

Bokanmälningar

SNS-projektet om sjukvården i Sverige: En översikt*

Den serie böcker om sjukvården som SNS (Studieförbundet Näringsliv och Samhälle) publicerat mellan 1991 och 1995 utgör ett värdefullt bidrag till debatten om vårdreformer i Sverige. Man förmodar att redaktörsteamet Göran Arvidsson ("projektledare") och Bengt Jönsson ("vetenskaplig rådgivare") är de som fattat de huvudsakliga besluten om seriens innehåll, och som sett till att bidragen hållit hög standard beträffande läsbarhet. De har lyckats bra i bägge dessa avseenden. Projektet har uppmärksammats i utlandet, och tilldelades år 1994 European Health Care Management Associations pris (Baxterpriset) för "föredömliga ... bidrag till förbättrad administration av sjukvården i Europa"; priskommittén noterade speciellt hur "villigheten att ta lärdom av utländska erfarenheter och expertopinionen lett till en utmärkt kombination av bidrag till både vetenskap och praktisk politik" (min översättning).

I den följande diskussionen indelar jag de tolv publikationer som hittills kommit ut, i fem undergrupper: (1) en internationell bakgrund till svenska vårdreformer; (2) valfrihet, konkurrens, och patientavgifter som styrmedel i vården; (3) speciella aspekter på vårdreformer i Sverige under de senaste åren (finansiering och styrning av den slutna vården, den privata

sektorns roll); (4) tandvårdens organisation; och (5) finansiering och ekonomisk utvärdering av läkemedel, och prioritering inom sjukvården i allmänhet.

Vårdreformer: En internationell bakgrund

Den första volymen i denna grupp, *Sjukvården i andra länder* (Arvidsson & Jönsson (red), [1991]), innehåller uppsatser om sjukvårdssystemen i Storbritannien, Kanada, Tyskland, Holland, Schweiz, USA, och Japan, av författare knutna till Tema hälsa vid Linköpings universitet, samt en sammanfattande uppsats av Bengt Jönsson. Uppsatserna utgör tillsammans ett rikt material. Jämförelser mellan länderna underlättas av att de är organiserade enligt en mer eller mindre gemensam modell, med avsnitt om: vårdens finansiering; sjukhusens respektive den öppna läkarvårdens (eller primärvårdens) organisation; kostnadskontroll och vårdutnyttjande; äldreomsorgen; och mekanismer för styrning och ledning av systemet.

Den andra volymen i gruppen, *Svensk sjukvård: Bäst i världen?* publicerades

* En något längre version av denna recension publiceras hösten 1996 som en del av SNS-projektets slutrapport.

1992, och innehåller en serie uppsatser av fem välkända hälsoekonomer från andra länder som förmedlar sina intryck av det svenska systemet och dess problem. Efter som varje författares tolkning präglas av erfarenheterna i det egna landet, kan uppsatserna i praktiken också ses som jämförelser mellan Sverige och systemen i fem av de länder som studerades i *Sjukvården i andra länder*: Storbritannien (Tony Culyer), Kanada (Robert Evans), Tyskland (J-Matthias Graf von der Schulenberg), Holland (Wynand van de Ven), och USA (Burton Weisbrod).

Vilka är de viktigaste skillnaderna man kan urskilja i en internationell jämförelse av världens organisation? En indelningsgrund som Jönsson understryker i sin sammanfattande uppsats är mellan i huvudsak skattefinansierade system (Storbritannien, Kanada), och de som i hög grad finansieras genom någon typ av försäkring (de övriga i referensgruppen). Distinktionen mellan dessa typer kan emellertid ibland bli något godtycklig, tex om de flesta medborgare bara har tillgång till en enda försäkringsplan och finansiering sker genom en premie som tas ut som en enhetlig arbetsgivaravgift. Skillnaden är större om man talar om försäkringsfinansierade system med någon grad av valfrihet beträffande försäkringens form och kostnad. Förutom i USA, där en viss grad av valfrihet existerar även inom ramen för den offentliga Medicare-planen (för pensionärer), finns sådan valfrihet för närvarande bara för personer med inkomst över en viss gräns i Holland och Tyskland.¹

