

Sjukvården – problem och lösningar

Sjukvården i de högt utvecklade industriländerna har problem: kostnadsmedvetandet är lågt, sambandet mellan behandling och resultat är i många fall osäkert, produktiviteten ökar långsamt och det finns tendenser till överkonsumtion av sjukvård. Ingemar Ståhl föreslår en förändring av de ekonomiska drivkrafterna för konsumenter och producenter av sjukvård som ger konsumenterna ökad valfrihet och producenterna incitament att göra vården effektivare. Förslaget är enkelt att genomföra, menar Ståhl, eftersom det utnyttjar den befintliga sjukvårdsapparaten och skattefinansieringen.

I en ekonomisk tillväxtprocess kan man normalt förvänta att vissa sektorer växer snabbare än andra eller till och med att vissa sektorer krymper sin totala produktion. I denna något ytliga mening behövs det inte ligga något problematiskt i att sjukvårdssektorn ökade sin andel av BNP (bruttonationalprodukten) från 4.5 procent år 1963 till ungefär 9 procent år 1977 (mätt i löpande priser). Det är också lätt att i konsumtionsstatistiken finna områden – inte minst på inom fritidssektorn – som växte mycket snabbare.

Det bör därför finnas en något djupare anledning till att politiker och allmänhet är mer engagerade i en debatt och analys av de stigande sjukvårdskostnaderna än i en diskussion om den kraftigt ökande andelen av BNP som går till sommarstugor, segelbåtar och golfutrustning. I bägge

fallen är det emellertid rimligt att utgå från att marginalnyttan är förhållandevis låg – ett fenomen som karakteriserar all eller nästan all konsumtion i en rik industriell ekonomi.

När det gäller debatten kring sjukvården tror jag att man främst bör observera följande fenomen:¹

Bristande marknadskontakt

Sjukvården är i Sverige och nästan alla andra industrialiserade länder undandragen från direkta marknadskontakter mellan konsumenter och producenter. I flertalet europeiska länder är sjukvården finansierad direkt över offentliga budgetar eller genom obligatoriska försäkringar. Patienten/konsumenten betalar ingenting – eller endast en mycket låg självrisk – vid direkt utnyttjande av vårdapparaten. Men detta gäller även i exempelvis ett system av amerikansk typ för den majoritet som har privata försäkringar. Även där är det en tredje part –

INGEMAR STÅHL är professor i nationalekonomi vid Lunds universitet. Han har under senare år publicerat arbeten bla om arbetsmarknadspolitik och näringspolitik, och helt nyligen om sjukvårdens problem.

¹ För en stor del av de följande avsnitten har det inte varit praktiskt möjligt att ge löpande litteraturreferenser. Lasaren hänvisas till Jonsson och Ståhl [1979] samt Ståhl [1979]. Det senare arbetet innehåller en utförlig diskussion av produktivetsproblemen.

försäkringsbolaget – som betalar. Dessutom är sjukförsäkringspremier genom den amerikanska skattelagstiftningen kraftigt subventionerade i förhållande till övrig privat konsumtion. Detta innebär att den normala marknadsavkänning som prissystemet ger egentligen inte fungerar någonstans. Patienten vet inte vad en behandling kostar och kan inte väga dessa kostnader mot kostnaderna för annan konsumtion. Producenten får sina kostnader täckta genom offentliga budgetar eller genom försäkringsbolag – ofta med ett dåligt kostnadsmedvetande som resultat.

