

## Sammanfattning

Den offentliga hälso- och sjukvården har byggts ut mycket kraftigt under efterkrigstiden. Räknat i reala resurser har den ökat med 235 % mellan 1960 och 1990. Samtidigt har den genomgått mycket stora strukturförändringar. Den slutna korttidsvårdens andel har minskat kraftigt medan öppenvården ökat sin andel kraftigt. De psykiatriska sjukhusen har till stor del ersatts med öppenvård. Långtidsvården har ökat sin andel. Men trots den väldiga utbyggnaden av hälso- och sjukvården är antalet vårdplatser och antalet vård dagar idag detsamma som det var för trettio år sedan. Antalet intagningar har däremot ökat med över 70 %, medan antalet läkarbesök i den öppna vården förmodligen ökat något mindre och antalet övriga besök (distriktssjukköterskor, logopedier m.fl.) mer än fördubblats.

Vad har detta givit? Konsumtionen av sjukvård räknat per capita har ökat i nästan motsvarande mån eftersom befolkningen bara ökat 14 % på denna tid. Ytterst skall sjukvården ge längre liv och bättre hälsa. Kvinnornas medellivslängd har ökat med nästan fem år och männens med tre. Någon har uppskattat att om man kunde utrota all cancer skulle detta ge en förlängd medellivslängd på två år. Om hela ökningen av medellivslängden skulle kunna skrivas på sjukvårdens konto har resurserna således gett ett gott utbyte.

Om sjukvården givit människorna ett längre liv så har detta emellertid samtidigt ökat vårdbehovet genom att befolkningen blivit äldre och sjukare. Antalet invånare 80 år och äldre har ökat från 140 000 till 370 000 under denna period. Fler kroniskt sjuka når hög ålder. Detta är den s.k. medicinska paradoxen.

Olika levnadsnivåundersökningar ger däremot inte belägg för någon radikalt förbättrad hälsa. Människor uppger sig i stort sett lida av samma sjukdomar och i samma omfattning som för trettio år sedan. Det enda undantaget är att de äldre i slutet av 1980-talet uppger en påtaglig förbättring av sin hälsa jämfört med samma åldersgrupp för tio år sedan.

Vitsen med en produktivitetsberäkning är att den kan ge ett grepp om sjukvårdens kostnadsutveckling. För det första räknas bara kostnadsökningen realt, dvs. i fasta priser. Det betyder att inflationsdelen i kostnadsökningen räknas bort. Den reala kostnadsökningen består av ett ökat antal årsarbetare inom hälso- och sjukvården, en ökad mängd byggnader, maskiner och apparater och en ökad förbrukning av köpta varor och tjänster. Över de trettio åren har arbetsinsatsen ökat mindre än de övriga resursslagen.

För det andra gör den här gjorda produktivetsberäkningen åtskillnad på kostnadsökningar till följd av ett ökat antal vårdtillfällen och en ökad resursinsats per vårdtillfälle. Produktiviteten beräknas som relationen mellan ett vägt antal vårdtillfällen och resursinsatsen. Vägningstalen speglar hur pass resurskrävande olika slags vårdtillfällen är ett visst jämförelseår. Vägt med hänsyn till hur pass resurskrävande olika vårdtillfällen är har det genomsnittliga vårdtillfället blivit 100 % kostsammare. Volymen på detta sätt vägda vårdtillfällen har ökat med ca 65 %. Det kan ha inneburit en ökad eller en minskad andel relativt kostsammare vårdtillfällen. Under såväl perioden 1960–1980 som på 1980-talet har tendensen varit att de relativt billigare typerna av vård har ökat sin andel. Detta framgår av att de ovägda volymerna av intagningar läkarbesök och andra besök i vården ökat snabbare än den vägda prestationsvolymen. En förändrad sammansättning av vårdtillfällen bidrar således inte till att förklara sjukvårdens kostnadsökning.

