

Svar till Granqvist:

Konsumentstyrning eller expertvälde?

Frågan är om ett decentraliserat system med valmöjligheter för patienterna mellan konkurrerande sjukvårdsproducenter bättre kommer att svara mot medborgarnas värderingar än ett system som styrs på politisk väg genom en centraliserad sjukvårdsbyråkrati, skriver Blomqvist i sitt svar till Granqvist. □

Om världen vore så beskaffad att vi kunde använda obegränsade resurser för sjukvården utan att därigenom behöva uppoffra andra varor och tjänster, så skulle vi kunna tanka oss ett verkligen högklassigt sjukvårdssystem. Alla människor skulle ha tillgång till de mest vältränade läkare, utan väntetid, i hemmet eller på en närbelägen läkarmottagning och skulle kunna tas in på de mest välutrustade sjukhus utan att behöva ta långa resor eller vänta på plats, och patienter skulle kunna få stanna på sjukhuset så länge de ville. Varje sjuk människa skulle kunna få behandling svarande mot den mest moderna teknik, vare sig hennes sjukdom vore "allvarlig" eller ej. Kort sagt, vi skulle kunna tillgodose patienternas varje önskemål.

Men olyckligtvis har vi inte obegränsade resurser, vare sig inom sjukvården eller annorstädes, så i verkligheten kommer vi bara att kunna tillgodose en del av patienternas önskemål. Vi får på så sätt ett *allokeringsproblem*: när resurserna är begränsade, hur skall vi avgöra vilka önskemål som skall tillgodoses?

I ett par artiklar i *Ekonomisk Debatt* (Ståhl [1979] och Blomqvist [1980]) har Ingemar Ståhl och jag skisserat hur detta valproblem skulle kunna lösas genom organisationsmetoder som bygger på mer individuell valfrihet för konsumenterna och på mer konkurrens inom sjukvårdssystemet än vad som råder idag. Vi är

fullt medvetna om att konsumenterna är handikappade av brist på teknisk information: det är därför jag till exempel förordar en omfattande kontroll i form av ett "standardkontrakt" som skulle beskriva den utsträckning i vilken varje konsument måste vara försäkrad och som också skulle definiera sjukvårdsföretagens skyldigheter gentemot sina försäkringstagare. Av skäl som diskuteras i de båda artiklarna tror jag inte desto mindre att en sådan lösning skulle kunna leda till bättre effektivitet (med andra ord ökat välbefinnande för patienterna utan ökad resursinsats) och skulle kunna genomföras utan oönskade fördelningskonsekvenser.

Verkliga behov

I en skarp kritik av Ståhls och min diskussion underkänner Roland Granqvist de organisationsmetoder vi har föreslagit. Enligt hans argumentering är konsumenterna inte tillräckligt "rationella" eller välinformerade för att anförtros uppgiften att själva påverka typen och omfattningen av den vård de får genom sitt val av sjukvårdsproducent. I stället förordar han en lösning som såvitt jag kunat förstå bygger på principen att konsumentönskemål av de slag vi beskrivit indelas i två kategorier, nämligen de som svarar mot "verkliga behov" och de som inte gör det. Resurser allokeras endast för att tillgodose de förra; om resurserna inte räcker för att möta alla "verkliga behov" bör vi vägledas av principen att de skall göra det i största möjliga utsträckning.

Det är inte helt klart vem det är som skall definiera "behoven" och skilja dem från vanliga önskemål. Granqvist verkar tro att det kan utkristalliseras i form av "sjukvårdspolitiska mål" som fastställs i "en demokratisk process". Men man kan ju då fråga sig vad som hander med konsumenternas begränsade rationalitet och bristande information.

Om det förutsätts att de faktorerna gör konsumenterna oförmögna att välja mellan olika sjukvårdsproducenter eller sjukförsäkringskontrakt för sig själva, så måste man väl rimligtvis vänta sig att de också kommer att påverka deras beteende som väljare.

Möjligtvis är det tänkt att i ett centraliserat system, som styrs indirekt på politisk väg, är "experterna" (dvs läkarna och sjukvårdssystemets byråkrater) litet bättre skyddade mot påtryckningar från de irrationella och dåligt informerade patienterna och därmed har mera frihet att styra resursallokeringen i enlighet med de "verkliga behoven" snarare än patienternas önskemål. Å andra sidan verkar det litet svårt att hävda att systemet då kan karakteriseras som "demokratiskt".

Om vi förutsätter att Granqvist verkligen menar vad han säger när han talar om att de sjukvårdspolitiska målen skall fastställas i en demokratisk process, så blir slutsatsen att systemet också då skall styras av vad det är patienterna vill ha. Skillnaderna mellan våra respektive bedömningar hur systemet bäst skall organiseras hänför sig därför till det praktiska problemet huruvida ett decentraliserat system med valmöjligheter för patienterna mellan konkurrerande sjukvårdsproducenter bättre kommer att svara mot medborgarnas varderingar än ett system som styrs på politisk väg genom en centraliserad sjukvårdsbyråkrati. Meningslösa metafysiska distinktioner mellan "verkliga behov" och "preferenser" eller mellan "medicinskt motiverad" och annan vård, har ingenting med den frågan att göra; de kan snarast betraktas som en aningslös övertro på möjligheten att få problemet att försvinna genom att överlåta lösningen till "experter".