Medicinsk osäkerhet

Sambandet mellan insatser och resultat är i många fall osäkert. Den medicinska kunskapen är inte så säker som lekmännen ofta förledes att tro. Lång utbildning, legitimationskrav, stora forskningsresurser och en långt driven specialisering är ingen garanti för säker kunskap – möjligen för att osäkerheten inte blir alltför känd för utomstående. Det finns en långvarig diskussion i medicinska tidskrifter om värdet av exempelvis hälsokontroller för att upptäcka livmoderhalscancer – en diskussion som inte ger något entydigt svar. Det är svårt att visa att de dyra och riskfyllda sk "by-pass"-operationerna av hjärtat vid angina pectoris är bättre än behandling med mediciner (eller ingen behandling alls.) En omfattande medicinsk behandling vid högt blodtryck ger antagligen påtagliga förbättringar vid exceptionellt höga blodtrycksvärden men vi vet fortfarande mycket litet om värdet av långvarig behandling av stora befolkningsgrupper vid måttliga blodtrycksanomalier. Vid nuvarande operationsfrekvens kommer ungefär 30 procent av svenska folket att leva en del av sitt liv utan gallblåsa. Man kan emellertid räkna med att 60 procent av en årskull får någon form av gallstenar och skulle kunna bli opererad.

Det är ytterligt svårt att precisera vinsterna med marginella förändringar av operationsfrekvensen – som stigit från 10 procent av en årskull under 1940-talet.

Att bekämpa död och åldrande

Som Fuchs påpekar i detta nummer av *Ekonomisk Debatt*, karakteriserades perioden kring andra världskriget och därefter av teknologiska framsteg som kraftigt bidrog till att höja medellivslängden och förbättra hälsotillståndet. Vaccinering samt kemoterapeutika (sulfa och antibiotika som penicillin) kunde till mycket låga kostnader radikalt minska dödlighet och sjuklighet i infektionssjukdomar. Det var här fråga om nya behandlingar som till priset av några tiotusende kunde rädda liv (eller snarare uppskjuta döden med år eller decennier), eller kunde förhindra eller förkorta långvariga sjukdomstillstånd med långvarig och dyrbar vård.

En väsentlig del av *dagens* behandlingar syftar till att fördröja döden eller lindra sjukdomstillstånd i mycket höga åldrar. De dominerande dödsorsakerna är idag cancer eller sjukdomar i hjärt-kärlsystemen. Om man lyckas behandla en sjukdom är risken stor att patienten mycket snart får en annan åldersbestämd sjukdom. Sjukvården – eller snarare ekonomiskt dominerande delar av sjukvården – har utvecklats till en kamp mot genetiskt bestämt åldrande och död.

Låg produktivitetstillväxt

Detta leder också till att sjukvården som helhet har en låg produktivitetstillväxt – ett fenomen som karakteriserar nästan alla servicesektorer. Vid given teknologi eller medicinskt kunnande är det inte mycket man kan göra för att öka produktiviteten i exempelvis långtidsvården. Ökad insats av kapital eller andra produktionsfaktorer än arbetskraft kan ofta verka kvalitetssänkande: de stora vård-

enheterna och den rikliga användningen av engångsmaterial var en superteknologisk dröm som inte löste några kostnadsproblem och gjorde vården mindre human. Historiskt kan man visserligen peka på mycket kraftiga produktivitetsvinster genom att teknologin radikalt förändrats. Jag har tidigare nämnt vacciner och kemoterapeutika. Man kan också peka på att tillkomsten av psykofarmaka radikalt förändrade vårdsituationen inom mentalvården. Antalet platser inom mentalvården har sjunkit under de senaste decennierna och upptas till stor del av "nya" patientkategorier: senildementa samt alkohol- och narkotikamissbrukare. Det är här fråga om produktivetsförändringar som varit sänkande för totalkostnaderna. Men en effekt av dessa produktivitetsvinster har också varit att fler personer senare kommit att hamna i sektorer av sjukvården där man bara kan erbjuda "care" och inte "cure".

Vad vi ser är alltså en sjukvård som beträffande produktiviteten – jämfört med förhållandena för några decennier sedan – är tredelad. Det finns en sektor med synnerligen effektiva och billiga behandlingar – exempelvis vad avser infektionssjukdomar. Det finns också en mellankategori – exempelvis de operativa specialiteterna eller olika cancerbehandlingar – där man med varierande framgång och förhållandevis stora insatser kan förbättra hälsotillstånd eller fördröja direkta försämringar. Ett väl studerat exempel är behandlingar av kroniska njursjukdomar med dialys eller transplantation. Inom detta delområde finns en kontinuerlig men inte särskilt snabb produktivetsförbättring genom bättre och billigare dialysapparaturler eller bättre transplantationsteknologi. Till viss del utnyttjas dessa produktivitetsvinster för att öka antalet behandlade fall. Slutligen har vi en mycket stor sektor där sjukvårdens främsta syfte är att enbart ge vård – en uppgift som till stor del tidigare

sköttes i hemmen. Gränserna mellan vård hemma, ålderdomshem och sjukvård blir flytande och man kan inte räkna med några drastiska produktivitetsförbättringar inom denna delsektor.

