

Kvalitet eller kvantitet i sjukvården?

Flera landsting i Sverige har nyligen infört ett system där sjukhusens kliniker får betalt efter kostnad för behandlingen. Detta har lett till uppenbara positiva effekter på resursanvändningen i sjukvårdssektorn; köerna har minskat och i många fall helt försvunnit. Det visar att stora rationaliseringsvinster fanns att hämta i sjukvården och man ser positivt på systemets användning i framtiden. Men det finns ett problem. Kompensation efter kvantitet leder som vi har sett till bättre resursutnyttjande när det finns en kö av patienter som väntar på att få bli behandlade. Men när köerna väl är avbetade kan samma kompensationsystem få helt andra effekter. Orsaken till detta finns hos de faktorer som bestämmer efterfrågan på sjukvård. Vi konsumerar sjukvårdstjänster inte för deras värde i sig (de flesta brukar enas om att det inte är något nöje att ligga på sjukhus) utan för att bli friska, eller fortsätta att vara friska. Vi behöver de medicinska experterna inte bara för att utföra behandlingen utan också för att ställa diagnos. Om nu den medicinske experten som ställer diagnos görs identisk med den som får betalt för behandlingen, ges incitament att rekommendera fler behandlingar och utredningar, just för att få möjlighet att genomföra fler. I utgångsläget med efterfrågeöverskott fanns inte dessa incitament, då fanns en kö av redan rekommenderade behandlingar.

I Sverige används 9 procent av brutonationalprodukten till hälso- och

sjukvård, i USA används 12 procent. Till det kommer att BNP per capita är högre i USA. Hur ska dessa siffror utvärderas? Om man utgår från att Sverige och USA i övrigt är relativt lika, skulle man vänta sig att den högre sjukvårdsförbrukningen per capita i USA skulle leda till en högre hälsolivnivå. Vi jämför med två mått på hälsolivnivå, spädbarnsdödlighet och förväntad livslängd i olika ålderskategorier (Tabell 1 och Tabell 2). Hälso- och sjukvården påverkar dessa tal dels direkt, dels indirekt eftersom ett bättre allmänt hälsotillstånd hos befolkningen minskar antalet komplikationer i form av sjukdomar (exempel på

Tabell 1 Spädbarnsdödlighet per 1 000 födslar (1988).

Sverige	5,8
USA	10,0
Frankrike	7,8
Storbritannien	9,0

Tabell 2 Förväntad återstående livslängd för olika kön och åldrar (Storbritannien 1986-89, övriga 1988).

Ålder		0	20	40	60
Sverige	M	74	55	36	19
	K	80	61	41	23
USA	M	72	53	35	18
	K	78	59	40	23
Frankrike	M	72	54	35	19
	K	80	61	42	24
Storbritannien	M	72	53	34	17
	K	78	59	39	21

sådana förebyggande åtgärder är vaccinering, eller AD-vitamintillskott till barn under den mörka årstiden). I tabellerna har Frankrike och Storbritannien tagits med som jämförelse (siffrorna från *UN 1990 Demographic Yearbook*).

Vi kan se att Sverige ligger bättre till än USA vad gäller båda dessa grova mått på sjukvårdens produktion. Alltså kan vi inte här hitta en uppenbar förklaring till skillnaden i sjukvårdskostnader.

I USA finns de som anser att de höga sjukvårdskostnaderna åtminstone delvis beror på incitamentsstrukturen inom sjukvården, det vill säga med betalning till läkare och sjukhus i enlighet med kostnaden för den utförda behandlingen. Det är värt att notera att om detta stämmer är det trots att inslaget av egenavgifter i de privata sjukförsäkringarna är betydande. Dessutom har de försäkringsbolag som står för utläggerna anledning att hålla nere kostnaderna och kan anlita medicinsk expertis för att granska utbetalningskraven.

Hur kan man vänta sig att ett system av amerikansk modell vad gäller ersättningen till sjukvårdsproducenter skulle fungera om det kom att användas permanent i Sverige? Detta beror delvis på hur sjukvårdssystemet i övrigt finansieras, man diskuterar för närvarande olika lösningar vad gäller patientavgifter, grad av försäkring och privatisering. Dessa faktorer påverkar säkert konsumenternas efterfrågan på sjukvård, men man kan fråga sig om inte de medicinska experternas rekommendationer om utredningar och behandlingar kan ha ett väl så starkt inflytande på sjukvårdsefterfrågan.

Finansieringen av sjukvården och betalningen till sjukvårdsproducen-

terna kan i princip utformas beroende av varandra, och man bör inte bortse från incitament för sjukvårdsproducenterna att rekommendera mer vård än nöden, eller god medicinsk etik, kräver. Speciellt problematiska i detta avseende är situationer där en billigare åtgärd, kanske av förebyggande karaktär, är mer effektiv än en dyrare, som operation eller annan behandling när en komplikation väl uppstått.

Frågan är hur ersättningen till sjukvårdsproducenterna bäst kan utformas. De hastigt eliminerade köerna visar ju att det fanns stora effektivitetsvinster att göra i sjukvården, och att ersättningsmetoden har stor betydelse. Ett grundläggande problem är att mäta kvaliteten i vården; det är just denna svårighet som gör att kostnaden kommit att användas som produktionsmått och därmed det som ersättningen till producenten baseras på, vilket bidragit till den kostnadsexplosion vi sett i USA. Inom hälsoekonomi pågår utveckling av metoder att mäta resultat av sjuk- och hälsovård med utgångspunkt från begreppet livskvalitet. Här försöker man väga ihop hälsoförbättringar i form av ökad förväntad livslängd med ett kvalitetsmått som beror på både grad av fysiskt välbefinnande/obehag och rörlighet, där rörlighet inbegriper förmågan att kunna arbeta, laga mat, passa barn, kommunicera, osv. Uppenbarligen är denna typ av mått svårt att konstruera, men det förefaller ändå meningsfullt att på så sätt försöka skapa ett redskap för att mäta sjukvårdens prestationer i termer som bättre överensstämmer med det vi vill ha ut av den.

ASTRIMUREN