Sjukvårdsförsäkringars omfattning

I sin diskussion av Ståhls och mina förslag ägnar Granqvist också uppmärksamhet åt en del icke önskvärda styrningseffekter som skulle kunna uppstå i ett system där producenterna av sjukvårdstjänster skulle tvingas ta hänsyn till

verksamhetens lönsamhet. Flera av hans observationer förefaller mig riktiga. Det är tex sant att den privatekonomiska lönsamheten av behandling av smittosamma sjukdomar, eller av medicinskt forsknings- och utvecklingsarbete, skulle tendera att understiga den samhälls-ekonomiska lönsamheten och speciell lagstiftning eller ekonomiskt stöd skulle behövas för att ta hänsyn till detta. Jag har emellertid svårt att acceptera Granqvists scenario beträffande sjukvårdsföretagens troliga marknadsförings- och behandlingsstrategi. Han tycks ha missat poängen att vid en given tidpunkt de flesta människor är intresserade av att ha en sjukförsäkring inte därför att de redan är sjuka utan därför att de *kan bli* sjuka i framtiden. Ett sjukvårdsföretag som koncentrerade sina resurser på behandling av de minst vårdkrävande grupperna bland sina försäkringstagare skulle snabbt förlora kunder. De problem med diskriminerande marknadsföring som skulle kunna uppstå skulle hänföra sig till de patienter som redan från början kunde identifieras som "dåliga risker" (tex kroniskt sjuka patienter) och det är därför angeläget att speciella regler skulle tillämpas för att garantera att de skulle få försäkringsskydd (se diskussionen i Blomqvist [1980]). Men när ett företag väl fått ansvaret för en given patient kan det naturligtvis inte riskera att få dåligt rykte bland andra försäkringstagare genom att ge undermålig behandling. Patienterna skulle ju dessutom åtnjuta ett lagligt skydd genom det försäkringskontrakt de tecknat med sjukvårdsproducenterna.

Granqvist kritiserar också mina förslag därför att de skulle göra det omöjligt för individer att försäkra sig i större utsträckning än vad som motsvarade det sk voucher-beloppet som patienterna skulle använda som betalning för sin sjukförsäkring. Jag hade inte för avsikt att föreslå någon sådan begränsning; det finns ingenting i ett voucher-system som skulle hindra en individ att teckna en mer omfattande försäkring än "standardkontraktet" mot betalning av en extra premie till sjukvårdsproducenten.

Konsumentstyrning

I slutklämmen till sin artikel konstaterar Granqvist att allt inte är väl inom det nuvarande svenska sjukvårdssystemet: "underkonsumtionen är betydande samtidigt som det finns tecken till överkonsumtion, de regionala skillnaderna är stora, mycket tyder på att den övergripande resursallokeringen är långt ifrån optimal med hänsyn till målen, etc." Situationen är desto svårare eftersom ett hårdnande landstingsekonomiskt klimat håller på att ge mindre utrymme för fortsatt expansion.

Men de här två problemen är kanske inte helt oberoende av varandra. Det förefaller mig sannolikt att den landstingsekonomiska klimatförsämringen reflekterar medborgarnas minskade benägenhet att satsa resurser på en ytterligare utbyggnad av sjukvårdssystemet i dess nuvarande form, givet den möjliga förbättring i deras förväntade hälsotillstånd som en sådan utbyggnad skulle kunna ge. Om det förhåller sig på det sättet, så tycker jag att det finns all anledning att undersöka möjligheterna att omorganisera systemet så att dess resurser används mera effektivt, dvs på ett sätt som närmare svarar mot medborgarnas värderingar av de vårdtjänster som systemet producerar. Ståhls och mina förslag till omorganisation skall ses mot den bakgrunden.

Granqvist godkänner inte ovanstående resonemang. Enligt hans mening kan

vanliga medborgare (eller vanliga nationalekonomer med "traditionella metoder och synsätt") inte väntas förstå "sjukvårdens verklighet" eller "sjukvårdspolitiska mål" som har att göra med "verkliga behov", inte med vad folk själva vill ha tillgång till om de blir sjuka. De som yttrar sig i sjukvårdsdebatten utan att ha blivit initierade i dessa "sjukvårdspolitiska mål" är inte "seriösa" och de riskerar att bli betraktade som "sjukvårdsdebattens gycklare".

Det "traditionella synsätt" som Granqvist kritiserar bygger på det faktum att när allt kommer omkring så är det faktiskt de vanliga medborgarna som betalar för sjukvården, vare sig det sker genom skattemedel eller på annat sätt. Det måste därför ytterst vara dessa vanliga medborgare som skall besluta om resursallokeringen till sjukvården, och de som tror sig ha speciella insikter om vilka "sjukvårdspolitiska mål" som skall styras besluten får finna sig i att deras omdömen emellanåt sätts ifråga. Att karakterisera dem som föreslår alternativa beslutsmekanismer som "gycklare" bidrar inte till att föra diskussionen framåt.

*Åke Blomqvist**

Referenser

- Blomqvist, Å. [1980], "Konsumentönskemål och effektivitet i sjukvården", *Ekonomisk Debatt* årg 8, nr 1
 Ståhl, I. [1979], "Sjukvården - problem och lösningar", *Ekonomisk Debatt*, årg 7, nr 7

* Forfattaren är associate professor i nationalekonomi vid University of Western Ontario och 1979-80 gästforskare vid Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet.