

Konsumentönskemål och effektivitet i sjukvården

Det är praktiskt möjligt att reformera sjukvården så att patienternas önskemål bättre tillgodoses och effektiviteten ökar, hävdar Åke G. Blomqvist. Medborgarna bör ges viss valfrihet att välja vårdstandard för egen del och få behålla en del av kostnadsbesparingen av lägre standard. Därigenom får de möjlighet att direkt bestämma hur mycket av samhällets resurser som ska anslås till sjukvården.

I *Ekonomisk Debatt* 7/1979 har Ingemar Ståhl, i anslutning till en artikel av Victor Fuchs med titeln Sjukvårdens ekonomi i det högindustrialiserade samhället [Fuchs 1979], framfört vissa förslag avsedda att öka drivkraften till en "effektiv" produktion av sjukvårdstjänster i Sverige [Ståhl 1979]. Detta skulle kunna åstadkommas, menar Ståhl, genom att bringa sjukvårdsproducenterna i närmare kontakt med "marknaden"; det nuvarande systemet karakteriseras av "bristande marknadskontakt".

Avsikten med denna artikel är först att i litet mer detalj analysera olika reformer

inom sjukvårdsorganisationen som skulle kunna genomföras i detta syfte. Dessutom vill jag också utvidga frågeställningen något, så att diskussionen kommer att gälla inte bara problemet att få till stånd en effektiv produktion av en mer eller mindre given kvantitet sjukvårdstjänster (vilket är vad Ståhl i huvudsak diskuterar), utan också frågan om den stadiga ökningen i konsumtionen av sjukvårdstjänster representerar något som verkligen ligger i samhällets (medborgarnas) intresse. Denna fråga utgör huvudtemat i Fuchs artikel och det kan vara av stort intresse att diskutera om litet mera "marknadskontakt" skulle vara ett sätt att få information om medborgarna i samhället verkligen värdesätter ökad sjukvård så högt som den nuvarande konsumtionsökningen ger vid handen. Min framställning bygger i stor utsträckning på analysen i en bok i vilken jag diskuterat kanadensisk hälsovårdspolitik, där just dessa frågor har agnats rätt mycket uppmärksamhet [Blomqvist 1979].

Produktionseffektivitet i sjukvården — voucher-systemet

Grundprincipen som Ståhls förslag bygger på är att det nuvarande systemet, under vilket huvuddelen av kostnaderna

ÅKE G. BLOMQVIST är associate professor i nationalekonomi vid University of Western Ontario i Kanada och fn gästforskare vid Institutet för internationell ekonomi vid Stockholms universitet, där han sysslar med frågor om u-ländernas utbildningssystem. Han utgav nyligen en uppmärksammad bok som innehåller en internationell jämförelse mellan organisationsformer inom sjukvården och som diskuterar tänkbara reformer i Kanadas sjukvårdssystem.

för sjukvårdssystemet betalas direkt av den offentliga sektorn från skattemedel, ersätts av ett annat som går ut på att sjukvårdsproducenterna får lov att "tjäna in" sina intäkter genom att locka till sig patienter i konkurrens med varandra. Liksom för närvarande är fallet, skulle pengarna ytterst komma från skattemedel. Skillnaden mot det existerande systemet skulle ligga i att de skattepengar som går till sjukvården först skulle ställas till de enskilda patienternas förfogande i form av s k "vouchers", dvs vissa fasta belopp per patient som skulle kunna användas enbart som betalning för ett "försäkringskontrakt" med en sjukvårdsproducerande organisation (t ex ett visst sjukhus med tillhörande läkarstab).

Poängen skulle ligga i det faktum att patienten själv skulle få välja med vilken av flera organisationer (t ex vilket sjukhus) han ville "teckna sin försäkring". På så sätt innebär systemet att man inför en risk för de producentorganisationer som erbjuder sjukvårdstjänster av låg standard (i en eller annan mening) att förlora patienter, med minskade intäkter som följd. Dessutom inför man indirekt ett incitament för de producerande organisationerna (Ståhl kallar dem "sjukvårdsföretag", en benämning som jag skall använda i det följande) att hålla kostnaderna så låga som möjligt för att undvika förluster som ytterst kunde leda till organisationens nedläggning.

Voucher-beloppets storlek

Som varje försäkringsbolag vet, är den förväntade kostnaden för bolaget olika för olika kategorier av försäkringstagare. Detta skulle också gälla i mycket hög grad inom sjukvården, där framför allt en persons ålder och kön betyder mycket för den förväntade genomsnittliga vårdkostnaden. Eftersom man får förmoda att ett sjukvårdsföretag i det system som Ståhl föreslår inte skulle kunna vägra att ta emot (dvs teckna "försäkringskon-

trakt" med) någon patient, så skulle den genomsnittliga kostnaden per patient i ett företag bero mycket på vilka patientkategorier som valt att teckna sitt kontrakt med företaget. För att undvika detta problem föreslår Ståhl att det voucher-belopp som varje patient tilldelas skulle bero på patientens ålder och kön, så att den förväntade "lönsamheten" för företaget skulle bli ungefär densamma för olika patientkategorier.

Man får väl tänka sig att i praktiken skulle voucher-beloppen få ändras över tiden (åtminstone i takt med den allmänna inflationen, eller kanske snabbare, om hänsyn tas till de speciella svårigheterna i vårdsektorn att kompensera för reallöneökningar genom att kontinuerligt öka produktiviteten). Dessutom skulle det naturligtvis vara möjligt och kanske önskvärt att differentiera beloppen mellan storstad och glesbygd, med hänsyn till svårigheten att i glesbygden åstadkomma låga kostnader genom att utnyttja stordriftsfördelar. Precis hur dessa detaljproblem löses är emellertid mindre viktigt så länge grundprincipen behålls: att sjukvårdsföretagens kostnader inte längre automatiskt betalas från skattemedel, utan att varje företag får lov att "tjäna in" sina intäkter genom att dra till sig patienter i konkurrens med andra.

Problemet med sjukvårdsföretagens storlek

I Ståhls beskrivning förefaller han tanka sig att sjukvårdsföretagen skulle vara ganska stora enheter; de skulle "omfatta ett eller flera sjukhus, ett antal öppenvårdsmottagningar, tandlakarmottagningar etc." Det är intressant att konstatera att beskrivningen påminner ganska mycket om organisationen av de sjukvårdsföretag som faktiskt existerar i vissa amerikanska storstadsregioner (s k "prepayment plans") och som bedriver sin verksamhet ungefär på det sätt som

Ståhl skisserat, i konkurrens med konventionella sjukvårdsproducenter (läkare och sjukhus) som tar betalt direkt för varje tjänst de presterar ("fee-for-service").¹

I empiriska studier har pre-payment plans visat sig mer än konkurrenskraftiga med det konventionella systemet, framför allt därför att de visat en tendens att använda mindre av dyra sjukhus-tjänsterna.² Någon objektivt mätbar skillnad i hälsovårdens kvalitet har inte påvisats, såvitt jag vet.

En jämförelse med amerikanska förhållanden talar alltså för att stora företagsenheter av den typ som Ståhl beskriver skulle kunna hävda sig väl i ett sjukvårdssystem som omorganiserats för att ge utrymme för mera konkurrens och "marknadskontakt". Enligt min mening finns det emellertid viktiga skäl för att inte låta sådana organisationer bli den enda typen av sjukvårdsföretag.

För det första skulle detta innebära att de fördelar som ett sådant system kan leda till skulle bli begränsade till storstadsregionerna (som Ståhl också påpekar). I mindre och medelstora städer finns ofta bara ett sjukhus, med påföljd att patienterna inte har valmöjligheter och det uppstår därför ingen konkurrens. För det andra har den amerikanska erfarenheten visat en tendens för de stora företagsenheterna att ge upphov till problem av ungefär samma slag som det klagats så mycket på i det nuvarande svenska systemet, nämligen en viss opersonlighet och brist på kontinuitet i vården. En fråga av stort intresse är därför om man kan tänka sig sjukvårdsföretag organiserade i litet mindre skala, som kunde erbjuda mer personlig vård och som skulle bidra till att skapa valmöjligheter för patienterna och därmed också mera konkurrens, även utanför storstäderna. Svaret på den frågan kan bli "ja", om man är beredd att låta också öppenvårdcentraler, eller tom enskilda privatlä-

kare, helt eller delvis fungera som sjukvårdsföretag.

Organisationen av mindre sjukvårdsföretag

Ett sådant system kunde vara organiserat på många olika sätt. Man kunde tex låta sådana småskaliga företag få betalt från försäkringen för de tjänster de faktiskt presterar (fee-for-service) och göra på samma sätt för sjukhusen. Problemet med den metoden är emellertid att i en sådan situation måste läkare och vårdcentraler konkurrera om patienter genom att erbjuda vård av högsta möjliga standard. Men eftersom kostnaderna betalas av försäkringen har dessa "företag" inget incitament att hålla kostnaderna nere. Snarare tvärtom; under ett fee-for-service-system tjänar tex en läkare mera på en given patient ju fler och dyrare vårdtjänster som patienten får, ofta på lakarens inrådan. Sådana problem har i hög grad karakteriserat det kanadensiska systemet, där allmän sjukvårdsförsäkring har införts, men där läkarna fortfarande till största delen betalas genom fee-for-service.

