



## Vårdkonton

Ett enkelt steg mot billigare sjukvård

Av HENRIK JORDAHL, nationalekonom och forskare vid Uppsala universitet.

Sjukvård kan inte vara högkvalitativ, heltäckande och avgiftsfri på samma gång. De mycket låga patientavgifterna i svensk sjukvård är möjliga att upprätthålla endast till priset av försämrad kvalitet och minskad tillgänglighet. Grundläggande ekonomiska samband säger att ju lägre priset på en vara är, desto högre blir konsumtionen. Eftersom tillgången på skattepengar är begränsad uppstår köer, stress och underbemanning när priset på sjukvård är kraftigt subventionerat.

På andra försäkringsmarknader är det självklart att frånvaron av självrisk kan bidra till ekonomiskt slöseri. Med samma logik skulle sjukvården kunna bli mer kostnadseffektiv om patienterna själva betalade sina sjukvårds-

räkningar upp till ett visst årligt belopp. De vårdkonton som presenteras i den här skriften syftar till att åstadkomma en sådan effektivisering genom att kombinera en försäkring med hög självrisk med insättningar som förräntas på ett personligt konto. Tanken är att en sådan kombination både ger ett fullgott skydd vid katastrofala sjukdomstillstånd och håller nere kostnaderna vid mindre allvarliga åkommor.

### SJUKVÅRDSKOSTNADER – UTVECKLING OCH SAMBAND

Jämfört med flera andra industrialiserade länder går en lägre andel av Sveriges samlade inkomster till sjukvård

### Sammanfattning

Sjukvård kostar mycket pengar. I takt med att allt dyrare och mer avancerade behandlingar görs tillgängliga blir det viktigare och viktigare att finansieringssystemen är kostnadseffektiva. De vårdkonton som beskrivs i den här rapporten bygger på den enkla tanken att försäkringar med hög självrisk motiverar människor att välja prisdärta alternativ och undvika onödiga behandlingar. Genom att kombinera insättningar på personliga vårdkonton med en försäkring som täcker kostnader över ett visst årligt belopp, effektiviseras den rutinmässiga sjukvården utan att skyddet vid allvarliga sjukdomar blir lidande.

Vårdkonton finns i olika utformning i bland annat USA, Sydafrika och Singapore. Erfarenheterna från dessa länder är fortfarande osäkra, men tyder på att det finns utrymme för betydande besparingar utan att vården behöver ransoneras. Dessutom kan vårdkonton stimulera ett ökat patientinflytande och ligga till grund för en förtroendefull relation mellan läkare och patient.

(se figuren nedan). År 2003 gick 8,2 procent av Sveriges BNP till sjukvård, en liten minskning från 8,5 procent år 1990.<sup>1</sup> På förhand går det inte att veta om den svenska sjukvårdens begränsade ekonomiska utrymme är ett tecken på styrka eller svaghet hos vårt offentliga sjukvårdssystem. Det vore en styrka om svenskar får lika bra vård som människor i andra länder – men till lägre kostnad. Det vore en svaghet om svenskar hindras att få vård som de vore beredda att betala för. Förmodligen är båda tolkningarna möjliga: svensk sjukvård är relativt kostnadseffektiv samtidigt som vårdköer och otillgänglig personal visar att vården är kraftigt ransonerad.

I USA, det land som berömmar sig om att ha världens mest avancerade sjukvård, är problemet ett annat. Jämfört med Sverige har kostnaderna för sjukvård ökat dramatiskt: från 7 till 15 procent av BNP mellan 1970 och 2003. Den offentligt finansierade andelen av sjukvårdsutgifterna ökade under samma period från 38 till 45 procent. Bara under år 2003 ökade de amerikanska sjukvårdsutgifterna med 6,2 procent när inflationen räknats bort.

Höga sjukvårdsutgifter är förstås inte ett problem i sig. Så länge människors värdering av sjukvården håller jämna steg med utgifterna är situationen i sin ordning.