En del av kostnadsökningen kan förklaras med att vårdtagarna blivit allt äldre. För perioden 1980–1992 har den slutna korttidsvårdens produktion beräknats med hänsyn till patienternas åldersfördelning. Korrigerat för åldersfördelningen minskar produktiviteten med 4,5 %. Utan denna korrigering minskar produktiviteten med 6,5 %. Under denna period svarar således det ökade inslaget av äldre för en tredjedel av kostnadsökningen per vårdtillfälle.

Ett försök görs i rapporten att förklara sjukvårdens kostnadsökning under de senaste trettio åren. Sammanfattningsvis kan sägas att vi nu har vissa pusselbitar, men att flera viktiga pusselbitar ännu återstår, för att förklara varför ett land som Sverige anslår närmare en tiondel av bruttonationalprodukten till hälso- och sjukvård. En mycket stor del av förklaringen ligger i ett ökat antal vårdtillfällen per invånare, som bara till en del beror på att befolkningen blivit äldre, samt i att styckkostnaden per vägt vårdtillfälle ökat, eller annorlunda uttryckt att produktiviteten minskat. Även med hänsyn tagen till åldern går svenskarna idag 66 % så ofta till läkare. Vårdkonsumtionen per individ med hänsyn tagen till hur pass kostsamma olika vårdtillfällen är har dock bara ökat med 45 %. Produktiviteten – den reala kostnaden per vägt vårdtillfälle – har halverats.

Produktionsvärdet skall idealiskt sett vara justerat för kvalitetsförändringar. De beräkningar som gjorts av produktivetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården har inte mer än i begränsad mån kunnat beakta kvalitetsförändringarna. Därför har i denna studie en särskild analys gjorts av kvalitetsutvecklingen inom den slutna korttidsvården och den öppna vården.

Studien bygger på expertbedömningar; läkare med lång erfarenhet av utvecklingen inom sina specialiteter har fått ge ett strukturerat underlag på vilket projektgruppen sedan gjort sina bedömningar. 29 diagnoser valdes ut, vilka kostnadsmässigt täcker 36,5 % av sjukvården exkl. långtidsvården.

Huvuddelen av denna rapport utgörs av sammanfattningar av dessa expertbedömningar. Dessa kommer att publiceras i sin helhet med tillhörande dokumentation av Statens beredning för medicinsk metodik (SBU) under 1994. Detta torde komma att ge en ganska god bild av den medicinska teknologiska utvecklingen i en stor del av hälso- och sjukvården under de senaste trettio åren.

I den föreliggande rapporten har bara essensen i dessa expertbedömningar dragits ut. Teknikutvecklingen belyses ifråga om såväl kvalitetsutvecklingen som dess resurskonsekvenser. Bedömningen baseras på typfall av patienter, hur de blev vårdade och med vilket behandlingsresultat för trettio år sedan jämfört med idag.

En rad intressanta iakttagelser kan göras. Ett flertal behandlingar är idag betydligt mer resurskrävande än de var för trettio år sedan. Men det finns också flera exempel på att behandlingarna vid vissa diagnoser blivit billigare i typfallet. Vid ett ganska stort antal diagnoser har resursförbrukningen i typfallet inte ökat eller bara ökat något. Alla medicinska framsteg är således inte förknippade med kostnadsökningar i typfallet. En del medicinsk teknologi är kostnadsbesparande.

Kostnadsminskningarna äts dock i många fall upp av att behandlingsbarheten ökat, dvs. att den tekniska utvecklingen också gjort det möjligt att utsträcka behandlingen till nya grupper av patienter, som tidigare inte kunde behandlas. Den förbättrade diagnostiken gör att fler fall kommer under behandling, ibland med osäkert behov.