Ett av de intressantaste reformexperimenten inom sjukvården är det som för närvarande pågår i Holland. Grundvalen för den holländska reformen är möjligheten för alla medborgare att välja mellan ett antal konkurrerande försäkringsplaner, organiserade ungefär som amerikanska Preferred Provider Organizations (PPO). Det holländska reformexperimentet finns väl beskrivet, dels i Lena Finnströms kapitel i *Sjukvården i andra länder*, dels i van de

Vens uppsats i *Svensk sjukvård* Det stora problemet med denna form av konkurrens (som också skulle ha utgjort grundvalen för det amerikanska systemet om Clinton-planen hade genomförts) är risken för sk "gräddskumning": att de konkurrerande försäkringsplanerna skulle komma att inrikta sin marknadsföring på de personer som av olika anledningar har låg risk för sjukdom (dvs, de med de minsta behoven av sjukvård). I den holländska planen försöker man motverka detta genom att ge större offentliga premiesubventioner för personer i högriskgrupper (tex äldre personer, eller personer som tidigare varit svårt sjuka). I vad mån detta löser problemet är svårt att säga, och många följer nu därför det holländska experimentet med stort intresse för att se vad svaret blir.²

En annan viktig skillnad mellan de olika systemen har att göra med patienternas frihet att välja vårdgivare inom ramen för den offentliga försäkringen. Beträffande primärvården kan man säga att alla länder i referensgruppen har en högre grad av valfrihet än som fanns i det tidigare svenska systemet när varje person var hänvisad till en given vårdcentral. Med avseende på sjukhus- och specialistvård begränsas patienternas valfrihet i alla systemen (liksom i Sverige) åtminstone i någon mån av remisskrav (dvs den offentliga planen täcker bara kostnaderna för sådan vård om patienten fått remiss från primärvården). Under den holländska reformplanen (liksom i amerikanska PPOs) begränsas patienternas valfrihet också i den meningen att de bara kan söka behandling hos

¹ Privata försäkringar existerar också i Storbritannien, men eftersom alla medborgare automatiskt är försäkrade i det skattefinansierade systemet (liksom i Sverige) är det i praktiken bara personer med höga inkomster som är beredda att teckna sådana försäkringar "ovanpå" den offentliga.

² Se, tex van de Ven & van Vliet [1992] och Matsaganis & Glennerster [1994].

vårdgivare (läkare, vårdcentraler, sjukhus) med vilka deras plan har vårdkontrakt. Sådana begränsningar är uppenbarligen en nackdel ur patientens synvinkel, men de kan ses som ett nödvändigt medel för att förbättra försäkringsgivarens förmåga att kontrollera vårdens kostnader när de förhandlar om vårdkontrakt med producenterna.

Som redan nämnts kan uppsatserna i *Svensk sjukvård ... i viss mån betraktas som ett komplement till Sjukvården i andra länder*. Förutom uppsatsen av van de Ven är Culyers inledning, och hans diskussion av den svenska vården, speciellt läsvärda. Jag skulle dock gärna ha sett en systematisk framställning av de brittiska reformplanerna, som kan sägas utgöra prototypen för modellen med en enda försäkringsplan men med skilt ansvar för finansieringen och produktionen av vård (beställar/utförarmodellen, i svensk terminologi). Robert Evans bidrag är, som vanligt, välskrivet och insiktsfullt; den statistik han citerar beträffande betydelsen av allt dyrare behandlingsmetoder, framförallt för mycket gamla patienter, och hur denna utveckling ökar behovet av systematisk teknologivärdering och prioriteringsmetoder, är tankeväckande. Hans kritiska attityd mot allt som har med amerikansk sjukvård och patientavgifter att göra förefaller mig emellertid ibland överdriven, och hans häftiga attacker mot neoklassisk nationalekonomi gränsar till karikatyr.

