

# Repliker och kommentarer\*

## Sjukvård och marknadsekonomi

*Roland Granqvist är kritisk mot Ingemar Ståhls och Åke Blomqvists artiklar om den svenska sjukvården (som tidigare publicerats i Ekonomisk Debatt 7/79 och 1/80). Sjukvården uppvisar en rad karakteristika, som gör marknadslösningar omöjliga att acceptera, hävdar Granqvist. □*

I en artikel i *Ekonomisk Debatt* 7/79 tar Ingemar Ståhl upp en diskussion om den svenska sjukvårdens problem och föreslår därvid radikala förändringar [Ståhl 1979].

Hans förslag innebär att sjukvården delas upp i flera konkurrerande självständiga producenter som finansieras med skattemedel. Varje individ får möjlighet att välja vilken producent som skall tillhandahålla den vård som är "medicinskt motiverad" under en kontraktperiod. Producenten får ersättning från samhället motsvarande den genomsnittliga sjukvårdskostnaden för den ålders- och könsgrupp som individen tillhör.

Ståhls argumentation gäller främst att ett dylikt system radikalt kommer att påverka de ekonomiska drivkrafterna. Varje producent får ett ekonomiskt incitament att göra en avvägning mellan kost-

nader och standard. Om standarden blir för låg förlorar producenten kunder och därmed intäkter. Om kostnaderna blir för höga slås han ut i konkurrensen. Åke Blomqvist utvecklar liknande tankegångar i en artikel i *Ekonomisk Debatt* 1/80 [Blomqvist 1980].

Jag skall i denna artikel söka belysa konsekvenserna av förändringar av de slag som Ståhl och Blomqvist rekommenderar samt granska den argumentation som förs fram i deras artiklar. Min framställning bygger delvis på en tidigare analys av sjukvårdens allokeringsproblem [Granqvist 1978].

Blomqvists och Ståhls resonemang bygger på en rad förutsättningar som inte alls diskuteras.

Min grundläggande invändning gäller relevansen i dessa resonemang. Det är uppenbart att sjukvården uppvisar en rad särskiljande karakteristika, vilka gör marknadsmodellens tillämpning synnerligen problematisk. Det är, enligt min mening, ingen tillfällighet att en rad länder, däribland Sverige, har funnit marknadslösningar inom sjukvården omöjliga att acceptera.

### Valfrihet och konsumenternas begränsade rationalitet

Grundläggande förutsättningar för Ståhls och Blomqvists förslag är att den enskilde konsumenten kan göra ett rationellt

\* I denna avdelning välkomnas såväl repliker på tidigare artiklar i *Ekonomisk Debatt* som fristående kommentarer i ekonomiska frågor. Bidrag till nästa nummer skall vara redaktionen tillhanda senast den 1 augusti. Manus bör inte överstiga 4 maskinskrivna A 4-sidor.

val och att dessa rationella individuella val kan och bör styra sjukvården. Sjukvård hör kanske till de områden där dessa förutsättningar är mest uppenbart orealistiska. Sjukvårdskonsumentens rationalitet är begränsad såväl vad gäller att fastställa behoven som vad gäller hur behoven skall tillgodoses. Eftersom möjligheterna för den enskilde konsumenten är små att i förväg förutse vilken vård han kommer att behöva måste denne i det föreslagna voucher-systemet förutsättas vara i stånd att göra ett rationellt val mellan sjukvårdsproducenternas *totala* vårdutbud. Det är uppenbart att den enskilde konsumenten har små möjligheter att avgöra vilken producent som bäst kan tillgodose hans framtida behov. Det är därför troligt att det blir andra faktorer än sjukvårdsproducentens förmåga att väl tillgodose behoven som blir avgörande för konsumenternas val. Skicklig marknadsföring och geografisk lokalisering, är exempel på sådana andra faktorer som kan antas få stor betydelse.

Det är poänglöst att utforma ett system som skall styras av de enskilda konsumenternas val om dessa val inte kan antas svara mot konsumenternas verkliga behov eller preferenser. Systemet kan ju då inte, som det hävdas, generera vård som konsumenterna vill ha.