Snarare tvärtom, teknologin på en långvårdsavdelning är knappast överlägsen den som finns i det egna hemmet eller på ålderdomshemmet. Trycket på långtidsvården är antagligen till stor del ekonomiskt bestämd: För såväl patient som släktingar blir långtidsvården med nuvarande ersättning för hemvård och avgifter på ålderdomshem den "billigaste" vårdformen.

Desorganisationstendenser

När det gäller produktivitetstillväxten skall man också vara uppmärksam på en serie desorganisationstendenser som för närvarande präglar svensk sjukvård. Blå de höga marginaleffekterna i beskattning och sociala bidrag har medfört att stora personalkategorier systematiskt drar ner sin arbetstid. Det senaste avtalet som läkarförbundet träffade med landstingsförbundet avsåg i huvudsak en neddragning av arbetstiden och ledighetskompensationer vid övertidstjänstgöring och jouter. Detta försvårar uppenbart möjligheterna för en patient att genomgående få träffa en och samma läkare. Deltidstjänstgöring och ledighetskompensation är synnerligen vanliga för den till övervägande delen kvinnliga sköterske- och biträdespersonalen. En ökad andel av arbetstiden kommer att avsättas dels för "fasta" uppgifter (exempelvis personalutbildning) som inte direkt ökar den för patienter tillgängliga tiden, dels för konferenser och informationsöverförande för att kompensera att allt fler personer kommer att ha hand om samma patient.

Till detta kommer ökade krav på medinflytande i vårdbesluten från allt fler personalkategorier. Indikationer på dessa desorganisationstendenser är den dis-

kussion om "beslutsdöd" på psykiatriska avdelningar som förts bl a i *Läkartidningen*. Svårigheterna att bemanna operationsavdelningar är ett annat exempel. Det kraftigt ökade antalet läkare under senare år har inte lett till något "läkaröverskott" utan till stor del torde nyexaminationen endast ha kompenserat för successiva arbetstidsförkortningar.

Utbildningssystemet med sin obligatoriska praktiktjänstgöring – som ofta dirigeras till områden med personalbrist – är inte heller ägnat åt att öka produktiviteten. En besökare i öppenvården eller patient i långvården löper stora risker att tas om hand av en ännu icke färdigutbildad läkare som gärna kompenserar sin egen osäkerhet med omfattande undersökningar och remisser.

Det är också troligt att sjukvårdens relativt låga ersättning till privatläkare kraftigt har bidragit till att denna grupp helt håller på att försvinna. Med nuvarande taxor för privatläkare och löner (samt trygghet och beföringsmöjligheter, som ökar vid forskningsorienterade sjukhuskliniker) för landstingsanställda läkare finns det knappast några ekonomiska incitament för en ung läkare att öppna egen praktik. Detta innebär också långsiktigt att patienternas möjlighet att välja läkare helt kommer att försvinna (utom för den privilegierade grupp som har tillräckligt goda kontakter inom sjukvården.)

Det fundamentala dilemmat

Den moderna "sociala" sjukvården är i hög grad en produkt från perioden efter andra världskriget. Det är därför intressant att gå tillbaka till den sjukvårdspolitiska diskussion som fanns i England (och Sverige) vid denna tidpunkt. En första hypotes som var grundläggande för uppbyggnaden av det brittiska "National Health Service" var att det fanns ett givet bestånd av sjukdomar och sjuka individer. Genom en massiv satsning skulle

hälsotillståndet förbättras och förhoppningen var att sjukvårdsutgifterna genom ett bättre hälsotillstånd hos befolkningen därefter successivt skulle kunna sänkas.