Vårdreformer: Styrmedel och modeller

I den grupp studier som behandlar alternativa ansatser till vårdreformer i Sverige ingår *Valfrihet och konkurrens i sjukvården* (Arvidsson & Jönsson (red), [1991]). Volymen inleds med en serie uppsatser i vilka fyra forskare (Ernst Jonsson, Lennart Hansson, Bengt Jönsson, och Casten von Otter) diskuterar olika former av marknader och konkurrens som har använts, eller

skulle kunna användas, inom offentlig produktion i allmänhet och sjukvården i synnerhet. Jag fann Hanssons diskussion av beställar-utförarmodellen med internmarknader som "ett konkurrenskraftigt alternativ till mera renodlade marknadslösningar", speciellt balanserad och intressant. Jönssons korta uppsats om "styrd konkurrens" kan ses som en föregångare till expertrapporten till HSU 2000-kommittén. Den andra delen av studien består av fyra beskrivningar av de olika försök till vårdreformer som, då boken publicerades, just hade påbörjats i Dalarna, Bohuslän, Stockholm, och Malmöhus län. Dessutom ingår en jämförande sammanfattning av Arvidsson och Jönsson i vilken de identifierar många av de frågor som senare kom i förgrunden allteftersom reformprocessen fortsatte i dessa och andra lands-ting.

Richard Saltmans studie, *Patientmakt över vården* [1992] börjar med ett långt och informativt kapitel där han beskriver patienternas valmöjligheter inom sjukvården i Danmark, Finland, Storbritannien, Tyskland, Holland, och Frankrike; kapitlet kan också ses som en kompakt (och välskrivet) jämförelse av sjukvårdens organisation i allmänhet i dessa länder. Mycket av innehållet i resten av boken handlar implicit om vad Saltman ser som hotet mot "patientmakten" från kontraktbaserade modeller för vårdens organisation. Enligt Saltman visar de amerikanska erfarenheterna av denna modell (i form av Health Maintenance Organizations eller PPOs) att patienterna blir lidande (vårdens kvalitet försämras). Orsaken till detta är att modellen innebär en omfördelning av "makten" från patienter till grupper som tex försäkringsadministratörer och tjänstemän inom sjukhusens ledning. Han varnar för att man kan befara samma problem när "kontraktbaserade modeller lånade från USA" införs i offentligt finansierade system, ett fenomen som han karaktäriserar som "idémässigt egendomligt" (s 43).

Saltman har naturligtvis rätt när han ob-

serverar att vårdkontrakten i ett beställarutförsarsystem ofta innebär en viss grad av begränsning i patienternas valfrihet. Som redan observerats existerar emellertid begränsningar av detta slag för att underlätta beställarnas uppgift att förhandla sig fram till vårdkontrakt som tar hänsyn både till vårdens kvalitet och dess kostnader. Beställarna måste ha rätt att inte skriva kontrakt med vårdgivare som inte erbjuder rimliga villkor. Om de inte har denna rätt (därför att patienterna måste kunna söka vård från vilken vårdgivare de än väljer), fungerar inte systemet: Det blir inte möjligt att kontrollera totalkostnaderna. Saltmans analys verkar ha missat denna poäng: Det finns ingen ordentlig diskussion om kostnadskontroll och resursproduktivitet någonstans i hans studie.

Innehållet i Lars Söderströms *Hur skall sjukvården betalas?* (publicerad 1991 som den första boken i SNS-serien) kontrasterar skarpt mot den negativa attityd som tex Robert Evans har beträffande patientavgifternas roll i sjukvården. (Evans har beskrivit patientavgifter som "en cynisk skatt på sjuka människor".) Under det nuvarande svenska systemet bekostas mer än 90 procent av de totala vårdkostnaderna med skattemedel. Söderströms diskussion utmynnar i en plan som skulle innebära att den skattefinansierade andelen minskades till 50 procent. Patientavgifternas andel skulle öka till 30 procent, främst genom att varje medborgare (eller familj) skulle bli skyldig att betala hela kostnaden för sin sjukvård så länge denna var mindre än 10 procent av inkomsten. Om man tar hänsyn till de effektivitetsförluster som beskattningen ger upphov till (sk *dead-weight loss* eller, på svenska, marginell dödviktskostnad) skulle en sådan reform kunna ge en nettobesparing på 1,25 procent av BNP (Söderströms räkneexempel på s 57).