Till detta kommer att det inte alls är självklart att individuella sjukvårdskonsumenter val – även om de kunde vara rationella – bör styra sjukvårdsresursernas användning och utveckling. Det är inte självklart att ett rationellt val från individens synpunkt också är rationellt från samhällets synpunkt. De positiva externa effekterna av sjukvårdskonsumtion är tex betydande. Behandlingen av smittosamma sjukdomar är ett klassiskt exempel på detta.

Marknadsmodellen implicerar ställningstaganden om grundläggande principer för sjukvårdens allokering. Till skillnad från marknadsmodellens förespråkare är jag beredd att försvara och utgå från sådana sjukvårdspolitiska målsättningar som att sjukvårdens resurser bör användas så att de tillgodoser största möjliga behov, att alla individer med

samma behov skall ha lika möjligheter att få adekvat behandling oberoende av skillnader i betalningsförmåga, betalningsvilja eller andra faktorer som inte direkt har med behoven att göra. För den som vill bidra till en effektivare allokering av sjukvårdens resurser är det mer fruktbart att utgå från dylika sjukvårdspolitiska mål, än från att enskilda individers val på marknaden ger en ideal allokering.

Detta är grundläggande skäl till att marknadsallokeringen inte kan användas som norm för att bedöma rimligheten av den nuvarande allokeringen på det sätt som Blomqvist föreslår [Blomqvist 1980; sid 23–24, 26–27]. Det vore rimligare att göra tvärtom; att utvärdera den allokering som marknadsmodellen skulle ge utifrån de sjukvårdspolitiska målen.

#### Effektiviteten inom sjukvården

Ståhl och Blomqvist gör gällande att deras reformförslag skulle leda till ökad effektivitet inom sjukvården. Det effektivitetsbegrepp som därvid används är härlett ur den neoklassiska teori, som resonemangen bygger på. Eftersom analysen huvudsakligen är teoretisk blir följden ett cirkelresonemang. Detta framgår tex tydligt när Blomqvist hävdar att en omorganisation "... enligt linjer som skulle innebära mera 'marknadskontakt', konkurrens och *därmed* effektivitet (i vid mening) ... skulle vara möjlig att genomföra" [Blomqvist 1980; sid 21] (min kursivering).

Om man använder ett effektivitetsbegrepp som i stället utgår från sjukvårdens mål, som jag beskrivit dem ovan, blir det inte självklart att de ekonomiska incitamenten driver fram en effektivare sjukvård. Låt oss se på några tänkbara effekter av förslaget.

Enligt förslaget kommer den enskilde sjukvårdsproducentens intäkter från en konsument att avgöras av dennes ålder och kön och oberoende av dennes faktiska konsumtion. Kostnaderna bestäms av resursförbrukningen för den vård som konsumenten efterfrågar och som bedöms vara medicinskt motiverad.

Det är rimligt att anta att producenten på olika sätt söker sankta kostnaderna för den medicinskt motiverade vård som kunderna efterfrågar. Men man kan också förvänta sig att producenten får ett starkt ekonomiskt incitament att knyta så lönsamma kunder som möjligt till sig. Skillnaderna inom en ålders- och könsgroup vad gäller de förväntade vårdkostnaderna är mycket stora – från inga kostnader alls för gruppen utan vårdbehov till kostnader som är mångdubbelt större än genomsnittskostnaderna inom ålders- och könsgruppen för den mest vårdkravande gruppen. I förhållande till dessa kostnadsskillnader torde utrymmet för kostnadsbesparingar och rationaliseringar i vårdproduktionen vara marginellt.

