

Repliker och kommentarer*

Skall sjukvården privatiseras?*

Den marknad för sjukvårdstjänster som Ingemar Ståhl förespråkar har speciella egenskaper som gör den olämplig som allokeringsinstrument, anser Gunnar Persson. Producenterna får ett övertag över konsumenterna genom monopol på kunskap och produktion. □

Min utgångspunkt är den här. Från att konstatera, att marknaden är en bra institution för att koordinera produktion och konsumtion av *vissa* varor och tjänster, följer inte nödvändigtvis att den är bra för *alla* varor och tjänster. När ekonomer talar om marknaden som en bra institution så tänker de på att marknaden med sin "osynliga hand" relativt effektivt och billigt kan överföra information mellan köpare och säljare. Marknadens signalsystem fungerar med vad A Hirschman [1971] kallar sorti- respektive icke-sortibeteende, dvs konsumenten slutar köpa en vara om han är missnöjd. Processen har beskrivits i relation till en föreslagen omorganisation av sjukvården på följande sätt: "Varje individ betalar i början av varje år in en avgift, som

är beroende av ålder och kön, till en organisation (av flera konkurrerande, *min anmärkning*) som är ett kombinerat sjukvårds- och försäkringsföretag. Detta företag garanterar att vid behov tillhandahålla individen en adekvat vård. Är individen missnöjd med vården har han möjlighet att nästa år välja en annan organisation." [Ståhl 1979]

Har sjukvårdstjänster just de egenskaper, som gör dem lämpliga att organiseras via marknaden? Det betvivlar jag, och jag skall försöka att visa varför. För att marknaden ska vara en bra allokeringsmekanism krävs att de varor och tjänster som ska allokteras har vissa egenskaper.

Repetitiva transaktioner

Det bör röra sig om *repetitiva transaktioner* för konsumenten. Typiska exempel på varor som köps ofta är dagligvarubeståndet, främst livsmedel, och därefter i sjunkande grad varor som kläder och kapitalvaror, tex tvättmaskin och bil. Poängen med repetitiva transaktioner är att konsumenten har en viss chans att

* Jag har fått vardefulla synpunkter från Christian Groth och Hans Keiding vid Økonomisk institut, Københavns Universitet.

* 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.

lära sig vad som är bra och vad som är dåligt i förhållande till priset. Det är intressant att notera i det här sammanhanget att ju mindre repetitiva transaktionerna är, desto mindre tillit har konsumenterna till marknaden, och att de i stället reser krav på ingripanden av myndigheter genom tex produktkontroll, kvalitetsmärkning och garantier.

Sjukvården befinner sig bestämt i kategorin icke-repetitiva eller låg-repetitiva transaktioner. Visserligen besöker den genomsnittlige individen sjukvården några gånger per år, men knappast för att efterfråga samma tjänst. För en stor grupp konsumenter går det årtal mellan konsultationer och behandlingar, som då oftast rör olika slag av sjukvårdstjänster. Det finns undantag till detta, t ex läkare, som söker sjukvård, eller fotbollsspelare, som har återkommande menisksador och som börjar lära sig om vården är adekvat eller inte. Vi kan alltså konstatera att konsumenten har otillräckliga möjligheter att lära sig, vad som är bra vård i förhållande till priset därför att han "köper" vård så sällan.

Irreversibla effekter

Det bör röra sig om transaktioner, som inte har allvarliga *negativa irreversibla effekter*. Med negativa irreversibla effekter menar jag sådana effekter, som dels inte är avsedda och dels inte kan "återkallas", göras ogjorda. Om man köper en flaska juice som inte smakar bra är det beklagligt, men det skapar inga irreversibla effekter. (Om juicen var förgiftad, kan det däremot skapa irreversibla negativa effekter i en skala från bråd död till mer eller mindre allvarliga skador i den mänskliga organismen.) För många produkter gäller dessutom, att transaktionerna är reversibla, t ex genom garantiregler, bytesrätt, ångertid etc. Ett typiskt exempel på produkter, som har stor risk för negativa irreversibla effekter, är just sjukvård. Problemet med irre-

versibla effekter är, att konsumenten inte kan utnyttja möjligheten att sluta köpa varan förrän det är för sent, dvs att ett sortibeteende icke fungerar.