Principen att den marginella samhälls-ekonomiska kostnaden för en krona i offentliga utgifter är högre än en krona är naturligtvis riktig. Precis *hur mycket* högre är emellertid högst osäkert, och Söderströms

räkneexempel kan också ifrågasättas i andra avseenden. För det första, är det realistiskt att anta att det samhälls-ekonomiska värdet av den vård som inte skulle produceras vid högre patientavgifter, är "försumbart" (s 65)? För det andra, är det förenligt med svenska begrepp om rättvisa att acceptera att personer med stort behov av vård skall tvingas betala så mycket som 10 procent av sin årliga inkomst för sjukvård ur egen ficka? För det tredje, är det egentligen någon större skillnad mellan ett skattefinansierat högkostnadsskydd, och ett högkostnadsskydd i form av en obligatorisk privat försäkring? Är inte en sådan försäkring i realiteten likvärdig med en (regressiv) skatt? Om svaren på dessa frågor skiljer sig från vad Söderström antagit skulle beräkningarna av de samhälls-ekonomiska vinsterna från en högre grad av avgiftsfinansiering kunna se dramatiskt annorlunda ut; de skulle t o m kunna vara negativa, som Evans menar.

Vårdreformer: Speciella aspekter

Anders Anells *Sjukhusens kontrakt: Från anslag till intäkter* [1994] diskuterar styrmedel inom den slutna vården. Kapitel 3 och 4 ger exempel på modeller som använts för att skilja på beställar- och utförfunktionerna i olika landsting, vilka kontraktsformer som använts, och effekterna av ökad valfrihet för patienterna inom slutenvården. I stor utsträckning kan framställningen tolkas som en vidare analys av den konflikt mellan målsättningarna att ge patienterna valfrihet å ena sidan, och att kontrollera totalkostnaderna å den andra, som omnämnts ovan.

Ett system med "blockkontrakt", där landstinget ger sjukhuset en klumpsumma i utbyte mot ett generellt åtagande att producera olika slags vård för de patienter som söker den har fördelen att det ger beställarna full kontroll över vårdens totalkostnader (på samma sätt som en årlig rambudget), medan olika former av pres-

tationsersättning, som tex i ett DRG-system, inte gör det. Anells förslag att det bästa systemet kanske är ett där en del av betalningen sker i form av ett blockkontrakt medan en annan del baseras på prestationsersättning, förefaller förnuftigt. Sådana blandade system existerar redan i tex Bohuslän, Stockholm och Sörmland.

Anell diskuterar också resultaten av empirisk forskning från USA, Norge, och Storbritannien, beträffande effekterna av olika betalningssystem på vårdens kvalitet och kostnader. Fallet Storbritannien är speciellt intressant på grund av dess experiment med ett modifierat "grindvaktssystem" under vilket vissa primärvårdsläkare har ett ekonomiskt incitament att begränsa den specialist- och sjukhusvård deras patienter använder. Hans slutsatser, som jag tolkar dem, är (1) att det inte verkar som om vårdens kvalitet blivit lidande i någon större utsträckning i system där incitament att sänka vårdens kostnader har införts, och (2) att det brittiska experimentet med ökad primärvårdsstyrning av sjukhusvården givit större effekter än väntat. Mot bakgrunden av den senare slutsatsen fann jag det något förvånande att Anell, i det avslutande kapitlet, ställer sig kritisk till ett system där beställarfunktionen inom landstingen decentraliseras (tex genom primärvårdsstyrning). Hans motivering är dels att primärvårdsstyrning tenderar att minska patienternas valfrihet (à la Saltman), dels att en decentralisering försvagar beställarnas förhandlingsstyrka och också tenderar att öka administrationskostnaderna. Motivet att sänka administrationskostnaderna är också delvis skälet till att Anell förordar att sjukhusen, inte kliniker (basenheter), skall vara beställarnas motpart i kontraktsförhandlingarna.

