

Lars Söderström:

**Sjukvårdens
finansiering.
En diskussion om
alternativa
betalningsmodeller**

Den svenska debatten om sjukvårdens finansiering har hittills dominerats av frågan om hur producenterna skall ersättas. Lars Söderströms kortfattade skrift *Sjukvårdens finansiering. En diskussion om alternativa betalningsmodeller*. (Stockholms läns landsting 1990, Stockholm, 83 s samt SNS Förlag, Stockholm 1991, 128 s) handlar emellertid varken om DRG, HMO eller budgettilldelning. Frågan gäller i stället på vilket sätt konsumenterna skall betala för den sjukvård de erhåller. Rapporten är gjord på uppdrag av Regionplane- och trafikkontoret vid Stockholms läns landsting och utgör ett av underlagen för utredning om landstingets uppgifter. Lars Söderström är docent i nationalekonomi vid Lunds universitet.

Fem skilda finansieringskällor för sjukvården kan identifieras: (1) patientavgifter, (2) frivilliga försäkringar, (3) obligatoriska försäkringar, (4) skatter och (5) upplåning. Huvudsyftet med Söderströms häfte synes vara att argumentera för införandet av patientavgifter (kopplat med ett högkostnadsskydd) som viktigaste finansieringskälla för sjukvården i Sverige. Denna argumentation presenteras i nio välskrivna och för en icke initierad läsare lättlästa kapitel.

Skattefinansieringens begränsningar

Efter ett inledande kapitel i vilket rapporteras syfte och struktur, ges i kapitel 2 en kort översikt över omfattningen av vårdrkonsumtion och dess finansieringskällor. Huvudkällan för finansiering av

sjukvården i Sverige är landstingsskatten. I kapitel 3 ges två förklaringar till varför en fortsatt skattefinansiering av sjukvården ej bör användas.

En förklaring är att skattefinansieringen har begränsad kapacitet och att denna kapacitet är lägre än det resursbehov som krävs för att tillhandahålla det ökade vårdbehov som den framtida ändrade befolkningsstrukturen kan förväntas leda till. Det andra argumentet mot ökad skattefinansiering är att den ger upphov till kostsamma biverkningar på samhälls-ekonomi, s k *excess burden*. Denna uppkommer till följd av de snedvridningar som skatter leder till på arbetsmarknaden, sparandet, investeringarna och konsumtionen. Som belägg för förekomsten av excess burden i Sverige åberopar Söderström en studie av Ingemar Hansson 1986.

I kapitel 4 ges en översikt över studier som har sökt analysera sambandet mellan volymen av vårdkonsumtion och det pris som patienten betalar för köp av vård. Stort utrymme ägnas åt en studie från USA som utfördes under åren 1974–77. Slutsatsen är att efterfrågan på vård är priskänslig.

Avgiftsfinansiering leder ej till sämre hälsa

Det är slutsatsen i kapitel 4 som Söderström använder, när han i kapitel 6 demonstrerar vilka besparingar som skulle kunna uppnås med en avgiftsfinansierad sjukvård i Sverige. Enligt det ena exemplet, det mest realistiska, skulle besparingar på ca 50 miljarder kronor kunna uppnås med en avgiftsfinansierad sjukvård. Som jämförelse kan nämnas att sjukvården idag kostar ca 100 miljarder kronor om året. Dessa besparingar uppkommer som ett resultat av att vårdkonsumtionen beräknas minska.

I kapitel 5 får vi veta att en minskning i vårdkonsumtionen inte skulle leda till någon stor försämring av vårt allmänna häl-

sotillstånd. Som belägg för denna betryggande försäkring hänvisar Söderström till hälsoekonomer som studerat sambandet mellan vårdkonsumtion och det allmänna hälsotillståndet i en befolkning. Den konklusion som dessa forskare drar är att ökad vårdkonsumtion enbart haft marginal betydelse för ett förbättrat allmänt hälsotillstånd i en befolkning.

Positiva fördelningseffekter

I kapitel 7 analyseras avgiftsfinansieringens potentiella fördelningseffekter. Söderström konstaterar med ett beklagande att hans slutsats här måste bli tentativ. Orsaken är att han ej lyckats finna något svenskt statistiskt material som kan belysa ett patientrelaterat samband mellan vårdkonsumtion och inkomst. Av detta skäl är Söderström återigen hänvisad till att förlita sig på data från andra länder.

Data över vårdkonsumtion och inkomst bland patienter i England och USA visar att det är höginkomsttagarna som står för en proportionellt större del av normal vårdkonsumtion. Härav följer att en övergång till avgiftsfinansierad sjukvård och därmed sänkta skatter skulle gynna låginkomsttagarna. Söderström tolkar detta som ett belägg för tesen att subventioner är ineffektiva i fördelningspolitiken. Huvudargumentet för subventionerad sjukvård faller således.

Försäkringsfinansierad högekostnadsskydd

Bokens tre sista kapitel ägnas åt att kort presentera principerna för: (1) avgiftsstrukturens utformning, (2) högkostnadsskyddets utformning och (3) högkostnadsskyddets finansiering. Principerna för avgiftsstrukturens utformning är kort skisserade i kapitel 8. Här ges en kort översikt över tre skilda prissättningsregler för offentliga varor/tjänster: (1) marginalkostnadspriser, (2) Ramsey-priser och (3) Feldstein-priser. Någon slutsats om vilka

prissättningsregler som bör väljas ges ej, då detta val är helt styrt av de förutsättningar som politikerna dikterar.

I kapitel 9 diskuteras regler för högkostnadsskyddets utformning. För- och nackdelarna med ett sk retrospektivt respektive prospektivt ersättningssystem presenteras på ett klagörande sätt.

Slutligen diskuteras i kapitel 10 möjligheten för ett försäkringsfinansierat högkostnadsskydd. Svårigheterna med tillämpning av ett försäkringsfinansierat högkostnadsskydd är emellertid stora. Söderström diskuterar här några centrala problem från den försäkringsteoretiska litteraturen, problemet med: (1) "gratispassageraren" i ett försäkringssystem, (2) utestängning av försäkringstagare och (3) den kollektiva risken. Slutsatsen som Söderström drar är att trots dessa svårigheter är det önskvärt med en ökad andel försäkringsfinansiering av vårt högkostnadsskydd än vad vi idag har. Idag är högkostnadsskyddet helt skattefinansierat och en skattefinansiering har Söderström argumenterat mot i kapitel 3.

Referenslitteratur

Söderströms referenslitteratur är mycket välvald. Listan innehåller litteratur från en relativt lång tidsperiod, från 1927 till 1990. En läsare som ej är välkänd med litteraturen kan emellertid stöta på problem i att hitta den refererade litteraturen. Ibland anger Söderström tryckorten för en refererad publikation och ibland anges publikationsorten. Någon regel för hur detta val är gjort synes ej föreligga.

Rekommenderad läsning

Man kan naturligtvis alltid ifrågasätta värdet av en argumentation som i mycket hög grad baseras på antaganden gjorda utifrån observationer/experiment i USA och England. Bokens stora värde finner jag på det pedagogiska planet. Söderström har enligt min uppfattning lyckats

presentera en central hälso- och sjukvårdsekonomisk problemställning på ett pedagogiskt skickligt sätt. För den i sjukvårdsdebatten debattlystne och för var och en som vill öka sin kunskap i ämnet hälso- och sjukvårdsekonomi är Söderströms nya bok högt rekommenderad läsning.

*Fil dr KNUT ÖDEGAARD
IHE, Lund*