Här som i frågan om transaktionernas repetitivitet så rör det sig om gradskillnader snarare än om artskillnader, när vi jämför sjukvårdstjänster med andra varor och tjänster. För den stora mängden varor har man kunnat radikalt minska riskerna för sådana effekter, men då i allmänhet genom ingripanden av staten på marknaden, inte genom överenskommelser mellan köpare och säljare. Jag tänker på de olika former av produktkontroll som tex livsmedelsproduktion är underkastad och som utövas av hälsovårdsnämnder och andra myndigheter.

I sjukvården uppträder irreversibla effekter antingen i form av felbehandling, otillräcklig behandling eller utebliven behandling. Det traditionella sättet att minimera riskerna för irreversibla effekter i sjukvården har varit att etablera regler för hur behandlingen (produktionen) skall gå till, utveckla stränga yrkesetiska regler, strikt och enhetlig utbildningskontroll och etableringskontroll. Mönstret är likartat – men alls inte lika extremt – för exempelvis elektrikerbranschen som för sjukvården.

Den konkreta effekten av sådana "säkerhetsregler" – om vi nu tänker oss en marknadsmässig organisation av sjukvården med konkurrerande organisationer i enlighet med Ståhls organisationsmodell – är att konkurrensmöjligheterna mellan producenterna kraftigt beskärs. Om inte samtidigt de regler för behandling som nu existerar liberaliseras, är det alltså långt ifrån givet att en mer marknadsmässig organisation leder till större konkurrens och differentiering i utbudet. Det är precis den konklusionen, som de mera konsekventa kritikerna av den offentliga sektorn och offentlig sjukvård kommit till. En av dem, Milton Friedman, föreslår att legitimering av läkare

och andra former av politisk produktkontroll kraftigt skall inskränkas för att skapa en reell konkurrens. Att han helt tycks ignorera irreversibla negativa effekter, behöver väl inte påpekas. Men om reglerna liberaliserades, så skulle vi komma i en valsituation, där vi å ena sidan möjligtvis får vissa effektivitetsvinster, men möjligtvis också en stigande mängd irreversibla negativa effekter.

Också på denna punkt finner vi alltså att sjukvård uppvisar vissa egenskaper, vilket inte gör marknadsallokering omedelbart överlägsen.

Informationsmonopol för producenten

Om sjukvårdsproducenter skall kunna ge en adekvat tolkning av informationen från konsumenternas beteende, så bör sjukvårdstjänster vara så normala varor. Men sjukvård har sådana egenskaper att konsumenterna tenderar att föredra den dyrare av identiska varor eller tjänster.

Om två konkurrerande sjukvårdsorganisationer bjuder ut samma tjänst, men till olika pris, så behöver inte den normala konkurrensmekanismen slå igenom. Givet att sjukvårdstransaktionerna är icke-repetitiva, så tenderar konsumenten att ta priset som den bästa approximationen på tjänstens kvalitet. (Kvalitet betyder här adekvat vård.) Det som gör att konsumenten är fixerad vid tjänstens kvalitet är risken för irreversibla negativa effekter. Att konsumenten tar priset på tjänsterna som en signal för kvalitet beror på att det finns få andra tänkbara kriterier som kan användas. Dessutom kan man vänta sig att konsumenterna är prisokänsliga därför att det oftast finns få eller inga substitut till sjukvård. Det kan gälla valet mellan liv och död, normalt liv och allvarlig invaliditet, kort och lång sjukdom. Det är klart, att man genom att sätta priserna prohibitivt höga skulle kunna framtvinga en drastisk inskränkning av vissa konsu-

menters valmöjligheter eller generera substitut såsom folkmedicin, egenvård och kvacksalveri. Risken för negativa irreversibla effekter ökar då kraftigt. Men det är knappast den typen av drastiska förändringar som är aktuella, utan snarare de möjliga effekterna av ett ökat marknadsmässigt inslag, där konsumenterna förväntas ge producenterna information om sin inställning till marginella skillnader i kvalitet och priser.

Producentens monopolställning i informationshänseende på sjukvårdsmarknaden vilar naturligtvis på reella skillnader i kunskaper mellan producent och konsument när det gäller sjukvård. Det innebär att en sjukvårdsorganisation i allmänhet inte har några problem att övertala konsumenten, att dess priser avspeglar en reell kvalitet, även när så icke är fallet. Det finns en massa all dagliga exempel på effekterna av denna asymmetri i kunskapsnivå, så tex är den nästan religiösa vördnad som läkarkåren möter i folkmedvetandet inte så olik den som medicinmännen möter i andra kulturer.