Den andra boken i denna grupp, *Privata aktörer i svensk sjukvård* av Clas Rehnberg och Peter Garpenby [1995], är relativt lång, delvis därför att det ingår ganska mycket jämförande internationellt och historiskt material, och dessutom ett antal intervjuer, med politiker, tjänstemän, och

företrädare för några av de försäkrings- och sjukvårdsföretag som deltagit i SNS-projektets finansiering.

I internationella jämförelser av den privata sektorns betydelse i vården är det viktigt att skilja mellan finansieringsfunktionen och producentfunktionen. På finansieringssidan är variabler som patientavgifter och privata försäkringar avgörande; på produktionssidan, faktorer som läkarnas anställningsformer och vem som formellt äger sjukhusen. Rehnberg och Garpenby visar att den privata andelen är relativt liten i Sverige i båda dessa avseenden, men speciellt på produktionssidan: Privatpraktiserande läkare och tandläkare, och privatägda sjukhus, spelar en mindre roll i Sverige än i de flesta andra länder.³

Resultat från empirisk forskning om skillnader i effektivitet mellan privat och offentlig produktion, både från Sverige och från USA, diskuteras kort i boken. De studier som beskrivs tyder på att konkurrens mellan privata producenter om patienter vilkas vård betalas av en tredjepartsfinansierare inte befrämjar effektivitet inom vården, medan konkurrens om "selektiva" vårdkontrakt med (privata eller offentliga) beställare/försäkringsbolag förefaller mera verkningsfull. Observera att detta kan ses som ännu en manifestation av den fundamentala konflikten mellan valfrihet och kostnadskontroll som diskuterats ovan.

Den privata sektorns roll har varit en central fråga i två av de mest problematiska sjukvårdspolitiska initiativen i Sverige på senare år: Husläkarreformen och införandet av fri etableringsrätt för specialistläkare i öppenvården. Som Rehnberg och Garpenby förklarar innebar den senare reformen en risk att landstingens förmåga att kontrollera vårdens totalkost-

³ De privata sjukvårdsförsäkringarna i Sverige ägnas ett helt kapitel, men Rehnberg och Garpenby observerar att de för närvarande inte står för mer än 0,2-0,3 procent av de totala kostnaderna för sjukvården (s 103).

nad försvagades (eftersom fri etableringsrätt för försäkringsanslutna specialister innebär att de inte behöver förhandla om kontrakt med landstingen). Det är därför inte svårt att förstå varför landstingen motsatte sig denna reform (vilken nu upphävts). Husläkarreformen, å andra sidan, skulle inte ha inneburit mindre kontroll över totalkostnaderna om kapiteringssystemet tillämpats konsekvent (så att landstingens kostnader för läkartjänster inom primärvården varit lika med de belopp som betalades ut under detta system). När en konsekvent tillämpning visade sig vara omöjlig var en stor del av vitsen med reformen borta. Rehnberg och Garpenby understryker också att problemet med konkurrensneutralitet mellan vårdcentraler och privatpraktiserande husläkare inte ägnades tillräcklig uppmärksamhet i samband med husläkarreformen.

Tandvården

Problemet med konkurrensneutralitet existerar också inom tandvården, som i enlighet med SNS-projektets mandat ägnas speciell uppmärksamhet. Även om tandvårdens kostnader är avsevärt mindre än sjukvårdens talar man ändå om så mycket som nio miljarder kronor (tidigt 1990-tal), eller omkring 0,7 procent av BNP. I *Tandvården i andra länder* (Jönsson & Arvidsson (red), [1993]) beskrivs tandvårdssystemen i Finland, Norge och Storbritannien av författare från respektive länder. Deras beskrivningar sammanfattas delvis i en inledande uppsats av Göran Karlsson där han kort jämför det svenska systemet med dessa länders, men också med Hollands, Tysklands och Danmarks. Också inom tandvården finns det betydande organisatoriska skillnader mellan länderna, och *per capita*-kostnaderna skiljer sig dramatiskt. Bland de europeiska länder för vilka jämförande data ges i boken använder Storbritannien och Belgien så litet som 0,25 procent av BNP på tandvård, d v s mindre än hälften av motsvarande siffra för Sverige.