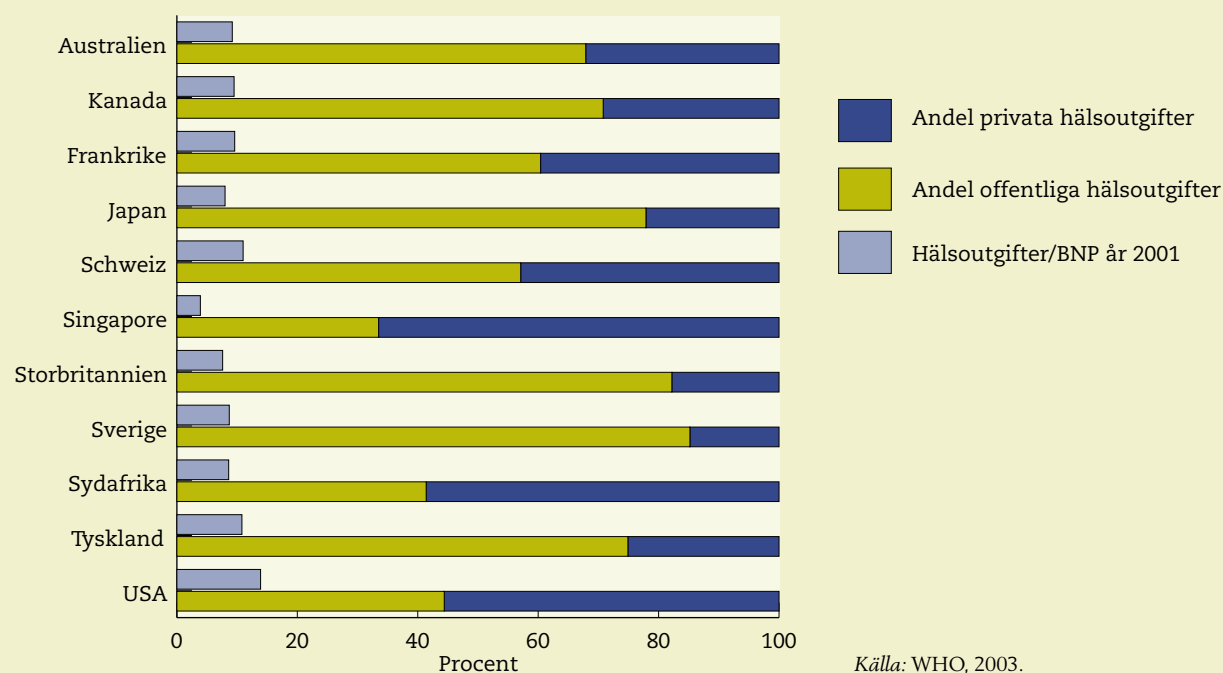
Problematisks blir det när vården finansieras med skatter som snedvrider ekonomiska incitament och av detta och andra skäl möter politiskt motstånd. Om skatterna av politiska skäl inte kan höjas, innebär stigande sjukvårdsutgifter att annan offentlig verksamhet trängs undan.

Amerikanska studier tyder på att 50–75 procent av ökningen av de amerikanska sjukvårdsutgifterna sedan 1960 kan förklaras av den tekniska utvecklingen i samverkan med en betydande skattefinansiering.<sup>2</sup> De senaste årens tekniska landvinningar innebär att det i dag finns effektiva behandlingar vid åkommor som tidigare över huvud taget inte gick att behandla.<sup>3</sup>

Verkningsfulla politiska reformer måste påverka sjukvårdskostnadernas två huvudförklaringar. Och eftersom det knappast är önskvärt att hålla tillbaka den tekniska utvecklingen måste framtida politiska åtgärder rikta in sig på finansieringssidan.

Till stor del är det tredjepartsfinansieringen som gör det så svårt att hålla kostnaderna under kontroll. Tredjepartsfinansiering innebär att sjukvården inte betalas av de två parter – läkare och patient – som tillsammans genomför en behandling, utan i stället sköts av en utomstående tredje part, vanligen skattebetalarna eller försäkringsbolagen.