En alternativ lösning som inte skulle ge upphov till sådana problem är att tillämpa pre-payment-principen också för småskaliga sjukvårdsföretag. Varje patient tecknar då, på samma sätt som tidigare beskrivits, ett "kontrakt" med företaget, i vilket det senare förbinder sig att ge vissa specificerade vårdtjänster om de skulle behövas. I gengäld förbinder sig patienten att överföra ett visst voucherbelopp på samma sätt som tidigare till företaget. Ett system snarlikt detta tillämpas faktiskt för öppenvården i England, där varje patient som använder National Health Service måste vara registrerad hos en allmänläkare som är skyldig att ge patienten erforderlig vård. All-

¹ Se diskussionen i Blomqvist [1979: s 30-31, 82]

² Se Luft [1978]

mämläkaren betalas i gengald av staten ett visst belopp per år för varje patient i sitt register. I Kanada pågår också ganska omfattande experiment med sk Health Service Organizations, som är snarlika de svenska vårdcentralerna och som också betalas en viss summa per år för varje patient som valt att registrera sig hos organisationen.

Ett problem som skulle kvarstå om man skulle tillåta patienter att försäkra sig vid småskaliga företag av den typ jag skisserat, är att de naturligtvis inte själva kan tillhandahålla sjukhusvård om patienten skulle behöva det. Återigen är flera olika lösningar tankbara. En metod vore att tilldela varje patient ett tvådelat voucher-belopp, en del för öppenvården och en del för sjukhusvård. Man skulle då kunna få till stånd konkurrens mellan olika öppenvårdsföretag även om de använde samma sjukhus. En nackdel med ett sådant system skulle emellertid vara att lakarna i öppenvården inte skulle ha något incitament att hålla totalkostnaderna nere genom att använda mindre sjukhustjänster. Som tidigare noterats är det just genom att hålla nere sjukhuskostnaderna som de amerikanska prepayment plans visat sig ekonomiska.

En alternativ lösning skulle vara att överföra patientens totala voucher-belopp till öppenvårdsföretaget, men i stället låta företaget betala sjukhusen direkt för de tjänster som dess patienter faktiskt använder. Riskerna för överanvändning av sjukhustjänster under ett fee-for-service-system är mycket mindre än i fallet för läkartjänster, eftersom sjukhusbehandling oftast äger rum på lakarens inrådan och inte initieras av sjukhuset. Mindre öppenvårdsföretag skulle kanske vara obenäga att teckna sådana "kontrakt", därför att de kunde riskera att ruineras om de hade oturen att få många patienter som skulle kräva ovanligt dyr sjukhusbehandling. Det problemet skulle i sin tur kunna lösas genom

återförsäkring, ungefär på samma sätt som de små lokala brandförsäkringsbolagen gör. Kombinationer av de båda metoderna skulle också vara tänkbara (se nedan).

Voucher-systemet och vårdkvaliteten

Det kan vara av intresse att observera att ett voucher-system som organiserades enligt ovan diskuterade riktlinjer på ett spontant sätt skulle kunna leda till ett åtminstone partiellt införande av ett system som livligt debatterats i Sverige under senare år, nämligen systemet med allmän huslakare. Om det verkligen förhåller sig så att de flesta patienter föredrar ett sådant system, och om kostnaderna för öppenvård enligt husläkarmodellen inte är alltför höga, så skulle ett voucher-system innebära starka incitament för lakare att erbjuda sig att teckna "öppenvårdskontrakt" med patienterna ungefär i enlighet med förslagen i husläkarreformen. De skulle ju på så sätt vinna patienter från andra öppenvårdsföretag, så att deras inkomster skulle tendera att stiga i jämförelse med andra lakares.

Det är också värt att påpeka i detta sammanhang att en sådan lösning mycket väl kan vara "effektiv" i nationalekonomisk mening, även om den skulle innebära att varje öppenvårdsläkare finge färre patienter (och lägre inkomst) än i det fall där öppenvården var organiserad i större enheter. Ett stordriftssystem, som kräver färre lakare, sanker kostnaderna för lakarutbildning. Men hänsyn måste tas också till stordriftens "gömda" kostnader. Så tex måste patienterna i genomsnitt resa längre väg för att få öppenvård om den är geografiskt koncentrerad i ett fåtal stora enheter. Som påpekats i debatten kan vårdkvaliteten bli lidande när det inte är kontinuitet i vården. Riskerna för feldiagnos eller felbehandling kan öka om patienten varje gång behandlas av en ny läkare som inte i detalj känner till hans tidigare häl-

