För det andra kommer försäkringsbolagen inte längre kunna behandla sjukförsäkringen som vilken brandförsäkring som helst. För så har det varit. Den person som har haft en högre risk för "brand", alltså att bli allvarligt sjuk, har fått betala en högre premie. Och om brandrisken bildligt talat varit extra hög, ja då har försäkringsbolaget helt enkelt kunna säga att det blir ingen försäkring. Anekdoterna om försäkringsbolagens alla skandalösa (men säkert juridiskt korrekta) tillvägagångssätt för att värna sina egna ekonomiska intressen är hur många som helst. För en europé är det häpnadsväckande att det här systemet har fått finnas kvar. Och än mera otroligt är det att det fortfarande finns väldigt många amerikaner som med hänvisning till ett frihetsideal motarbetat reformen.

Reformen innehåller givetvis mycket annat. Men det är mest ett slags "lappa och laga"-program. Det byggs vidare på Medicaid, det offentligfinansierade sjukvårdssystemet för "mindre bemedlade". Det gäller också för Medicare. Det finns också en del nyheter, till exempel ett förslag som kommer att göra det lättare att samordna privatpersoners och företags förhandlingar med försäkringsbolagen. Det skall förhoppningsvis göra försäkringarna billigare. Och det finns en del annat. (Däremot blev den ingen "public option".) Ändå kvarstår faktum att reformen inte kommer att i grunden ändra de drivkrafter och incitament som har gjort USAs sjukvård dyrare än i något annat OECD-land utan att det syns i relativt mera sjukvård eller friskare befolkning. Det bidde en tumme.

Det är dags att sätta punkt för mina skrivelser om det amerikanska sjukvårdssystemet.