Denna dröm skulle aldrig bli förverkligad; Det var inte fråga om ett givet "bestånd" utan om ett kontinuerligt "flöde" av sjuka. Ambitionen blev i stället att bygga ut sjukvården så att "bristen" försvann: Grundläggande för de politiska tankegångarna var att det på sjukvårdsområdet (liksom kanske på bostadsområdet) fanns absolut givna behov, och att en bristsituation skulle kunna byggas bort. Prismekanismerna sattes successivt ur spel, och vad man kunnat observera är att efterfrågan vid priset noll är mycket stor. Den kostnad som delvis hållit tillbaka efterfrågan är den tidskostnad som förelegat genom köer och väntelistor.

En mer realistisk syn, som i högre grad präglad brittisk sjukvårdsdebatt än svensk, är att efterfrågan vid priset noll är mycket stor men att sjukvården av inkomstfördelningsskäl måste tillhandahållas gratis eller nästan gratis. Det går inte att "bygga bort" vårdköerna, utan man får i stället acceptera olika slag av behovsprövningar. Denna attityd som omfattas av de ledande engelska sjukvårdsekonomena Abel-Smith [1976], Cooper [1975] och Culyer [1976], har främst lett till krav på bättre planeringsrutiner. Sjukvårdsekonomen får en given plats i det kliniska arbetet som utförare av sociala lönsamhetskalkyler – kalkyler som ersätter "marknadskontakten".

Det bör emellertid understrykas att även i ett väl fungerande privat försäkringssystem kommer planeringsproblemet att finnas kvar. Patienten betalar i den akuta situationen inget pris och har därför inga ekonomiska incitament att hålla efterfrågan tillbaka. Läkaren, eller sjukvårdsapparaten, får sina kostnader täckta av försäkringsbolaget och förlorar

ingenting på att öka kvaliteten eller antalet behandlingar. Snarare är det tvärtom; en byråkratisk organisation kan ha starka incitament att växa. Försäkringsbolaget kan möjligen ha incitament att utöva effektivitets- och kostnadskontroll, men kostnaderna är stora. (Exempel på relativt enkla kontrollåtgärder är att amerikanska försäkringsbolag vid större operationer kräver undersökningar och intyg från två oberoende läkare.) Ur denna centrala effektivitetsaspekt föreligger det således inte några påtagliga skillnader mellan privata eller offentliga försäkringssystem.

Sjukdom är förenad med risk och osäkerhet. Kunskaperna om sjukdomsförlopp kräver normalt hög specialisering. Detta har lett till att den ekonomiska teoris rekommendation för optimal resursanvändning är försäkringar och i viss utsträckning även "kvalitetskontrollerade" (legitimerade) läkare.³ Men därvid föreligger ett fundamentalt dilemma: Priset vid akut behandling är noll och de omedelbara incitamenten för konsumenten och för producenten pekar i samma riktning; mot större konsumtion och produktion eftersom försäkringen betalar.

Självrisker

För att möta dessa tendenser till överkonsumtion har många ekonomer (inklusive författaren) föreslagit olika former av självrisker. Självrisker är emellertid inte oproblematiska. För det första kan man enkelt konstatera att de system med självrisker som i praktiken föreligger är ganska godtyckliga och svåra att teoretiskt motivera. I det svenska systemet arbetar vi således med en hög självrisk för läkemedel upp till en viss gräns varefter priset är noll. Det "naturliga incitamentet" blir därvid att få så många läkemedel och så stora förpackningar som

möjligt på ett och samma recept. Öppen vården arbetar med en fast avgift – 20 kronor för landstingen och 35 kronor för privatläkare – medan den slutna vården inte har någon självrisk alls (utom att sjukkasseersättningen minskar med matkostnaderna). För tandvården gäller att patienten betalar 50 procent för akut behandling och 25 procent för förebyggande behandling. Utvecklingen visar helt följdriktigt att alltmer behandling successivt kommit att klassificeras som förebyggande. System med självrisker får således lätt nya, icke önskade styrningseffekter.

