

## Några kommentarer om USA:s hälso- och sjukvård

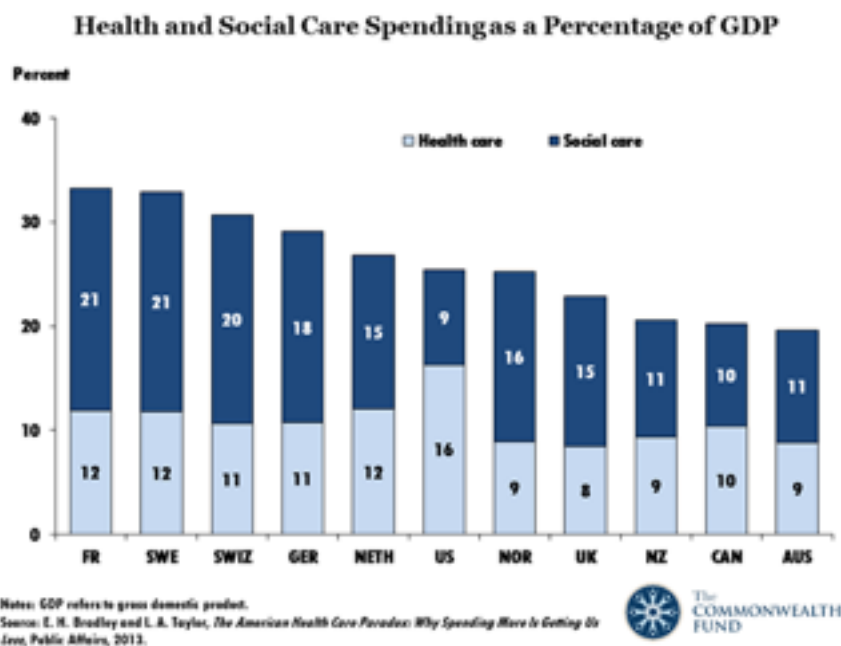
*Jag vill försöka komplettera George Benjamins utmärkta genomgång av situationen i amerikansk hälso- och sjukvård med att ta upp tre saker som jag tycker är särskilt slående ur ett svenskt perspektiv och som jag tror kan påverkas av Trump-regeringen.*

1. Sociala bestämningsfaktorer till hälsa
2. Innovation
3. Forskning

### Sociala bestämningsfaktorer

Medan USA är en outlier för hälsoutgifter, ser utgifterna mer ut som i andra länder när hälsoutgifterna kombineras med utgifter för andra sociala tjänster (till exempel kontanthjälp och annat stöd till äldre, fattiga, arbetslösa och andra missgynnade eller utsatta populationer). Detta beror på att USA spenderar mindre än många jämförbara länder på sociala tjänster och omsorg (se Diagram 1).

**Diagram 1.**



Trots att de har betydligt högre hälsoutgifter än jämförbart rika länder, ligger USA bakom andra länder i termer av hälsoutfall, med kortare livslängd, högre dödlighet och högre sjukdomsburda. Mödradödligheten är t.ex. 6 gånger högre än här i Sverige.

En del av denna skillnad i hälsoutfall mellan USA och andra länder kan bero på kvaliteten på vården som tillhandahålls, men skillnaden i kostnader och resultat kan också bero på samhällsekonomiska, ekonomiska och miljöfaktorer som påverkar hälsan och det är en intressant fråga i vilken utsträckning omfattande sociala program indirekt kan förbättra hälsan. Jag tror att eventuella lärdomar från USA om det här problemet blir allt mer relevant även här i Sverige där vi ser en ökande social ojämlikhet.

Det finns några riktigt intressanta och innovativa insatser i USA: s hälso- och sjukvård för att hantera de sociala bestämningssfaktorerna för hälsa, som exempelvis vårdgivare som hanterar bostadssituationen för hemlösa patienter - och med 1,5 miljoner hemlösa är det här ett stort problem i USA. Men en relevant fråga är då i vilken utsträckning dessa ansträngningar skulle vara mer kostnadseffektiva "uppströms", inom socialtjänsten eller fattigdomsbekämpningen.

