

# Svensk hälso- och sjukvårdspolitik i internationellt perspektiv

**Ur KB:s samlingar**

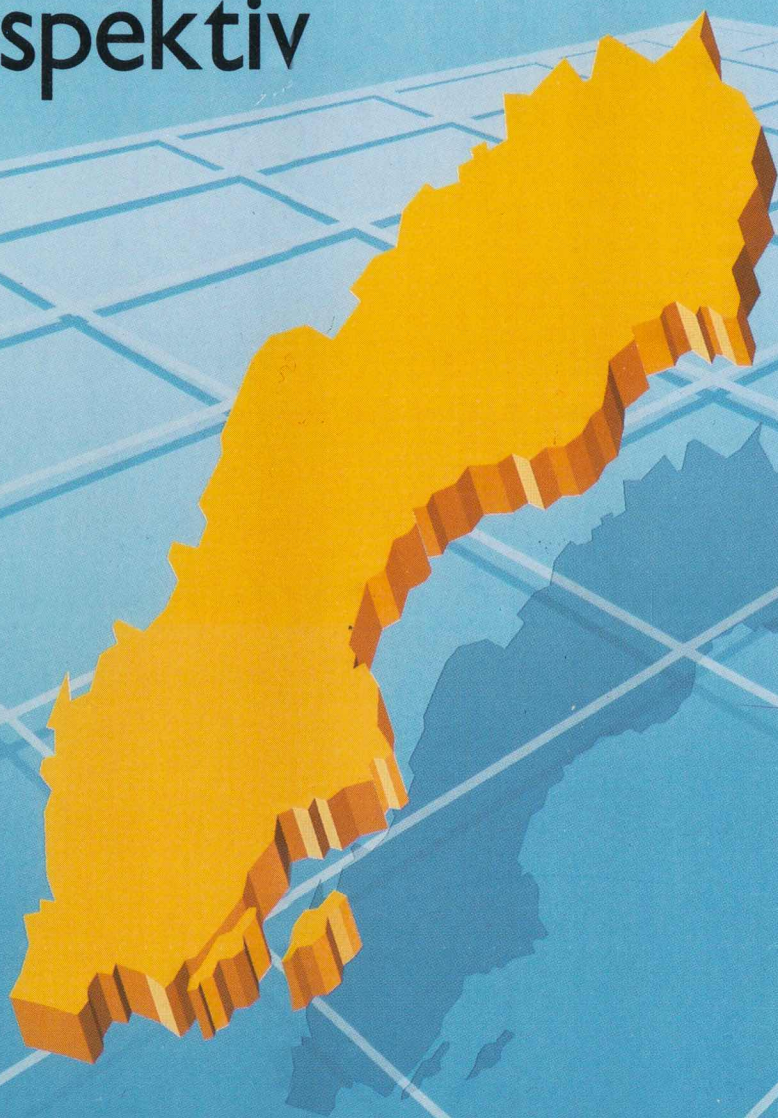
Digitaliserad år 2015



National Library  
of Sweden

Bilaga I I till LU90

# Svensk hälso- och sjukvårdspolitik i internationellt perspektiv



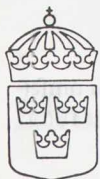
Bilaga I I till LU90

RefKE

Occ

SOU

1990:14



Finansdepartementet  
Stockholm 1990

# Svensk hälso- och sjukvårdspolitik i internationellt perspektiv

Åke Blomqvist

Bilaga 11 till Långtidsutredningen 1990

Allmänna Förlaget har utgivit en bibliografi över SOU och Ds som omfattar åren 1981–1987. Den kan köpas från förlagets Kundtjänst, 106 47 STOCKHOLM.

Best. nr. 38-12078-X.

Beställare som är berättigade till remissexemplar eller friexemplar kan beställa sådana under adress:

Regeringskansliets förvaltningskontor

SOU-förrådet

103 33 STOCKHOLM

Tel: 08/763 23 20 Telefontid 8<sup>10</sup>–12<sup>00</sup> (extern och internt)

08/763 10 05 12<sup>00</sup>–16<sup>00</sup> (endast internt)

## Förord



Långtidsutredningen 1990 utarbetas inom finansdepartementets strukturpolitiska enhet. I samband med utredningen har ett antal specialstudier genomförts. Huvuddelen av dessa publiceras som bilagor till utredningens huvudrapport.