Det är uppenbart, att risken för missbruk av ett informationsmonopol är stor, om sjukvårdsorganisationerna kan tjäna pengar på det.

Externaliteter i konsumtionen

Det är ett välkänt problem från välfärds teorin att marknadslösningar inte är optimala (effektiva) om det föreligger externaliteter i konsumtionen. Argumentet har stor relevans för debatten om sjukvårdens och sjukvårdsförsäkringarnas organisation.

Ståhl har föreslagit att premien för sjukpenningsförsäkring skall göras svagt riskbestämd och att det skall finnas valmöjligheter med avseende på antal karensdagar. En tänkbar effekt av en sådan organisation är att konsumtionen av sjukledighet minskar eftersom försäkringar med noll eller få karensdagar blir

prohibitivt dyra. (Personer med låg förväntad sjuklighet väljer billigare försäkringsalternativ med lång karenstid.) Men en alltför låg konsumtion av sjukledighet har typiskt nog externa effekter, liksom en för låg konsumtion av sjukvård, genom att den genererar en större omfattning av epidemier än vad som annars vore fallet.

På ett mer allmänt plan kan man säga att det som kan kallas sympati ofta ingår i individernas preferenser i relation till sjukvård. (Jfr Sen [1978].) Sympati innebär att individen inte bara har sin egen hälsa i sina preferenser utan också andras hälsa eller det "allmänna hälsotillståndet". Detta kan då betraktas som ett slags externalitet.

Monopol eller fri konkurrens

En förutsättning för att effektivitetsvinster skall kunna göras är att det kan förväntas att marknaden kännetecknas av konkurrens. Vi kan emellertid utgå från att stordriftsfördelar gör sig gällande här som i praktiskt taget alla andra former av produktion. Konsekvensen blir sannolikt, att vi får en oligopolistisk marknadsstruktur i de större befolkningsområdena och monopolistiska organisationer i övriga områden. Eftersom sjukvårdstjänsterna i huvudsak är knutna till behandling i hemorten (ett rimligt konsumentkrav), så kan vi inte heller förvänta oss någon utländsk konkurrens som en restriktion på de inhemska producenterna. Nu menar jag inte att oligopol och monopol alltid är ett tillräckligt argument för offentligt ägande. Vad som gör en oligopolistisk struktur extra problematisk i sjukvårdsproduktionen, är förstas de förhållanden som berörts. Riskerna för

att sjukvårdsföretagen skall utnyttja sin monopolställning är stora. Till de faktorer som bidrar till att göra priskonkurrensen mindre trolig också för tjänster av husläkartyp hör att producenterna domineras av en yrkeskår med högt utvecklad kåranda och tradition av enhetlig prisättning.

Sammanfattning

En sannolikt oligopolistisk eller monopolistisk marknadsstruktur, den påtagliga asymmetrin i kunskap mellan producent och konsument, de icke-repetitiva transaktionerna och de felaktiga signaler som priset kan ge tenderar att skapa ett slags producentens suveränitet i en marknadsorienterad sjukvårdsorganisation. Denna är närvarande också i det nuvarande systemet, där man i den politiska processen har svårt att bemästra de professionella administratörerna och läkarkåren. Men en helt avgörande fördel med nuvarande system är att denna producenternas suveränitet *inte* är kopplad till profitmaximering. Vidare förefaller det vara så att den politiska processen på ett bättre sätt kan förmedla individernas preferenser, om de innehåller sympati, dvs en strävan till jämn fördelning av sjukvårdskonsumtionen.

Gunnar Persson*

Referenser

- Hirschman, O., A., [1971], *Exit, Voice and Loyalty*
 Sen, K., A., [1978], "Rational Fools: A Critique of the Behavioral Foundations of Economic Theory", i Harris (red), *Scientific Models and man*
 Ståhl, I., [1979], "Trygghetssverige - ett genomgripande förslag", inför SAF-kongressen 1980, *expertrapporter volym 2* Skapande eller bevakande Sverige

* Forfattaren är fil.dr och lektor i social- och arbetsmarknadspolitik vid Økonomisk institut, Københavns Universitet.