Å andra sidan kan frågan om åtgärdernas eventuella kostnadseffektivitet vara i praktiken irrelevant. Anledningen är att den främsta förklaringen till att hälso- och sjukvårdskostnaderna är så höga i USA beror på att priser och löner är höga. Exempelvis kostar en bypass-operation som kostar 15 000 dollar i Nederländerna 75 000 dollar i USA. Därför är ofta det som är "slöseri" ur vårt perspektiv samtidigt någons inkomst! Detta gör att systemet motsätter sig förändringar.

## **Innovation**

Mitt andra ämne är innovation. För mig är det slående hur innovativa vissa delar av den amerikanska hälsovårdssektorn är. Detta gäller både i den privata och den offentliga sektorn, och påtagligt vid mellan det offentliga och det privata. Det handlar också om både produkt- och tjänsteinnovationer och kombinationer av de två: kanske kommer vi att se disruptiva innovationer i hur kroniska sjukdomar hanteras från Silicon Valley i framtiden?

Också på statlig och federal nivå ser vi innovationer inom områden som t.ex. samordnad vård, integrering av mental hälsa i primärvården och patientdriven forskning. Några exempel är: CMS, PCORI, Veteran's affairs och integrerade vårdlösningar i t.ex. delstaten NY)

Det kommer att bli väldigt intressant att följa hur innovationskraften kommer att gå utvecklas under Trumps presidentperiod. Vad kommer exempelvis hända med institutioner som AHRQ, och PCORI? Kommer delstaterna ta mer ledande roller?

## **Forskning**

Det tredje ämnet jag ville ta upp är forskning. De från andra länder som på något sätt varit involverade med forskning i USA blir ofta imponerade av de exceptionella forskningsmiljöer som finns på universitet och andra offentliga och privata institutioner. Faktum är att man kan stanna här i Stockholm och se vilka som kommer för att hämta Nobelprisen och få en uppfattning om hur enormt framgångsrik amerikansk forskning är.

Det är långt ifrån den enda förklaringen, men till viss del är detta en effekt av de exceptionella resurser som finns tillgängliga. Enligt en nyligen publicerad sammanställning uppgår finansieringen för biomedicinsk och hälsovetenskaplig forskning till 125 miljarder dollar årligen.<sup>1</sup> Ungefär 30 miljarder dollar fördelas genom National Institutes of Health (NIH), vilket med bred marginal gör det till den viktigaste offentliga finansiären av medicinsk forskning i världen. Ytterligare 30 miljarder kommer från läkemedelsindustrin.

Nu planerar Trump-regeringen att minska finansieringen till NIH med 20 %, eller 6 miljarder dollar. Trump har också sagt att läkemedelspriserna ska bli lägre vilket kommer att påverka forskningen inom läkemedelsindustrin. Dessa finansieringskällor driver medicinsk forskning som gynnar hela världen, så det här är en fråga av stort intresse även utanför USA.

Det finns emellertid ytterligare några intressanta aspekter av denna forskningsfinansiering som kan vara värda att nämna. För det första är den kraftigt vinklad mot biomedicinsk forskning som får 120 miljarder dollar, medan hälso-och sjukvårdsforskningen får 5 miljarder dollar. Märk då väl att läkemedel står för endast en mindre andel av hälso- och

sjukvårdskostnaderna. Vidare är biomedicinsk forskning dyr och verkar dessutom vara ganska ineffektiv: enligt vissa uppskattningar är mer än 85 % av den biomedicinska forskningen ett slöseri. <sup>2</sup>

1. Moses H, Matheson DHM, Cairns-Smith S, George BP, Palisch C, Dorsey ER. The Anatomy of Medical ResearchUS and International Comparisons. JAMA. 2015;313(2): 174-189. doi:10.1001/jama.2014.15939

2. Macleod MR, Michie S, Roberts I, Dirnagl U, Chalmers I, et al. Biomedical research: increasing value, reducing waste. Lancet. 2014;383(9912):101–4. pmid:24411643