Den sjukvårdsproducent som lyckas knyta till sig de friskaste inom varje ålders/könsgroup kommer därför att få ett mäktigt forsprång i konkurrensen. Även om konkurrenterna är framgångsrikare i att tillhandahålla vård av svårt sjuka till lagre kostnader så är det troligt att de finner att de måste konkurrera om de lönsammaste – dvs de friskaste – kunderna för att hålla sig kvar på marknaden. I denna konkurrens torde marknadsföring och geografisk lokalisering till de minst vårdkravande områdena spela en stor roll.<sup>1</sup>

Ståhl påpekar att varje producent måste "göra avvägningar mellan kostnader och standard – med risk för att förlora kunder, om standarden blir för låg" [Ståhl 1979; sid 481]. Denna avvägning kommer naturligtvis att påverkas av om kunden är lönsam eller ej. Producenten har inte något incitament att behålla kunder med sjukdomar som är mer kostnadskrävande än vad som motsvarar producentens intäkter för kunderna ifråga. Dessa torde därför få finna sig i en minimistandard. De skyddas endast av det utrymme för sjukvårdspersonalens etik som konkurrensen tillåter och av sjukvårdskontraktet.

**Överkonsumtion bland de friska**  
Producenternas incitament kommer – om konkurrensen är effektiv – att leda

till en utjämning av producenternas kostnader för olika vårdkrävande grupper inom samma ålders- och könsgroup. Med andra ord: Voucher-systemet leder till en överkonsumtion av sjukvård bland de friskaste inom varje ålders- och könsgroup. Denna överkonsumtion blir störst bland grupper där vårdbehoven är minst. Systemet leder omvänt till en underkonsumtion av sjukvård bland de mest vårdkrävande inom varje ålders- och könsgroup. Denna underkonsumtion blir störst bland grupper där vårdbehoven är störst.

Teoretiskt skulle man kunna lösa en del av dessa problem genom att knyta voucher-beloppets storlek till individens förväntade vårdbehov i stället för till ålders- och könstillhörigheten. Vid sidan om de praktiska svårigheterna att göra detta utan att få andra negativa effekter på incitamentsstrukturen torde emellertid de administrativa kostnaderna för sådana rutiner bli avsevärda.

Blomqvists förslag om att särskilt vårdkrävande grupper skulle undantas från voucher-systemet och istället vårdas av sjukvårdsföretagen på lopande räkning som betalas av staten [Blomqvist 1980; sid 26] innebär endast en partiell lösning på de incitamentsproblem som ovan påvisats. Kvar står att skillnader i lönsamhet mellan övriga grupper leder till en allokering stick i stäv mot de sjukvårdspolitiska målen. Dessutom skapas nya incitamentsproblem genom att sjukvårdsföretagen får sina kostnader betalda av tredje part.

Den enskilde producentens incitament att nedbringa underkonsumtionen bland sina kunder torde bli mycket svaga i voucher-systemet. Det kan tom antas att lönsamheten påverkas positivt av att

<sup>1</sup> Till marknadsföringen hör inte endast att på olika sätt *direkt* söka påverka lönsamma målgrupper i deras svåra val mellan producenterna utan även en *indirekt* påverkan genom att anpassa och utveckla vården och servicen efter vad de friskaste målgrupperna inom varje ålders- och könsgroup finner attraktivt.

kunderna inte efterfrågar vård som skulle vara medicinskt motiverad.<sup>2</sup>

### Systematisk undervärdering

Genom uppsplittringen på flera sjukvårdsföretag uppstår även problem vad gäller tex förebyggande vård, klinisk forskning och utveckling. Det enskilda sjukvårdsföretagets lönsamhetskalkyl över dylika insatser kommer att innebära en från sjukvårdspolitiska utgångspunkter systematisk undervärdering av dessa.

Den enskilde producenten nodgas också se relativt kortsiktigt här; i ett längre tidsperspektiv kan tex förebyggande insatser för de egna kunderna innebära kostnadsbesparingar för konkurrenterna snarare än egna kostnadsbesparingar.