sotillstånd eller den behandling han fått. Många patienter kanske helt enkelt värdesätter den personliga kontakt med läkaren som kan byggas upp under ett husläkarsystem. Fuchs hypotes är ju att ett av skälen till sjukvårdens expansion i industriländerna har varit ett behov att fylla det tomrum som uppstått i och med religionens minskade inflytande i det industrialiserade samhället. En husläkare kan ibland möta det behov av personlig rådgivning, "någon att tala ut med", som tidigare tillfredsställdes av prästen. I ett stordriftssystem där man inte kan få ut så mycket personlig kontakt med "sin" läkare, kan läkarna inte fylla den rollen. Längre och besvärligare resor, risk för försämrade vårdkvalitet, och minskad personlig kontakt med läkaren måste räknas som en del av kostnaderna för stordrift, även om de utgör "gömda" kostnader som inte direkt kan uttryckas i kronor och ören.

På samma sätt kan man förmoda att många läkare också föredrar ett system med mera kontinuitet och personlig kontakt med patienterna, om allt annat är lika. I den moderna träningen av allmänläkare betonas ofta vikten av att läkaren har en "helhetsbild" av patienten (dvs vet något om hans livsstil, tidigare sjukdomar, familjeförhållanden, osv). Detta skulle inte bara ge läkaren möjlighet att bättre anpassa sina behandlingsmetoder för varje patient, utan måste rimligtvis också gora hans arbete mera intressant och tillfredsställande än det skulle vara i ett stordriftssystem med kontakter övervägande av engångskaraktär.

Dessutom finns det säkert många läkare som skulle föredra att arbeta som "egna företagare", med allt vad det innebär, framför att vara anställda i en stor produktionsenhet med bunden arbetstid och flera regler för det sätt på vilket arbetet skall utföras. Återigen måste vi då räkna det som en gömd kostnad för stordrift om den innebär minskad tillfreds-

ställelse med arbetet för de läkare som producerar öppenvården. Men om hänsyn tas både till de direkta kostnaderna och de "gömda" kostnader som sålunda belastar både patienter och läkare i ett stordriftssystem så är det, som ovan antytts, inte alls omöjligt att en småskalig organisation byggd på "husläkarprincipen" i själva verket skulle vara mera effektiv (dvs ha lägre total kostnad) än ett stordriftssystem, åtminstone för vissa kategorier av patienter och läkare.³

Principen för en omorganisation

Även om det inte är möjligt att i förväg förutse alla problem som skulle kunna uppstå, så förefaller det ändå klart från den föregående beskrivningen att en omorganisation av sjukvårdssystemet enligt linjer som skulle innebära mera "marknadskontakt", konkurrens, och därmed effektivitet (i vid mening), skulle vara praktiskt möjlig och från administrationsteknisk synpunkt inte särskilt komplicerad. Det skulle ju dessutom inte alls röra sig om ett system baserat på oprövade teoretiska idéer; som vi ovan diskuterat har de har metoderna redan prövats och i många fall visat sig fungera bra i andra länder. Som Ståhl också påpekat är det inte heller ett reformförslag som skulle kräva nya resurser. De sjukhus, vårdcentraler och den utbildade personal som ett nytt system skulle kräva är ju redan tillgängliga. Dessutom existerar ett system för att få ihop de finansiella resurserna i form av landstingsskatten.

³ Eftersom de "gömda" kostnaderna vi diskuterat åtminstone delvis bygger på subjektiva värderingar som kan vara olika för olika människor, så finns det naturligtvis ingen anledning att vanta sig att samma organisationsform skulle vara "mest effektiv" för alla. En fördel med Ståhls voucher-system är att det skulle tillåta både små och stora organisationer att existera samtidigt, och därför ge enskilda patienter och läkare möjlighet att välja den typ som ter sig bäst för just dem.

Huvuddragen i en omorganisation som bygger på de principer jag diskuterat ovan kan nu sammanfattas på följande sätt.

(i) Bestäm genom särskilda studier för personer av olika ålder och kön och i olika landstingsdistrikt den genomsnittliga sjukvårdskostnaden för både öppen och sluten vård. Bestäm voucher-belopp för de båda vårdtyperna för olika patientkategorier.

(ii) Organisera existerande sjukhus och öppenvårdsproducenter som oberoende budgetenheter, dvs "sjukvårdsföretag". (Existerande privatpraktiserande allmänläkare betraktas som "öppenvårdsföretag" liksom också vårdcentraler.) Upprätta standardkontrakt som beskriver de tjänster för vilka de två typerna av företag skall ta ansvaret. Låt "öppenvårdsföretagen" förhandla med det (eller de) sjukhusföretag till vilket de vill vara anslutna om betalningsformerna för sjukhusvården.