**Sjukvårdens andel av BNP i några länder.**



Källa: WHO, 2003.

När en tredje part betalar försvinner en viktig kostnads-spärr för de behandlingar som läkaren och patienten kommer överens om. Speciellt riskerar kostnaderna att skjuta i höjden när privatpraktiserande läkare för egen vinning behandlar patienter på skattebetalarnas bekostnad. Problemet kan bli extra allvarligt i sjukvården eftersom läkaren har ett informationsövertag gentemot patienten och därför i viss utsträckning själv kan bestämma hur mycket vård som behövs.

Med hjälp av modern informationsteknik har dock många av dagens patienter blivit lika välinformerade som sina läkare. Dessa moderna patienter skulle förstås inte klara av att genomföra en operation, men däremot känner de till alla de (dura) behandlingar som kan sättas in mot deras egna åkommor. Den svaga patienten har avlösts av den starka vårdkonsumenten. Allt färre accepterar behandlingar som inte bedöms hålla högsta kvalitet på internets hälsosidor.

Den tid då det för varje sjukdomstillstånd fanns en självklar behandling, och då läkarnas informationsövertag tvingade patienterna att stillatigande tacka och ta emot, är definitivt förbi. Dagens vårdkonsumenter känner till att det i princip är möjligt att spendera hela Sveriges BNP på en grupp patienter utan att den sista kronan skulle vara helt bortkastad. I takt med att läkarna får allt svårare att förklara varför en patient inte ska få effektiv vård utan dröjsmål, drivs patienterna till att skrika högst och utnyttja sina personliga kontakter.

## VÅRDKONTON

Ett vårdkonto är ett personligt tillgodohavande som kan användas till att betala vissa sjukvårdskostnader. Hur pengarna hamnar på vårdkontot är inte viktigt. Både egna insättningar och tillförsel från skattemedel och arbetsgivaravgifter går att tänka sig. Det viktiga är att medlen på kontot minskar när innehavaren konsumerar vissa typer av sjukvård.

Enkelt uttryckt handlar vårdkonton om självrisk. Precis som hos andra försäkringar går det att göra en sjukvårdsförsäkring billigare genom att höja självrisken. Frågan är varför just sjukvårdsförsäkringen ska ge ersättning från den första kronan. I ett uppmärksammat amerikanskt experiment där människor slumpmässigt placerades antingen i en grupp med full försäkring eller i en grupp med hög självrisk, var sjukvårdskostnaderna 40 procent

## Vårdkonto

Ett vårdkonto består av två delar:

- En sjukvårdsförsäkring med hög självrisk.
- Ett sparkonto.

Försäkringen ger ett skydd mot höga sjukvårdskostnader. Medel på sparkontot används till att betala sjukvårdskostnader upp till försäkringens självrisk.

högre för de fullt försäkrade utan att det gick att hitta några hälsoskillnader mellan grupperna.

En ökad privat finansiering skulle ge dubbel vinst. Patienterna skulle bli mer kostnadsmedvetna samtidigt som sjukvården skulle få ett välbehövligt resurstillskott. Enskilda människor agerar mer flexibelt och kostnadsmedvetet än landsting och försäkringsbolag.

På lite längre sikt uppstår ytterligare vinster. Konto-havarna kan minska sina kostnader genom att behandla sin hälsa som en livslång investering där motion, sund kosthållning och förebyggande insatser blir mer ekonomiskt intressanta. För vårdgivarna blir kostnads-sänkande innovationer mer intressanta än innovationer som höjer både kvaliteten och kostnaderna.<sup>4</sup>

Vårdkonton passar bäst för att finansiera primärvård och rutinemässiga sjukhusbesök. Patienterna ges incitament att välja den bästa och mest kostnadseffektiva vården men undvika onödiga behandlingar. För riktigt krävande vård behövs en försäkring som garanterar att riskerna sprids mellan medborgarna.