Den enskilde producenten har ett ekonomiskt incitament att sänka kostnaderna så mycket som möjligt för den medicinskt motiverade vård som kunderna efterfrågar. Men därav följer inte att det "kommer att 'naturligt' uppstå starka incitament för att finna billiga men medicinskt effektiva behandlingar som ett led i konkurrensen" [Ståhl 1979; sid 481]. I den mån dylika strävanden kräver resurser för forskning och utveckling kommer kalkylen att systematiskt undervärdera sådana insatser som leder till att konsumenternas behov tillgodoses bättre. Den enskilde producenten kommer således endast att satsa på sådana förbättringar som kan marknadsföras och endast att beakta effekterna på den egna lönsamheten. Ett patentsystem för nya behandlingsmetoder torde bli nödvändigt men knappast tillräckligt för att skapa hyfsade incitament för forskning och utveckling.

### Empiriskt stöd?

Blomqvist åberopar även empiriska studier som stöd för sin tes att voucher-systemet skulle medföra en ökad effektivitet. Dessa studier visar att sådana amerikanska sjukvårdsföretag som enligt Blomqvist bedriver sin verksamhet på det sätt som Ståhl skisserat (se pre-payment-plans) har visat en tendens att använda mindre slutna vård för sina patienter

i jämförelse med de företag som drivs enligt den sk fee-for-service-principen. De senare företagen utgör den dominerande delen av den amerikanska sjukvården.

Jag vill här göra två påpekanden:

1) Låg konsumtion av slutna vård är inte ett acceptabelt effektivitetskriterium. Blomqvist hävdar att någon "objektivt mätbar skillnad i hälsovårdens kvalitet" inte har påvisats. Detta är fel. Just de empiriska studier Blomqvist åberopar ger *minst* lika starkt stöd för hypotesen att konsumtionen är lägre för såväl medicinskt motiverad som ej motiverad slutna vård som för hypotesen att den lägre vårdkonsumtionen gäller medicinskt ej motiverad vård (se Luft [1978; sid 1342]).

2) En jämförelse mellan dessa två typer av företag i USA har en ytterst oklar relevans när det gäller bedömningen av effekterna av ett genomförande av voucher-systemet i Sverige. Av utrymmesskäl begränsar jag mig här till ett av flera skäl till denna oklarhet.

Det gängse amerikanska sjukvårdssystemet är splittrat och saknar enhetlig samordning och planering. I förhållande till detta erbjuder pre-payment-plans-företagen bättre möjligheter till en övergripande och samordnad sjukvårdsplanering. Det är dessa aspekter som främst har uppmärksammas bland amerikanska sjukvårdsexperten (se tex Anderson and Robin [1976]).

Om nu pre-payment-plans-företagen uppvisar en högre effektivitet och i den mån detta kan tillskrivas dessa aspekter så talar ju detta i högre grad för det nuvarande svenska sjukvårdssystemet än för voucher-systemet som Blomqvist gör gällande.

### Metoden styr såväl problem som lösningar

En sund regel i vetenskapligt arbete är att metoden bör valjas med hansyn till

<sup>2</sup> Detta gäller inte minst för de "småskaliga" sjukvårdsföretag i den alternativa lösning som Blomqvist skisserar där patientens totala voucher-belopp överförs till företaget, vilket sedan betalar sjukhusen för de tjänster som dess kunder faktiskt använder [Blomqvist 1980; sid 20].

det problem som studeras. Även om man, som Blomqvist och Ståhl, inte gör metodvalet explicit, så är det ändå viktigt att man söker bli medveten om hur metoden lyfter fram vissa problem medan andra ej ens identifieras. Annars riskerar man att ställa den sunda regeln på huvudet och låta metoden styra problemvalet. Redan i inledningen till Ståhls artikel tas tex den bristande marknadskontakten upp som ett problem: "Patienten vet inte vad en behandling kostar och kan inte väga dessa kostnader mot kostnaderna för annan konsumtion" [Ståhl 1979; sid 477]. Att detta framstår som ett väsentligt problem utifrån den valda metodansatsen är uppenbart. Men är det ett väsentligt problem i den verklighet som analysen gäller?