En starkt ökad förekomst av patienter redovisas också vid ett flertal diagnoser. Flera av dessa är åldersrelaterade, men inte alla. Den medicinska paradoxen tar sig uttryck i att framgångsrik vård resulterar i ett allt större vårdbehov. I vilken utsträckning den ökade förekomsten är ett resultat av den medicinska, teknologiska utvecklingen är svårt att avgöra på grundval av detta material. En stor del av det ökade antalet vårdtillfällen tycks dock bero på förbättrade möjligheter att framgångsrikt behandla nya grupper av patienter.

Som helhet har de ökade kostnaderna i typfallen plus den ökade förekomsten av sjukdomar vid många av diagnoserna ökat kostnaderna i sjukvården starkt. Denna kostnadsökning motvägs i någon mån av att kostnader för färdtjänst, hemtjänst och annan omvårdnad blir lägre om patienterna efter avslutad vård i större utsträckning kan klara sig själva. Samtidigt har naturligtvis det ökade antalet äldre ökat efterfrågan på dessa tjänster. Även här finns en vårdparadox.

Störst är kvalitetsförbättringarna ifråga om diagnosäkerhet, behandlingsbarhet, återställda kroppsfunktioner och akut dödlighet. Dessa kvalitetsförbättringar har i vissa fall fått köpas till priset av ökade akuta komplikationer och längre vårdtid. Långtidsöverlevnad, besvär av behandlingen och akuta komplikationer har inte förbättrats lika mycket.

Kvalitetsförbättringarna har varit mycket stora i flera avseenden i många av diagnoserna. Här ska bara nämnas magsår, höftfraktur, prostatahyperplasi (förstorad prostata), försliten höft, katarakt (grå starr), underbensfraktur, klaffel och vård av prematura barn. Akut dödlighet, återställda kroppsfunktioner, långtidsöverlevnad, besvär av behandlingen m.fl. kvalitetsdimensioner har alla förbättrats.

Det finns inte något samband mellan ökad insats av resurser i typfallet och kvalitetsförbättringar. Klaffel, astma, lungtuberkulos, gallsten, underbensfraktur, katarakt och prostatahyperplasi har alla haft kostnadsminskningar på mellan 20 % och 50 % och över 50 %. De rangordnas högt eller medelhögt ifråga om kvalitetsförbättringar.

Den bedömda kvalitetsförbättringen i hälso- och sjukvården är betydande. Mot denna bakgrund förefaller det troligt att sjukvården har en stor del av förtjänsten av den ökade medellivslängden. Samtidigt kvarstår behovet att värdera produktivitetens utvecklingen. Per vårdtillfälle – okorrigerad för kvalitetsförändringar, men vägd med hänsyn till vårdtillfällets art – är kostnaden idag 100 % högre jämfört med 1960. För att produktiviteten idag skall vara densamma som den var för 30 år sedan måste hälso- och sjukvårdens prestationer totalt vara dubbelt så mycket värda idag jämfört med då. Den föreliggande studien ger prov på mycket betydande kvalitetsförbättringar. Men är de så stora att detta nollställer produktiviteten? Eller är de i själva verket större än så? Det faktum att samhället (politikerna) varit med och betalat för kostnadsökningarna kan tas till intäkt för att man ansett priset väl värt att ta. Därmed inte sagt att produktiviteten ökat.

I rapporten diskuteras också utförligt produktivetsmätningarna inom hälso- och sjukvården, deras brister och förtjänster och möjligheter att i framtiden förbättra dem. En slutsats är att kvalitetsförbättringarnas karaktär inom just detta område gör att det är svårt att väga in dem i produktivetsmått och att systematiska kvalitetsstudier även framledes i huvudsak måste göras vid sidan av produktivetsberäkningarna. Mycket kan emellertid också göras för att förbättra produktivetsberäkningarna, bl.a. genom att skilja på vårdtillfällen och vårdade individer, genom att redovisa intagningar och läkarbesök per diagnosgrupp och genom att redovisa produktionsstatistik över operationer, undersökningar och behandlingar.