Vårdkonton har därför kommit att definieras som en kombination av en sjukvårdsförsäkring med hög självrisk och ett konto där personliga medel förräntas. Tanken är att en sådan kombination både ger ett fullgott skydd vid katastrofala sjukdomstillstånd och håller kostnaderna nere vid mindre allvarliga åkommor. De administrativa kostnaderna kan i vissa utformningar också tänkas bli lägre när en del sjukvårdsräkningar görs upp direkt mellan patient och vårdgivare.

## ERFARENHETER FRÅN ANDRA LÄNDER

I de följande avsnitten beskriver jag sjukvårdsfinansier-

ingen i tre länder som jämfört med Sverige har betydligt större individuella inslag. Olika kombinationer av försäkringar och personliga sparkonton har tillämpats i bland annat USA, Sydafrika och Singapore. I USA gjordes vårdkonton permanenta den 1 januari 2004 under namnet Health Savings Accounts. Sydafrika är intressant eftersom landets försäkringsmarknad är relativt oreglerad, och det har visat sig att försäkringar med vårdkonton står sig väl i konkurrensen. I Singapore, där sparande på vårdkonton är obligatoriskt sedan 1984, är sjukvårdsutgifterna låga och befolkningens hälsa god.

## USA

Med introduktionen av Health Savings Accounts (HSA) tog USA i föl ett stort steg mot ett individbaserat och konsumentstyrt försäkringssystem.<sup>5</sup> HSA är öppna för alla som köper en sjukvårdsförsäkring med hög självrisk. Hög självrisk definieras som mellan 1 000 och 5 100 dollar per år för individer, och mellan 2 000 och 10 200 dollar per år för familjer.<sup>6</sup> Sparandet i HSA är skattefritt (både insättningar och ränta) så länge uttagen görs för medicinska ändamål (inklusive labbtester, glasögon, tandvård och plastikkirurgi). Pengar som spenderas på annat än sjukvård beskattas och beläggs med en tioprocentig straffavgift. Straffavgiften tas inte ut från 65 års ålder.

Många amerikaner har av skatteskal ordnat sjukförsäkring genom sin arbetsgivare. HSA är mer flexibla. Skattebefrielsen beror inte på vem som gör insättningen, och eftersom kontot är personligt påverkas det inte vid byte av arbetsgivare (eller vid arbetslöshet). Att pengarna vid årets slut står kvar på kontot innebär också en ökad flexibilitet jämfört med vissa tidigare sparformer, som föranledde människor att köa hos plastikkirurger under årets sista veckor för att förhindra att deras insättningar gick förlorade.<sup>7</sup>

Den maximala årliga insättningen för individer är det lägre beloppet av antingen 2 650 dollar eller den tillhörande försäkringens självrisk. För familjer gäller det lägre beloppet av 5 250 dollar eller försäkringens självrisk. Den som är 55 år eller äldre får under år 2005 sätta in ytterligare 500 dollar. Denna extrainsättning kommer att öka med 100 dollar per år fram till år 2009 då den uppgår till 1 000 dollar. Inga insättningar är tillåtna efter det att en individ kvalificerar sig för Medicare, vilket alla som fyllt 65 år gör.

HSA uppfyller en rad målsättningar. Först och främst minskar kostnaderna för sjukvård utan att människor utsätts för ransoneringsbeslut från politiker, försäkringsbolag eller privata sjukvårdsorganisationer.<sup>8</sup> HSA syftar också till att göra god sjukvård tillgänglig för fler och till att understödja en nationell sjukvårdsmarknad.

### Health Savings Accounts

- Skattefritt sparande på ett personligt konto.
- Sedan 2004 tillgängligt för alla amerikaner med en sjukvårdsförsäkring med hög självrisk.
- Ger viss valfrihet mellan olika nivåer av självrisk.
- Insättningar kan göras av vem som helst.
- Sjukvårdsutgifter upp till självrisken betalas från sparkontot.
- Sjukvårdsutgifter utöver självrisken betalas av försäkringsbolaget.
- Syftar till att sänka sjukvårdskostnaderna utan att ransonera vården.