Eftersom överkonsumtion enligt denna analys uppkommer genom att patienten inte behöver betala kostnaderna för den egna vården – utöver en mycket låg självrisk – så blir det absurt att ta upp problemet med underkonsumtion av vård. Underkonsumtion kan ju enligt denna analys uppkomma först då avgifterna är högre än kostnaderna. Det faktum att underkonsumtionen av sjukvård i det svenska samhället är väl dokumenterad (se tex Johansson [1970], Bygren [1974], Levnadsförhållanden [1976]) visar på betänkliga brister i denna analysmetod. I analysen beaktas därför inte det viktiga faktum att ökade avgifter kommer att öka underkonsumtionen, särskilt bland ekonomiskt svaga grupper.

Överkonsumtionsproblemet blir vidare något som uteslutande har att göra med enskilda individers val. Intresset fokuseras därmed till den enskilde individens beteende. Redan detta innebar en tveksam avgränsning av problemet. Det samhällseliga problemet om avvägning mellan sjukvård och annan konsumtion och om avvägningen av sjukvårdsinsatser mellan olika behov i samhället – problem som Ståhls överkonsumtionsproblem ju är en del av – reduceras genom denna avvägning mekaniskt till ett aggregat av individuella problem. Därigenom bortfaller en rad intressanta aspekter.

Själva definitionen av begreppet överkonsumtion följer sålunda av metoden: sådan konsumtion vars kostnader överstiger den enskilde konsumentens betalningsvilja. Den intressanta frågan om innebörden av begreppet överkonsumtion besvaras implicit av metoden och behöver därför inte ens ställas.

Vilka andra definitioner kan då tänkas? Man skulle tex kunna definiera överkonsumtion utifrån ett slags alternativkostnadsresonemang, där alternativkostnaden för en sjukvårdsinsats utgörs av storleken av de behov som med motsvarande resurskrav kan tillgodoses genom bästa alternativa sjukvårdsinsats som man därigenom måste avstå från. Överkonsumtion blir enligt denna senare definition sådan konsumtion som inte tillgodoser tillräckligt stora behov med hänsyn till resurskraven.

Denna senare definition är intressant om man utgår från en av grundstenarna i den nuvarande officiella svenska sjukvårdspolitiken; att vårdbehoven och ingenting annat bör styra sjukvårdskonsumtionen. Den ekonomisk-teoretiska definitionen blir däremot inte endast ointressant utan även direkt felaktig med denna utgångspunkt.

Metoden styr även analysen av hur problemet bör lösas. Det blir främst en fråga om ekonomiska incitament.<sup>3</sup> I den tidigare citerade inledningen till Ståhls artikel finns ju lösningen implicerad i problemformuleringen när han säger att patienten inte kan väga kostnaderna för sin sjukvårdskonsumtion mot annan konsumtion. Typiskt nog överger Ståhl också detta problem när det inte tycks möjligt att höja patientavgifterna.

Jag tror man måste göra en mer inträngande analys här. Överkonsumtionsproblemet kanske inte har så mycket med patientavgifterna att göra. Avgifterna påverkar främst enskilda individers transformering från behov till efter-

<sup>3</sup> Blomqvists resonemang om att bekämpa alkoholism och sjukdomar genom att låta individer "som genom eget handlande ökat sina risker" [Blomqvist 1980; sid 26] betala högre sjukforsakringspremier hör kanske till de tydligaste exemplen på "metodcentrerade" lösningar.

frågan. Men den intressanta transformeringen när det gäller överkonsumtionen är sjukvårdssystemets transformering från efterfrågan till konsumtion.

Om jag efterfrågar och konsumerar vård som jag inte har behov av så är ju detta överkonsumtion i sjukvårdspolitisk mening även om min betalningsvilja överstiger kostnaderna för vården, dvs även om det inte är överkonsumtion i ekonomisk-teoretisk mening. Ett nödvändigt villkor för att sjukvårdsresurserna skall kunna allokteras efter behov är att det sker en prioritering vid transformeringen från efterfrågan till konsumtion.