Existerande konventionella mått visar inga stora skillnader i tandhälsa mellan länderna, men man måste komma ihåg att dessa mått är mycket grova.

En viktig skillnad har att göra med hur stor andel av vården som produceras av privatpraktiserande tandläkare. I de flesta länder dominerar de: Finland, Danmark och Sverige är de enda länderna där den offentliga sektorns andel är så hög som omkring 50 procent. Den andel av tandvården som finansieras offentligt (genom skatter eller offentlig försäkring) är emellertid i allmänhet högre: I Sverige är andelen omkring 70 procent, i Storbritannien och Tyskland omkring 80 procent (detta trots att den andel av tandvården som produceras i den offentliga sektorn i de senare bara är 15-25 procent). Ett vanligt drag är att tandvården för barn och ungdomar helt bekostas av den offentliga sektorn, medan vuxna i allmänhet måste betala åtminstone en del av kostnaderna ur egen ficka.

I *Tandvården: En ekonomisk analys* (Jönsson & Karlsson [1994]) diskuteras olika organisationsfrågor och ansatser inom ramen för en detaljerad analys av den svenska tandvården, och möjliga riktlinjer för framtida svensk tandvårdspolitik. Diskussionen i boken påminner i många avseenden om litteraturen beträffande marknaden för läkartjänster i USA eller Kanada. Skälet är naturligtvis att läkarna i dessa länder i allmänhet betalas per utförd åtgärd (*fee for service*), d v s enligt samma metod som används inom stora delar av tandvården i Sverige och de flesta europeiska länder. Problem med "utbudstyrd efterfrågan" (*supplier-induced demand*) kan uppstå under denna kompensationsmetod; båda böckerna citerar empiriskt belägg för att detta fenomen existerar inom tandvården i tex Norge och Storbritannien. Frågan om i vilken utsträckning totalkostnaderna påverkas av allmäntandläkarnas benägenhet att anlita tandtekniker eller remittera sina patienter till specialister har också paralleller inom sjukvården. Jönsson och Karlsson diskuterar

alla dessa frågor på ett pedagogiskt sätt; deras förhoppning att boken inte bara skall ses som ett debattinlägg utan också skall kunna användas som lärobok, förefaller mig inte omotiverad.

Läkemedel, ekonomiska utvärderingar och prioriteringsfrågan

Receptet med internationella jämförelser som bakgrund till en diskussion av svenska frågeställningar används också i de två böcker som behandlar läkemedlens roll i sjukvården. Kapitel 2 i *Ekonomisk utvärdering av läkemedel* av Magnus Johannesson och Bengt Jönsson [1993] innehåller en systematisk framställning av de teoretiska metoder som ligger till grund för sådana utvärderingar.⁴ I kapitel 3 ges översiktliga beskrivningar av ett halvt dusin studier från litteraturen som illustrerar de olika metoderna. Svenska forskare ligger långt framme på detta område; alla de studier som diskuteras har svenska författare, och antingen Jönsson eller Johannesson har deltagit i de flesta. Två intressanta fallstudier av hur ekonomiska värderingar har använts för utarbetandet av mer eller mindre officiella behandlingsriktlinjer i andra länder (Australien, Kanada) presenteras i ett appendix.