American Medical Association, en sammanslutning av läkarna i USA, har länge förespråkat vårdkonton som ett sätt att öka patientinflytandet och förbättra relationen mellan läkare och patient. De amerikanska läkarna menar att ett system med vårdkonton minimerar de lojalitetskonflikter som läkarna tvingas in i. Svenska läkare har till exempel klara order att hushålla med landstingens resurser genom att i många fall inte ge patienterna den vård de behöver. Med vårdkonton skulle läkarna i större utsträckning – och i en anda av lojalitet och förtroende – kunna arbeta för den enskilda patientens bästa. Märk väl att detta argument för vårdkonton knappast är ett förtäckt vinstintresse från läkarnas sida. För läkarna själva vore tredjepartsfinansiering förmodligen mer fördelaktigt i dollar räknat.

## Sydafrika

Den sydafrikanska sjukvården är minimalt reglerad. Marknaden för sjukvårdsförsäkringar är extremt konkurrensutsatt och uppvisar en rad olika lösningar. De skattevillkor som gäller sedan 1994 innebär att försäkringar av HSA-typ kan bjudas ut på samma villkor som traditionella försäkringar med lägre självrisk. HSA-försäkring-

arna har visat sig vara mycket populära. Efter bara några år har de tagit över två tredjedelar av marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar.<sup>9</sup>

På några väsentliga punkter skiljer sig de sydafrikanska vårdkontona från de amerikanska. I USA måste sjukvårdsförsäkringar som kvalificerar för HSA ha en enhetlig självrisk för alla behandlingar. I Sydafrika är det däremot tillåtet att utforma försäkringspaketet på det sätt som bäst tillfredsställer konsumentens behov. Faktum är att den mest populära HSA-varianten i Sydafrika inte är tillåten enligt dagens amerikanska lagstiftning.

Så kan en sydafrikansk försäkring stipulera att sjukhusbundna ingrepp (till exempel by-passoperationer) inte betingar någon självrisk över huvud taget, medan besök hos en mottagning kan vara relativt dyra. Till kategorin av behandlingar som är befriade från självrisk är det också tillåtet att föra läkarbehandling som syftar till att hantera kroniska åkommor (till exempel diabetes och astma). Tanken är att det inte finns så mycket att vinna på att hindra patienter från att försäkra sig mot vårdutgifter som de inte själva kan påverka.

Sydafrikas flexibla vårdkonton tycks fungera. Enligt en studie från National Center for Policy Analysis<sup>10</sup> har yngre sydafrikanska familjer med HSA minskat sina sjukvårdsutgifter med 56 procent, medan äldre familjekonstellationer i genomsnitt har minskat sina kostnader med 47 procent. Kostnaderna för sjukhusbunden vård har minskat med hela 81 procent för de yngre familjerna och med 73 procent för de äldre.<sup>11</sup> Enligt en studie från WHO<sup>12</sup> behövs det emellertid både data av bättre kvalitet och lämpligare metoder för att kunna säga något säkert om sambandet mellan HSA och sjukvårdskostnader i Sydafrika.

Det har inte gått att visa att de sydafrikaner som sparar i HSA är yngre och vid bättre hälsa än den övriga befolkningen, men det finns ändå en rädsla för att det är just sådana kunder som försäkringsbolagen försöker locka till sig. Det är också oklart hur den offentliga sjukvården har påverkats. Till exempel finns ingen information om i vilken utsträckning försäkringstagarna väljer den avgiftsfria offentliga vården för att slippa använda sina kontobesparingar.<sup>13</sup> Ett annat problem är att flera försäkringsbolag har satt övre gränser för hur mycket sjukhusvistelser och behandling av aids och kroniska sjukdomar årligen får kosta. När den övre gränsen har överskridits

måste patienten antingen betala ur egen ficka eller söka vård i den offentliga sektorn.<sup>14</sup>

Sydafrika är onekligen ett speciellt land med en egen historia och svåra sociala problem. Men även om det kanske är för tidigt att dra några säkra slutsatser om effekterna av HSA, visar landets utveckling onekligen att många människor finner vårdkonton mer attraktiva än andra sätt att finansiera sjukvård på.