Patientavgifterna torde darvid inte endast vara irrelevanta och ineffektiva som prioriteringsinstrument; de kan även direkt motverka sitt syfte. Samtidigt som de ju saknar relevans för denna sjukvårdssystemets prioritering så försämrar höjda patientavgifter genom den ökade underkonsumtionen villkoren för att en sådan prioritering skall leda till att de viktigaste behoven i samhället tillgodoses.

#### Ekonomer — gycklare i sjukvårdsdebatten?

Det finns allvarliga brister i den svenska sjukvården, detta samtidigt som det saknas ekonomiskt utrymme för fortsatt expansion. De sjukvårdspolitiska målen är långt ifrån realiserade; underkonsumtionen är betydande samtidigt som det förekommer överkonsumtion, de regionala skillnaderna är stora, mycket tyder på att den övergripande resursallokeringen är långt ifrån optimal med hänsyn till målen, etc.

Dessa och andra problem är viktiga utmaningar inte minst för ekonomer. Det finns en betydande skepsis bland politiker, sjukvårdspersonal och allmänhet gentemot ekonomers möjligheter att bidra här.<sup>4</sup>

Mina studier inom sjukvården har blärt mig att denna skepsis till stor del är en sund reaktion på tillämpningen av sådana ekonomiska modeller och metoder i sjukvården som är utvecklade för att lösa andra problem och som varken är

anpassade till sjukvårdens verklighet eller mål.

För att ekonomerna skall kunna ge ett seriöst bidrag till att lösa sjukvårdens problem krävs en utveckling av nya snarare än ett upprepande av traditionella metoder och synsätt. Risken är eljest att ekonomerna kommer att agera gycklare i sjukvårdsdebatten.

Roland Granqvist\*

#### Referenser

- Anderson N.N., och Robin, L., [1976], "Observations on Potential Contributions of Health Planning", *International Journal of Health Services*, Vol 6, No 4, sid 651-666
- Björck, G., [1979], "Sjukvården — ett ekonomiskt eller humanitært problem?", *Ekonomisk Debatt*, årg 7, nr 7
- Blomqvist, Å., [1980], "Konsumentönskemål och effektivitet i sjukvården", *Ekonomisk Debatt*, årg 8, nr 1
- Bygren, L.-O., [1974], "Met and unmet needs for medical and social services", *Scandinavian Journal Soc Med*, Suppl 8
- Granqvist, R., [1978], "Allokering av sjukvårdens resurser — en teoretisk analys", *Studier i sjukvårdsekonomi II*, Akademilitteratur, Stockholm
- Johansson, S., [1970], *Låginkomstutredningen. Den vuxna befolkningens hälsotillstånd*, Allmänna förlaget, Stockholm
- Levnadsförhållanden, [1976], "Hälsa- och sjukvårdskonsumtion, 1974, Rapport nr 1", Sveriges officiella statistik, SCB, Stockholm
- Luft, H. S., [1978], "How Do Health Maintenance Organizations Achieve their 'Savings' Rhetoric and Evidence?" *New England Journal of Medicine*, Vol 298, No 24, sid 1336-1343
- Ståhl, I., [1979], "Sjukvården — problem och lösningar", *Ekonomisk Debatt*, årg 7, nr 7

<sup>4</sup> Denna skepsis kan fö exemplifieras med Gunnar Björcks artikel i *Ekonomisk Debatt* 7/79; sid 467-469, där Björck levererar en enligt min mening berättigad och allvarlig kritik mot vissa ekonomiska resonemang inom sjukvården samtidigt som han uppvisar en bristande insikt om vad ekonomer kan bidra med. Björck har således rätt när han menar att kalkyler över sjukvårdens lönsamhet från enbart ekonomiska utgångspunkter är meningslösa, men fel när han av detta drar slutsatsen att ekonomer inte behövs inom sjukvården.

\* Forfattaren är ekon dr och har disputerat på en avhandling om sjukvårdsekonomi. Han är verksam som forskare vid Arbetslivscentrum.