Läkemedelsförmånen av Ulf-G Gerdham och Bengt Jönsson [1993] ger en kort översikt av subventioneringssystemen i andra länder, och drar slutsatsen att i alla länder kan man observera en trend mot högre patientavgifter och ökade ansträngningar att motivera läkarna att ta ekonomiska hänsyn vid val av läkemedel, tex genom att använda de billigare generiska varianterna när sådana finns tillgängliga. I jämförelse med andra europeiska länder verkar Sverige ha läkemedelskostnaderna under relativt god kontroll: De utgör litet över åtta procent av sjukvårdens totalkostnader, lägst bland de åtta länder för vilka statistik är tillgänglig (den högsta siffran har Tyskland, där läkemedelskostnaderna

är 21 procent av totalkostnaderna). I absoluta tal är de emellertid höga, över 8 miljarder år 1992. En stor del av boken ägnas åt en kvantitativ simulering av de effekter man kan vänta sig av ett antal möjliga reformer av det svenska subventioneringssystemet, i riktning mot ökade patientavgifter och ett förhöjt högkostnadsskydd. Resultaten tyder på att även med en relativt låg priselasticitet (-0,1 till -0,2) kan minskad subventionering leda till avsevärda minskningar i både statens utgifter och de totala utgifterna för läkemedel. Liksom i Söderströms bok tas hänsyn till att en överföring av en del av kostnaderna från den offentliga sektorn till patienterna kan ge en samhällsekonomisk vinst i form av minskade (skatterelaterade) sk dödviktsförluster. Beräkningarna beaktar emellertid inte att en högre gräns för högkostnadsskyddet i princip innebär en viss välfärdsförlust i form av en lägre grad av försäkringsskydd. Man kan också fråga sig (delvis på basis av de utländska studier som citeras i boken) om det verkligen är motiverat att anta, som författarna implicit gör, att de läkemedel som inte konsumeras vid minskad subventionsgrad skulle ha haft ett marginellt värde lika med noll.⁵

Volymen *Prioritering i sjukvården: Etik och ekonomi* (Arvidsson, Jönsson & Werkö (red), [1993]), slutligen, behandlar frågor om ekonomiska värderingar och prioriteringar inom sjukvården på ett mera allmänt plan. Den består huvudsakligen av tre upp-

⁴Tex, kostnads-effektanalys; kostnads-nyttanalyt, där begreppet *quality-adjusted life years*, QALYs, spelar en central roll; och *cost-benefit*-analys där *contingent-valuation* eller "enkät-metoden" numera allt oftare kommer till användning.

⁵En fråga som debatterats mycket livligt i Kanada har varit hur läkemedelskostnaderna påverkas av den nationella patentlagstiftningen i ett land där en stor del av läkemedlen importeras. Denna fråga diskuteras inte i boken, trots att en stor andel av de läkemedel som används i Sverige kommer från andra länder.

satser av utländska författare (Daniel Callahan, Alan Maynard, och Cyril Chantler) och kommentarer av svenska forskare, läkare, politiker och tjänstemän; ett sammandrag av en rapport till läkarförbundet, författat av Anders Milton, ingår också.

Till en del kan det växande intresset för alternativa prioriteringsmetoder kanske tolkas som en reaktion mot användningen av ekonomiska principer inom sjukvården; många utomstående har uppfattningen att ekonomiska kriterier inte tar tillräcklig hänsyn till "mänskliga värden" eller "individens egenvärde", och föreslår därför att man skall använda värderingsmetoder grundade på textprinciper från filosofin ("tillämpad etik"). Enligt min uppfattning har den litteratur där dessa alternativ diskuteras hittills varit av begränsat värde. Delvis är detta fallet p g a att den i stor utsträckning bygger på ett missförstånd av nationalekonomisk metodologi, delvis därför att de alternativa prioriteringskriterier som föreslagits ofta varit hopplöst trubbiga och inte använt någon form av marginalresonemang.⁶ Uppsatsen av Daniel Callahan, vars böcker haft en vid läsekrets i USA, kan betraktas som ett avskräckande exempel på vart man kan komma om man antar ett kollektivistiskt synsätt där individen inte sätts i centrum. Även om jag ibland finner Alan Maynards framställning överdrivet kritisk (mot nästan alla) ger den emellertid en bra introduktion till det ekonomiska synsättet på prioriteringsfrågan (med en kort diskussion av hur problemet angripits i andra länder; den sk Oregon-planen ägnas rätt mycket uppmärksamhet), och hans aforism att "ineffektivitet är oetiskt" förefaller ha fått ett entusiastiskt mottagande vid den konferens där uppsatserna ursprungligen presenterades.