## Singapore

Till skillnad från i USA och Sydafrika är det i Singapore obligatoriskt att spara pengar på vårdkonton. Singapores sjukvårdspolitik bygger på två principer. För det första att sjukvård är ett individuellt ansvar, om än med statligt stöd för de nödställda. För det andra att det behövs individuella delbetalningar för att motverka överkonsumtion. Staten tillhandahåller 80 procent av sjukhusvården och 20 procent av primärvården.<sup>15</sup> Singapore är intressant eftersom landet kombinerar mycket låga sjukvårdskostnader (3,9 procent av BNP år 2001) med imponerande hälsonivåer.<sup>16</sup>

Det obligatoriska kontosparandet introducerades 1984 under namnet *Medisave*. Varje månad gör både arbetsgivare och arbetstagare en skattefri insättning på 6–8 procent av lönen till den anställdes individuella *Medisave*-konto. Behållningen på kontot kan upp till vissa gränser användas till att betala sjukvårdskostnader för kontohavaren och dennes familj. Jämfört med amerikanska HSA är *Medisave* mer restriktivt med vilka behandlingar som kan betalas från sparkontot. De sparade medlen får endast användas till vård på sjukhus. Kostnader för primärvård måste betalas direkt ur egen ficka, även om halva avgiften subventioneras vid statliga vårdcentraler.<sup>17</sup>

*Medishield*, som inrättades 1990, är en katastrofförsäkring som riktar sig till låginkomsttagare och andra vars saldo på *Medisave*-kontot är otillräckligt vid allvariga sjukdomstillstånd. *Medishield* finansieras via relativt låga premier som betalas från *Medisave*-kontot. *Medishield* får dock inte utnyttjas över ett givet utgiftstak och det finns även begränsningar för hur många sjukhusdagar försäkringen täcker. I likhet med *Medisave* finns det också behandlingar som *Medishield* inte omfattar, bland annat är vaccinationer, komplikationsfria förlossningar och psykiatriska behandlingar exkluderade. Dessutom kräver *Medishield* i många fall egna delbetalningar på 20

procent av kostnaden, vilket vid en del svåra sjukdoms-tillstånd kan innebära en oöverstiglig finansiell börda. Sedan 1994 finns även *Medishield Plus* som ersätter kostnaden för vård på privata sjukhus och ger tillgång till högre standard på offentliga sjukhus.<sup>18</sup>

Om kombinationen av Medisave, Medishield och egna betalningar inte räcker till går det att vända sig till Medifund. Utformningen av Medifund är tänkt att understryka linjen att det offentliga inte är skyldigt att tillhandahålla sjukvård till varje pris, utan i stället hjälper till inom givna ramar när ekonomin tillåter. Vid utgången av 1999 uppgick förmögenheten i Medifund till 700 miljoner singaporienska dollar (cirka 3 miljarder kronor).<sup>19</sup> Fondens avkastning används till att betala nödställda människors sjukvård.

Singapores centraliserade och paternalistiska sjukvårds-system uppvisar goda hälsoutfall till låga kostnader. Centraliseringen med inslag av obligatorium kan vara ett effektivt sätt att undvika en situation där sjuka människor väljs bort av försäkringsbolagen. Men konstigt nog exkluderar Medishield människor över 80 år, liksom flera dyra behandlingar mot medfödda missbildningar, psykiska sjukdomar och hiv/aids. Sådana begränsningar får mig tyvärr att undra om det offentliga monopolet syftar till att reducera kostnader till varje pris i stället för att se till att alla medborgare får vård.<sup>20</sup>


## AVSLUTANDE DISKUSSION

Vi har sett att vårdkonton kan se ut på olika sätt. Till skillnad från i USA, Sydafrika och Singapore skulle de även kunna skattefinansieras helt och hållet. Det viktiga är att kontohavaren kan spara pengar genom att välja prisvärda alternativ och undvika onödig behandling.