(iii) Låt varje patient bestämma vilket "öppenvårdsföretag" han vill tillhöra. Överför sedan de båda voucher-beloppen till "öppenvårdsföretaget", som i sin tur registrerar patienten vid ett sjukhus och (helt eller delvis) överför slutenvårdsdelen av voucher-beloppet till sjukhuset.

Vem skall äga sjukvårdsföretagen?

Eftersom den direkta offentliga finansieringen av "sjukvårdsföretagen" upphör, blir de efter en sådan reform helt beroende av inkomsterna som överförs via patientens fria val i form av vouchers, och det är just genom detta faktum som de önskade tendenserna till kostnadsbesparingar och högre vårdstandard drivs fram. Men det är naturligtvis inte troligt att alla "sjukvårdsföretag" skulle vara lika framgångsrika i konkurrensen. Man kan vänta sig att vissa företag skulle gå med vinst (dvs mer än täcka sina kostnader) medan andra

skulle gå med förlust (i samma mening).

En viktig fråga är då naturligtvis hur man skulle disponera vinsterna respektive täcka förlusterna. Svaret beror på vem som skulle äga "sjukvårdsföretagen". Enligt min uppfattning finns det ingen direkt anledning att inte tillåta privat äganderätt. Man skulle då kunna vänta sig att många "öppenvårdsföretag" (och kanske också i vissa fall sjukhus) skulle komma att förvärfvas av de läkare och övrig vårdpersonal som arbetade vid dem. Vinsterna från effektivt bedrivna företag skulle då tillfalla dem, men de skulle också få bära förlusterna från de mindre effektiva. Eftersom kostnaderna och effektiviteten inom sjukvården i så hög grad beror på de beslut som fattas av läkarna förefaller det mig att en sådan incitamentsstruktur i själva verket skulle vara ganska naturlig i sammanhanget.

Man skulle kunna invända att en sådan lösning inte skulle vara acceptabel från fördelningssynpunkt, eller av rent etiska skäl, därför att den skulle ge vissa läkare möjlighet att "bli rika på bekostnad av sjuka människor". När man bedömer detta argument skall man emellertid komma ihåg att i den mån vinster från "sjukvårdsföretagen" tas ut i form av ökad disponibel inkomst för läkarna så beskattas de ju och skulle därför i stor utsträckning tillfalla det allmänna i alla fall. Om vinsterna i stället reinvesteras, så att de effektiva "sjukvårdsföretagen" expanderar, är det ju precis vad som skulle vara avsikten med en reform av den här typen. På grund av den konkurrens som uppstår mellan företagen skulle då effektivitetsvinsterna komma patienterna till godo i form av högre vårdstandard.

För de typer av sjukvårdstjänster där tillräcklig konkurrens inte uppkommer är argumenten till förmån för privat äganderätt naturligtvis mindre slagkraftiga. Som tidigare påpekats skulle det t ex

kunna bli fallet för sjukhustjänsterna på glesbygden, där det är orealistiskt att föreställa sig ett val mellan flera effektiva storskaliga sjukhus för en given patient. Man kunde därför tänka sig att dessa sjukhus fortfarande skulle ägas av landstingen, även efter en reform av den typ jag diskuterat. De skulle därför komma att fungera på ungefär samma sätt som de gör för närvarande, med den viktiga skillnaden att de inte skulle få sina inkomster direkt från landstinget utan indirekt genom att sälja sina tjänster till "öppenvårdsföretagen", antingen i form av "försäkringskontrakt" med dessa företag, eller också genom att ta betalt för de tjänster de faktiskt producerat. En viktig uppgift för sjukhusadministratörerna skulle därför bli att åstadkomma en realistisk premie- eller prissättning för olika tjänster, så att "öppenvårdsföretagen" får rättvisande signaler när de beslutar vilka tjänster de skall köpa, producera själva eller inte använda alls.

Sjukvårdssektorns storlek och sjukvårdstjänsternas värde

Den föregående diskussionen har framför allt rört frågan hur man skall få största möjliga samhällsekonomiska utbyte från en given mängd resurser som skall användas inom sjukvården. Den centrala frågeställningen i den artikel av Fuchs till vilken Ståhls inlägg är en kommentar, är emellertid litet annorlunda och handlar snarast om problemet vad som ytterst *bestämmer* den mängd resurser som används inom sjukvården i stället för produktion av andra varor och tjänster.