Sammanfattning

Från ett nordamerikanskt perspektiv förefaller den svenska debatten om vårdreformer som ett utmärkt exempel på den prag-

matiska kompromissanda som tjänat den svenska ekonomin och samhället så väl under större delen av 1900-talet. SNS-projektet utgör ett betydande bidrag till denna debatt.

Avslutningsvis några spekulationer om den framtida sjukvårdspolitiken i Sverige. Av de olika styrmedel inom sjukvården som mest flitigt debatterats i andra länder förefaller mig två ha betonats mest i SNS-projektet: Ökade patientavgifter (Söderströms bok, förslagen beträffande tandvård och läkemedel), och "patientmakt" (ökad valfrihet för patienter och konkurrens mellan vårdgivare om patienter som ett incitament till högre effektivitet). Tre andra styrmedel har antingen mest kritiserats eller givits mindre uppmärksamhet: (1) Konkurrens mellan vårdproducenter om beställarkontrakt i ett system med "selektiv kontraktering"; (2) valfrihet för patienterna mellan olika offentliga försäkringskontrakt (den holländska modellen); (3) ett system med kapiterade husläkare som har en grindvaktfunktion och ekonomiska incitament att hushålla med läkemedel och slutna vård (den brittiska modellen).

Min gissning är att valfrihet på försäkringsmarknaden även i fortsättningen kommer att spela en begränsad roll i Sverige. Å andra sidan gissar jag att husläkar-systemets roll, och användningen av kontraktskonkurrens som styrmedel, kan komma att bli centrala frågor i den fortsatta sjukvårdspolitiska debatten. Framtiden får utvisa!

ÅKE BLOMQUIST
University of Western Ontario
Kanada

⁶ Prioriteringsutredningens slutbetänkande (*Vårdens svåra val*, SOU 1995:5) faller enligt min mening i denna kategori.

Referenser

- Anell, A, [1994], *Sjukhusens kontrakt: Från anslag till intäkter*, SNS Förlag.
- Arvidsson, G & Jönsson, B (red), [1991], *Sjukvården i andra länder*, SNS Förlag.
- Arvidsson, G & Jönsson, B (red), [1991], *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*, SNS Förlag.
- Arvidsson, G, Jönsson, B & Werkö, L (red), [1993], *Prioritering i sjukvården: Etik och ekonomi*, SNS Förlag.
- Culyer, A, Evans, R, Graf von der Schulenberg, M, van de Veen, W & Weisbrod, B, [1992], *Svensk sjukvård: Bäst i världen?*, SNS Förlag.
- Gerdtham, U-G & Jönsson, B, [1993], *Läkemedelsförmånen*, SNS Förlag.
- Johannesson, M & Jönsson, B, [1993], *Ekonomisk utvärdering av läkemedel*, SNS Förlag.
- Jönsson, B & Arvidsson, G (red), [1993], *Tandvården i andra länder*, SNS Förlag.
- Jönsson, B & Karlsson, G, [1994], *Tandvården: En ekonomisk analys*, SNS Förlag.
- Matsaganis & Glennerster, [1994] "The Threat of Cream-skimming in the Post-reform NHS", *Journal of Health Economics*, vol 13, 1994, s 31-60.
- Rehnberg, C & Garpenby, P, [1995], *Privata aktörer i svensk sjukvård*, SNS Förlag.
- Saltman, R, [1992], *Patientmakt över vården*, SNS Förlag.
- Söderström, L, [1991], *Hur skall sjukvården betalas?*, SNS Förlag.
- van de Ven & van Vliet, [1992] "How Can We Prevent Cream Skimming in a Competitive Health Insurance Market? The Great Challenge for the 1990s", i Zweifel & Frech (red), *Health Economics World-wide*, Dordrecht, Kluwers förlag.