Det är värt att påpeka att sjukvården inte är lika lämpad för individuellt kontosparande som utbildning och pensioner är. Offentliga sjukvårdsförsäkringar kännetecknas inte bara av sparande. Försäkring och omfördelning är också betydelsefulla inslag. Det är därför viktigt att vårdkonton utformas på ett sådant sätt att människor med stora vårdbehov inte lämnas utan behandling. Om försäkringen mot höga sjukvårdskostnader görs obligatorisk kommer ingen svårt sjuk människa att bli utan vård för att pengarna tagit slut.

En annan nackdel är att sjukvårdskonsumtionen blir

mer ojämnt fördelad med vårdkonton än i system med kraftigt subventionerade patientavgifter. Den ökade ojämlikheten ska dock inte överdrivas. Behovet av sjukvård är mycket mindre ojämnt fördelat över livet än över enskilda år, och dessutom kan fattiga människor med stora vårdbehov ges tillgång till kompletterande försäkringar.

I en situation där skattepengarna inte längre räcker till och traditionell ransonering blir allt mindre acceptabel är vårdkonton ett alternativ som förtjänar en allvarlig diskussion och vårt uppriktiga intresse. 

## LITTERATURANVISNING

Denna skrift har hämtat flera uppgifter och resonemang från rapporten "Vårdkonsument eller soffpotatis? Nya balanspunkter för hälsa och sjukvård", utgiven av Timbro Hälsa, <[http://health.timbro.se/pdf/vardkonsument\\_eller\\_soffpotatis.pdf](http://health.timbro.se/pdf/vardkonsument_eller_soffpotatis.pdf)>. Författaren har även i samma ämne skrivit artikeln "Patient eller upplyst vårdkonsument?" i *Svensk Tidskrift* nr 6 2004, s 6-8.

*The Economist* publicerade den 15 juli 2004 flera artiklar om sjukvårdsfinansiering (Survey: Health-Care Finance) som utgör ett utmärkt bakgrundsmaterial.

Reglerna för HSA beskrivs i punktform i dokumentet "All about HSAs" från U S Treasury Department, <<http://www.ustreas.gov/offices/public-affairs/hsa/pdf/hsa-basics.pdf>>.

National Center for Policy Analysis har sedan slutet av 1980-talet förespråkat Health Savings Accounts. Organisationens webbplats <<http://www.ncpa.org>> innehåller många läsvärda dokument.

*Canadian Medical Association Journal* ägnar tre artiklar åt vårdkonton i nr 2, 2002.

## NOTER

1. Läkemedelsindustriföreningen, 2004, s 26.
2. Newhouse, 1992, och Jones, 2004.
3. Enligt Hall och Jones, 2004, är den bakomliggande förklaringen till människors stora vilja att utveckla och nyttja medicinsk teknik att marginalnyttan (nyttan av att äta det sista äpplet) avtar långsammare för sjukvård än för andra varor.
4. Manning m fl, 1987.
5. Reglerna för HSA beskrivs i punktform i dokumentet "All about HSAs" från U S Treasury Department, <<http://www.ustreas.gov/offices/public-affairs/hsa/pdf/hsa-basics.pdf>> (2005-03-21).
6. Det kan vara intressant att veta vad en sådan försäkring med hög självrisk kostar. Tyvärr finns det inget enkelt svar på den frågan eftersom priset på en försäkring beror på en rad olika riskfaktorer, och förstås på självrisken. I ett exempel som lyfts fram i HSA Insider (2004-04-16) kostar en försäkring med en självrisk på 3 450 dollar 204 dollar per månad för en familj med fyra personer; alltså ungefär 350 kr per person och månad med dagens dollarkurs.
7. Dessa rigida regler gäller för så kallade Flexible Spending Accounts.
8. En Health Maintenance Organization, ofta förkortad HMO, är en organisation som tillhandahåller sjukvård mot en månadsavgift och en mindre patientavgift. En HMO sänker kostnaderna genom stordriftsfördelar, genom att patienter får större förhandlingsstyrka i grupp och genom att inte utföra behandlingar som betraktas som onödigt dyra. På grund av denna ransonering har organisationsformen blivit väldigt impopulär.
9. National Center for Policy Analysis:  
[http://www.ncpa.org/prs/tst/20040811\\_hsa\\_history.htm](http://www.ncpa.org/prs/tst/20040811_hsa_history.htm)  
(2005-03-21).
10. Matisonn, 2000.
11. Jämfört med familjer som saknar HSA.
12. Hanvoravongchai, 2002, s 26.
13. Shortt, 2002, s 160.
14. van den Heever, 1998, s 285.
15. Singapore Ministry of Health, 2001.
16. Siffran kommer från WHO, 2003, s 174. En delförklaring till Singapores låga sjukvårdskostnader kan vara att landet har en relativt ung befolkning jämfört med de flesta OECD-länder. Enligt WHO, 2003, s 150–152, är 11,1 procent av befolkningen över 60 år, att jämföra med 22,9 procent i Sverige.
17. Singapore Ministry of Health, "Our Healthcare System", <<http://app.moh.gov.sg/our/our01.asp>> (2004-02-22).
18. Massaro och Wong, 1996.
19. Hanvoravongchai, 2002, s 8.
20. Hsiao, 2001, s 735.