Frågeställningen är intressant och viktig av flera skäl. För det första har den andel av samhällets totala resurser som används i sjukvården vuxit mycket snabbt under de senaste trettio åren. För det andra finns det nu mer och mer forskningsresultat som tyder på att gränsproduktiviteten hos resurser i sjuk-

vården är ganska liten, nästan oavsett hur produktiviteten mätes (dödlighetsminskning, förbättrat hälsotillstånd enligt något slags index och dylikt). Detta är en av huvudpunkterna i Fuchs artikel.⁴ Men om det kostar så mycket och på marginalen ger så litet utbyte, varför minskar vi inte på sjukvården?

Hur bestäms sjukvårdens storlek?

I Sverige där huvuddelen av besluten om resursanvändningen i sjukvårdssektorn sedan länge fattats av landstingen, är den frågan ungefär liktydig med frågan varför väljarna inte röstat på landstingskandidater som utlovat sänkningar av utgifterna för sjukvårdssystemet med åtföljande möjligheter att sänka landstingsskatten. Många olika svar är tänkbara. Bland dem kan man emellertid urskilja två huvudvarianter.

Den ena är att alla väljare i stort sett är eniga om att det system vi nu har är någorlunda bra och av ungefär rätt storlek. Annorlunda uttryckt skulle det betyda att om sjukvårdskostnaderna inte bestreds av den offentliga sektorn utan i stället av privata försäkringar, så skulle folk i allmänhet välja att försäkra sig i ungefär samma utsträckning som de nu implicit är försäkrade genom den offentliga sjukvården, om premiekostnaderna för en sådan försäkring motsvarade de skattekostnader som kan hanföras till sjukvårdssystemet. Om det svaret är riktigt så har vi inget problem. Givet nuvarande teknologi så skulle de flesta, om de hade den möjligheten, välja ett sjukvårdssystem som liknade det nuvarande, även om de skulle få betala sin proportionella del av den totala kostnaden. Fuchs paradox skulle då få förklaras av bristande precision i våra produktivetsmätningar; även om nationalekonomer uppfattar gränsproduktiviteten som ganska låg, givet deras mätningssme-

⁴ Se också uppsatserna i Knowles [1977].

toder, så uppfattas den av väljarna som tillräckligt hög för att motivera gränskostnaden.

Den andra varianten bygger i stället på idén att den politiska mekanismen är trög och endast mycket ofullständig svarar på folks värderingar av de offentliga tjänsterna i en speciell sektor som sjukvården, att den ger väljarna mycket ofullständig information om de totala kostnaderna (och ännu mindre om gränskostnaderna) för systemet, och att den ger för stort utrymme för sjukvårdssystemets byråkrater och producenter att hävda sitt egenintresse på skattebetalarnas bekostnad. Om det svaret är riktigt, så skulle det alls inte vara omöjligt att vi använder för mycket resurser inom sjukvården i förhållande till individernas värdering av dess gränsproduktivitet. Om de hade ett val så skulle många människor, kanske majoriteten, välja sjukförsäkringar som vore mindre omfattande än den implicita försäkring de nu har, givet den kostnadsbesparing som de då kunde åtnjuta.

Så länge individerna faktiskt inte har något val av den här typen så är det naturligtvis svårt att veta hur de skulle välja och därigenom också att veta hur högt de sjukvårdstjänster som nu erbjuds verkligen värderas. Alternativet att faktiskt ge folk en möjlighet att själva välja formen och omfattningen av sin egen sjukförsäkring har inte på allvar diskuterats i Sverige, såvitt jag förstår framför allt av två slags skäl. Det första har med *inkomstfördelning* att göra: de sämst ställda i samhället skulle inte ha råd *med sina nuvarande inkomster* att försäkra sig i den omfattning de nu är försäkrade. I händelse av sjukdom skulle de därför tvingas acceptera en betydligt lägre vårdstandard än de nu har tillgång till. Å andra sidan är det svårt att tänka sig att samhället skulle acceptera att en svårt sjuk individ nekades behandling bara därför att han underlåtit att försäkra sig av

en eller annan anledning. Om behandling ändå ges på samhällets bekostnad innebär det i praktiken att oförsäkrade individer exploaterar resten av samhället (den engelska termen för detta är "free-rider"-problemet).

Den andra typen av invändning hänger samman med förekomsten av *premie-diskriminering* i privata försäkringssystem: premien för försäkring av given omfattning skulle variera inte bara med försäkringstagarens ålder och kön, utan också med andra faktorer som t ex tidigare sjukdomar. Sådana skillnader kanske anses oacceptabla, återigen av inkomstfördelningsskäl.