En variant för att undvika detta problem, som delvis ansluter till ett förslag av Feldstein [1977], är att göra en *gemensam självrisk för all behandling*. Denna skulle kunna fungera på så sätt att patienterna betalar alla utgifter under sammanlagt 1 000 kronor under ett år. Över 1 000 kronor betalar patienten 50 procent av utgifterna upp till ett övre tak som bestäms av den taxerade inkomsten. (Patientkortet kan därvid fungera som ett kreditkort). Totalt skulle därmed egenutgifterna aldrig överstiga en viss procentsats av inkomsten.

Men ett andra problem med självrisker är att patienterna befinner sig i en underlägsen förhandlings- och bedömningsposition. En avklädd patient som dessutom känner sig dålig (och inte vet riktigt varför) är inte en likvärdig förhandlare i förhållande till en välutbildad läkare. Min egen bedömning, efter att i några års tid propagerat för ökade självrisker, är att ekonomerna har små chanser att lyckas. Självrisker som väsentliga inslag kan knappast komma att införas – förhandlings- och kunskapsituationen patient/läkare är alltför asymmetrisk.

För det tredje kan självrisker inte på något väsentligt sätt lösa de långsiktiga finansieringsproblemen. Vårdkonsumtionen är så pass snett fördelad över befolkningen, med ett relativt litet antal

³ Standardanalysen på området återfinns i Arrow [1963].

"dyra" och oftast äldre eller handikappade storkonsumenter, att de finansiella intäkterna blir förhållandevis små.

Konkurrens i sjukvården

Sjukvårdsekonomernas intresse under de senaste åren har i stället kommit att inriktas mot andra lösningar som främst förts fram av Enthoven [1978, 1979]. En svensk tillämpning av dessa idéer skulle få ungefär följande utformning: Varje medborgare erhåller varje år en "voucher" som svarar mot den *genomsnittliga* sjukvårdskostnaden för en person av samma ålder och kön. En fyrtioåring skulle få en voucher värd ungefär 2500 kronor medan en åttioåring skulle erhålla en voucher värd 25 000 kronor. Landstingsskatten och delar av sjukförsäkringsavgiften skulle således transformeras till individuella vouchers. En analys av utgiftsstrukturen visar därvid att den inkomstomfördelningseffekten av landstingsskatten i huvudsak sker mellan olika åldersgrupper och inte mellan olika jämngamla med olika inkomster.

Med denna voucher i sin hand kan konsumenten sluta ett sjukvårdskontrakt med en sjukvårdsproducent som lovar att tillhandahålla öppenvårdstjänster, sjukhusvård och läkemedel kostnadsfritt under kontraktperioden. Vouchern blir alltså en försäkringspremie. I praktiken skulle producenten utgöra ett "sjukvårdsföretag" som omfattar ett eller flera sjukhus, ett antal öppenvårdsmottagningar, tandläkarmottagningar etc. Sjukvårdsföretaget får via skattemyndigheterna ett belopp som svarar mot voucherns värde. I gengäld tillhandahåller företaget alla de tjänster som är medicinskt motiverade.

Ett system av detta slag påverkar radikalt de ekonomiska drivkrafterna (eller incitamentsstrukturen). Konsumenten kan välja mellan flera producenter. En patient som är missnöjd kan nästa år byta producent. Producenterna måste å

sin sida göra avvägningar mellan kostnader och standard – med risk för att förlora kunder (observera att patienten i detta system faktiskt är en kund) om standarden blir för låg. Det kommer att "naturligt" uppstå starka incitament för att finna billiga men medicinskt effektiva behandlingar som ett led i konkurrensen. Inte minst kommer detta att gälla behandlingen av de äldre patienterna.

Fördelarna med detta system är att konsumentvalet inriktas på att välja producent, inte att välja adekvat behandlingsnivå i den akuta situationen. Ett system av detta slag leder till *konkurrens* mellan producenter. Dessa har i sin tur starka incitament att optimera. Skissen visar att det är möjligt att kombinera det bästa av marknadslösningen med nuvarande omfördelning av inkomsterna.