## REFERENSER

- Hall, R & C Jones, 2004, "The value of life and the rise in health spending", opublicerat manuskript, University of California, Berkeley.
- Hanvoravongchai, P, 2002, "Medical savings accounts : Lessons learned from international experience", EIP/HFS/PHF Discussion Paper 52, World Health Organization.
- van den Heever, A M, 1998, "Private sector health reform in South Africa", *Health Economics*, vol 7, s 281-289.
- Hsiao, W, 2001, "Behind the ideology and theory : What is the empirical evidence for medical savings accounts?", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol 26, nr 4, s 733-737.
- Jones, C, 2004, "Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?", opublicerat manuskript, University of California, Berkeley.
- Läkemedelsindustriföreningen, 2004, *Fakta 2004 : Läkemedelsmarknaden och hälso- och sjukvården*.
- Manning, W, J Newhouse, N Duan, E Keeler, A Leibowitz & S Marguis, 1987, "Health insurance and the demand for medical care : Evidence from a randomized experiment", *American Economic Review*, vol 77, nr 3, s 251-277.
- Massaro, T & Y-N Wong, 1996, "Medical savings accounts : The Singaporean experience", NCPA Policy Report nr 203, National Center for Policy Analysis.
- Matisonn, S, 2000, "Medical savings accounts in South Africa", National Center for Policy Analysis, <<http://www.ncpa.org/studies/s234/s234.html>> (2005-03-21).
- Newhouse, J, 1992, "Medical care costs : How much welfare loss?", *Journal of Economic Perspectives*, vol 6, nr 3, s 3-21.
- Shortt, S, 2002, "Medical savings accounts in publicly funded health care systems : Enthusiasm versus evidence", *Canadian Medical Association Journal*, vol 167, nr 2, s 159-162.
- Singapore Ministry of Health, 2001, *Annual Report 2001*.
- WHO, 2003, *The World Health Report 2003 : shaping the future*.

*I en situation där skattepengarna  
inte längre räcker till och traditionell ransonering  
blir allt mindre acceptabel är  
vårdkonton ett alternativ som förtjänar en  
allvarlig diskussion och vårt uppriktiga intresse.*

TIMBRO BRIEFING PAPERS 

TIMBRO är ett idéinstitut som verkar för fri företagsamhet, framtidstro och en liberal samhällsordning. Timbro är en del av Stiftelsen Fritt Näringsliv. Verksamheten grundades 1978. Varje år publicerar Timbro böcker och rapporter samt erbjuder en omfattande seminarieverksamhet.

TIMBRO BRIEFING PAPERS ger information i aktuella frågor. Syftet är att tillföra fakta och analys till samhällsdebatten. De utkommer åtta till tio gånger per år. På [www.timbro.se/tbp](http://www.timbro.se/tbp) finns samtliga nummer.

ANSVARIG UTGIVARE:  
Johnny Munkhammar

ISSN:  
1652-9952

TRYCK:  
Botkyrka Offset AB, Norsborg