Frivillig sjukförsäkring och inkomstfördelning

Jag delar personligen uppfattningen att en lösning av inkomstfördelningsproblemet måste vara en förutsättning för att man på allvar skall kunna diskutera en reform av sjukförsäkringssystemet som innebär att individen ges mera valfrihet när det gäller hur och i vilken utsträckning han vill vara försäkrad. Enligt min mening är det emellertid möjligt att åstadkomma en sådan lösning genom ett modifierat system med vouchers av den typ som tidigare diskuterats. Grundprincipen skulle fortfarande vara att varje person tilldelades en voucher. Systemet skulle emellertid kunna innehålla en ökad valfrihet för patienterna om man tillät dem att *behålla en begränsad del av voucher-beloppet om de valt en billigare form av försäkringsskydd*.

Det är viktigt att lägga märke till det faktum att om systemet utformas på detta sätt, kan det inte rimligtvis sägas innebära en försämring för låginkomsttagare eller de sämst ställda i samhället. Om voucher-beloppet bestämde på basis av vad det genomsnittligt kostar att ge en person i en viss ålder sjukvårdstjänster motsvarande den standard som i dag råder i systemet, så skulle ju det belopp-

pet räcka till en försäkring som garanterade tjänster av minst den kvaliteten. Om ökad konkurrens skulle komma att leda till högre effektivitet i produktionen av vårdtjänster skulle en person som valde att använda hela sitt voucher-belopp till sjukförsäkring faktiskt kunna bli garanterad vård av *högre* standard än han i dag får, utan extra kostnad för honom själv.

Att en del människor i en sådan situation snarare skulle *välja* att försäkra sig i något mindre utsträckning, och i gengäld behålla en del av voucher-beloppet, är en annan sak, och i allmänhet förefaller det mig litet svårt att hävda att en person (tex en låginkomsttagare) *missgynnas* genom att erbjudas ett val av ett nytt alternativ *utöver* de han ursprungligen hade. Men sjukvården är ju ändå ett litet speciellt fall, bl a genom svårigheten för en lekman att få god information om konsekvenserna av ett visst val och också genom free rider-problemet, som berörts ovan. Av dessa och andra skäl är nog de flesta ense om behovet av vissa begränsningar i de valmöjligheter som människorna bör erbjudas när det gäller sjukförsäkring och sjukvård.

Vilka valmöjligheter skulle man praktiskt kunna tänka sig att individen kunde erbjudas om systemet kom att omorganiseras enligt de här riktlinjerna?

En av de viktigaste, enligt min åsikt, skulle vara frihet för individen att välja det "sjukvårdsföretag" som kunde ge den billigaste försäkringen för de tjänster som föreskrivs i "standardkontraktet" (se ovan) och behålla skillnaden mellan voucher-beloppet och den faktiska premien. Individernas egna val skulle då indirekt avgöra om eventuella produktivitetssökningar i vårdsektorn skulle komma att tas ut i form av högre sjukvårdsstandard eller lägre kostnader för en given standard.

En annan möjlighet vore att tillåta de individer som så skulle önska att välja

försäkringar som i vissa avseenden skulle inskränka det skydd som föreskrevs i "standardkontraktet". En sådan inskränkning skulle tex motsvara möjligheten att acceptera en viss självrisk. Som Ståhl påpekar måste man vara försiktig när man formulerar ett självrisksystem. Han beskriver vissa icke önskvärda styrningseffekter som kan uppkomma tex när självrisken bara gäller viss slags behandling. Han hänvisar också till den asymmetriska förhandlingssituation som föreligger mellan patient och läkare och drar den slutsatsen att ett självrisksystem "knappast kommer att införas."

Vad man emellertid måste komma ihåg är att Ståhl talar om ett system där *alla* individer skulle tilldelas kontrakt med självrisk. I det system jag beskriver kan individerna själva avgöra om de vill ha försäkring med eller utan självrisk, givet den skillnad i premiekostnad man skulle få förvänta sig mellan sådana kontrakt. Invändningarna mot principen kan då synas väga mindre tungt.

Man skulle slutligen också kunna tänka sig andra mera speciella inskränkningar i försäkringsskyddet som kunde anses "acceptabla", som tex försäkringar som inte täckte kostnaderna för fardtjänst. Jag använder detta bara som ett exempel på en sjukvårdstjänst som inte kan karakteriseras som en från medicinsk synpunkt oundgänglig del av behandlingen av sjuka människor, och det finns säkert andra exempel. Ytterst blir det naturligtvis en politisk värderingsfråga vilka tjänster en individ skall ha rätt att utesluta ur sitt "försäkringskontrakt" och detta är inte platsen att närmare granska den frågan. Huvudpoängen är i alla fall att det förtjänar att övervägas om det verkligen ligger i samhällets intresse att kräva att alla individer i samhället måste vara försäkrade enligt precis samma "kontrakt".