Ett system av detta slag passar bäst för storstäder eller tätbefolkade län (Skånelänen, Östergötlands län m fl) där flera oberoende producenter inom en och samma region kan tänkas. (Stockholm hade kunnat göra ett intressant experiment med Serafimerlasarettet. Min gissning är att Serafen i kombination med några privatläkare hade varit ett mycket konkurrenskraftigt alternativ till Huddinge om ett antal stockholmare hade tillåtits flytta sin del av landstingsskatten till Serafen.) Men glesbygder drabbas alltid av en nedsatt konkurrens mellan serviceproducenter, så detta problem är inte sjukvårdsspecifikt.

Det intressanta med ett förslag enligt dessa riktlinjer är att genomförandet kan ske ganska enkelt: Alla de reala resurserna finns redan på plats, läkarna och sköterskorna är utbildade, sjukhusen byggda. De finansiella villkoren är också uppfyllda; vi betalar redan skatterna. Det är egentligen endast fråga om en något annan organisation av befintlig struktur som ger konsumenterna valfrihet och producenterna incitament att göra medicinska-ekonomiska avvägningar. Sedan

kan man tänka sig en lång rad utvidgningar. Vissa sjukvårdsproducenter finner det kanske adekvat att gentemot sina kunder arbeta med någon form av självrisk – men detta blir en fråga som marknaden får avgöra. Några sjukvårdsproducenter kanske specialiserar sig på vissa komplicerade operationer och hyr ut kapacitet till andra producenter. Privata vårdhem kan erbjuda sina tjänster till de kombinerade produktions/försäkringsbolagen – som i egetintresset kommer att utöva en betydande kvalitetskontroll. (En anläggning som Malmö Östra Sjukhus skulle i detta system antagligen få så dåligt rykte att konkursen var omedelbart förestående).

Överhuvudtaget kan man räkna med att mycket av den dynamik som karakteriserar marknaden skulle ersätta den tungrodda byråkrati som är typisk för dagens sjukvård. Det är också viktigt att påpeka att förslag av denna typ automatiskt, genom att kombinera sjukvårdsproduktion och försäkring, löser det "tredjemans"-problem som gäller vanlig sjukförsäkring: De medicinska och ekonomiska besluten kommer att integreras i en och samma organisation.

En ekonom har inga speciella kunskaper som gör det möjligt för honom att tala om att vi konsumerar för mycket

eller för litet av sjukvård, segelbåtar eller bostäder. Däremot har ekonomen viss kunskap av hur incitamenten fungerar i en ekonomisk organisation och han kan visa på alternativa lösningar – helst sådana som genererar vad konsumenterna vill ha och som samtidigt produceras effektivt.

Referenser

- Abel-Smith, B., [1976], *Value for Money in Health Services*, Heinemann, London
- Arrow, K. J., [1963] "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, Vol 58, s 941–973 (omtryckt i Cooper och Culyer [1973])
- Cooper, M. H., [1975], *Rationing Health Care*, Croom & Helm, London
- Cooper, M. H. och Culyer, A. J., [1973], *Health Economics*, Penguin Education Harmondsworth
- Culyer, A. J., [1976], *Need and the National Health Service*, Martin Robertson, London
- Enthoven, A. C., [1978], "Shattuck Lecture – Cutting Costs Without Cutting Quality of Care", *New England Journal of Medicine*, June 1, s 1229 ff
- [1979], "Consumer Centered vs Job Centered Health Insurance", *Harvard Business Review*, January–February s 141–152
- Feldstein, M., [1977], "The High Costs of Hospitals and What to do About it", *Public Interest*, Vol 48, Summer
- Jonsson, B., & Ståhl, I., [1979], *Hälsa- och sjukvårdsekonomi i Sverige – en bibliografi*, Liber, Lund
- Ståhl, I., [1979], *Health Care and Drug Development – Production and Productivity in the Health Sector*, Lund Studies in Health Economics 2, Department of Economics, Lund University, Lund (under utgivning)