Frivillig sjukförsäkring och premiediskriminering

Den andra typen av invändning mot att ge individer och "sjukvårdsföretag" möjlighet att frivilligt sluta avtal om formen och priset för individens försäkringsskydd är att vissa individer, tex de som är kroniskt sjuka eller tidigare varit mycket sjuka, skulle finna det svårt och dyrt att sluta sådana avtal. Den enklaste lösningen på det problemet skulle förmodligen vara att helt enkelt inte ge företagen rätt att neka försäkring enligt "standardavtalet" om hela voucher-beloppet för en viss patient överföres till företaget.

Som en ytterligare "säkerhetsventil" skulle jag också vilja förorda ett system där tex ansvaret för kostnaderna för vård av kroniskt sjuka patienter som kräver kontinuerlig vård, eller för patienter med exceptionellt långvariga sjukdomar med dyr behandling, skulle övertas direkt av den offentliga sektorn (kostnaderna för de sjukhustjänster som sådana patienter krävde skulle betalas direkt av staten till sjukhusen om de tex översteg ett visst belopp per patient och år). Detta förfaringsätt skulle naturligtvis utgöra ett avsteg från de principer som ligger till grund för diskussionen i övrigt, men kan motiveras med att det skulle röra sig om ett relativt litet antal patienter för vilka incitamentstrukturen inte är så viktig därför att inga egentliga valmöjligheter existerar när det gäller försäkringsskydd och behandlingsmetoder.

Det kan också vara värt att notera att problemet med "orättvisor" fororsakade av premiediskriminering framst uppkommer när den svarar mot risker som inte beror på patientens eget handlande. I den aktuella debatten om sjukvården har man ägnat mer och mer uppmärksamhet åt det faktum att många patienter som representerar "dåliga" försäkringsrisker, har kommit i den situationen genom eget förvållande, tex genom alko-

holmissbruk, rökning, dåliga matvanor, eller för litet motion⁵. I den mån premiestrukturen i sjukförsäkringssystemet leder till diskriminering (med andra ord högre premier) mot dem som genom eget handlande ökat sina risker, skulle diskriminering snarare kunna tyckas vara en fördel. Men argumentet skall kanske inte hårdas; det förutsätter ju att individerna i någon mån kan kontrollera sitt eget "missbruk". Om vi i stället tror att tex alkoholister har blivit det därför att de var predestinerade till det, blir det främst en rättvisefråga att hjälpa dem. Ytterst blir detta återigen ett värderingsproblem. Man kan emellertid påpeka att eftersom vi motiverar höga skatter på sprit och tobak med möjligheten att nedbringa missbruket, så skulle kanske samma resonemang också kunna tillämpas på sjukförsäkringspremier.

Vi förlorar inte på att införa systemet

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det verkar vara möjligt att utforma ett tämligen enkelt voucher-system inom vilket sjukvårdsproduktionens omfattning till stor del skulle komma att avgöras av individernas värdering av dess gränsproduktivitet. Detta kan åstadkommas på ett sätt som inte strider mot grundtankar på vilket vårt nuvarande system bygger, nämligen att alla människor, oavsett inkomst eller nuvarande hälsa, skall ha råd att skaffa sig den trygghet som ligger i att vara garanterad en tillfredsställande vårdstandard vid sjukdom. Om det skulle vara sant att flertalet människor är nöjda med det system vi nu har givet vad det kostar, så skulle voucher-systemet helt enkelt leda till att de frivilligt valde försäkringar av en omfattning som motsvarade den vi nu har, fast den är implicit och skattefinan-

⁵ Se tex Lalonde [1975].

sierad. I så fall skulle ju ingenting ha förlorats. Om många människor i stället skulle välja billigare vårdformer och mindre vidsträckt försäkring, skulle resultatet bli en överföring av resurser från sjukvårdssektorn till produktion av andra varor och tjänster som individerna värderar högre, vilket uppenbarligen skulle vara en samhällsekonomisk vinst.

Referenser

Blomqvist, Å G., [1979], *The Health Care Business: International Evidence on Private vs Pub-*

- lic Health Care Systems*, The Fraser Institute, Vancouver
- Fuchs, V R., [1979], "Sjukvårdens ekonomi i det hogindustrialiserade samhället", *Ekonomisk Debatt*, årg 7, nr 7
- Knowles, J H., (ed) [1977], *Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States*, Norton, New York
- Lalonde, M., [1975], *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*, Information Canada, Ottawa
- Luft, H S., [1978], "How Do Health Maintenance Organizations Achieve their Savings: Rhetoric and Evidence", *New England Journal of Medicine*, Vol 298, No 24, s 1336-1343
- Ståhl, I., [1979], "Sjukvården - problem och lösningar", *Ekonomisk Debatt*, årg 7, nr 7.