Föreliggande bilaga har utarbetats av Åke Blomqvist, professor i nationalekonomi vid University of Western Ontario, London, Kanada. I bilagan behandlas svensk hälso- och sjukvårdspolitik i ett internationellt perspektiv. Sjukvårdssystemet i Sverige jämförs med systemen i Storbritannien, Kanada och Förenta staterna. Avslutningsvis skisserar författaren åtgärder som skulle kunna öka effektiviteten i det svenska sjukvårdssystemet. Översättning av bilagan, som ursprungligen skrivits på engelska, har utförts av Inga-Lill Viotti.

Ansvar för långtidsutredningens bilagor och för de bedömningar de innehåller vilar på respektive författare. Av huvudrapporten framgår hur bilagorna använts i utredningens arbete.

Finansdepartementets kontaktman har varit kanslirådet Urban Karlström.

Stockholm i augusti 1990

Lars Heikensten  
Finansråd



# Innehåll

Författarens förord . . . . .	7
1. Inledning . . . . .	9
Appendix . . . . .	13
Sjukvårdssystemen i Sverige, Storbritannien, Kanada och Förenta staterna: En kort beskrivning . . . . .	13
Sverige . . . . .	13
Storbritannien . . . . .	14
Kanada . . . . .	16
Förenta staterna . . . . .	17
2. Hälsa- och sjukvårdspolitik: Ett ekonomiskt perspektiv . . . . .	21
Den ekonomiska ansatsen . . . . .	21
Marknaden eller staten: Offentlig versus privat organisation av sjukvården . . . . .	26
Det rörliga målet: Föränderliga teknologiska gränser . . . . .	35
3. Sjukvårdssystem i jämförelse: organisation och funktionssätt . . . . .	41
Sjukförsäkring och sjukvårdsfinansiering . . . . .	42
Incitament och kostnadskontroll i produktionen av sjukvårdstjänster . . . . .	52
Resursanvändning, kostnader och prestationsförmåga i sjukvårdssystemen . . . . .	63
4. Effektivitetshöjande åtgärder inom den svenska sjukvården . . . . .	69
Inledning . . . . .	69
Effektiv sjukvårdsproduktion . . . . .	70
Försäkringsfrågor . . . . .	77
Sammanfattning och avslutande kommentarer . . . . .	81
Referenser . . . . .	83



## Författarens förord

Denna uppsats skrevs delvis när jag besökte Nationalekonomiska institutionen vid Handelshögskolan i Stockholm under sommaren 1989. Jag skulle vilja tacka Karl Jungenfelt, Monika Pejne, Lars Bergman och Lars Jonung, för gästfrihet och värdefulla diskussioner under min vistelse i Sverige. Jag fick hjälp också av olika slag från Hans Bergström, Sven Blomqvist, Marianne Boivie, Hans Hallander, Lars Heikensten, Rein Hino, Lars Johansson, Bengt Jönsson, Björn Lindgren och Urban Karlström.

University of Western Ontario, London, Kanada, i april 1990

Åke Blomqvist



## Inledning

I de flesta industriländer har sjukvårdssektorn blivit en av de största förbrukarna av ekonomiska resurser och prognosen är att dess andel kommer att fortsätta att öka. Delvis som ett resultat av detta har också frågor som rör effektiv användning av resurser inom sjukvården tilldragit sig ökande uppmärksamhet. "Sjukvårdsekonomi" har blivit ett växande specialområde inom mikroekonomin och i analyser av ekonomisk politik.<sup>1</sup>

Denna uppsats tar några aktuella metodologiska och empiriska arbeten på det sjukvårdsekonomiska området som utgångspunkt i ett försök att analysera och utvärdera ett antal aspekter på det svenska sjukvårdssystemet. Den föreslår också möjliga vägar genom vilka systemet kan modifieras för att åstadkomma en effektivare kostnads kontroll och för att fördela existerande resurser på ett sätt som bättre stämmer överens med medborgarnas önskemål om väl tillgänglig, högkvalitativ sjukvård.

Efter det korta inledningskapitlet börjar den centrala delen av uppsatsen, i kapitel 2, med en diskussion av vad som kan kallas "den ekonomiska ansatsen" till analys av sjukvårdspolitikens problem. Tre huvudfrågor tas upp i denna diskussion. *För det första*, kan det ekonomiska effektivitetsbegreppet vara till hjälp vid en analys av sjukvårdspolitik? Är det ekonomiska effektivitetsbegreppet förenligt med de alternativa definitioner av sjukvårdspolitiska mål som ofta hörs i den allmänna debatten? *För det andra*, vilka är de kvalitativa skillnaderna mellan sjukvård och övriga varor och tjänster, och i vilken utsträckning gör dessa skillnader konkurrensmarknader olämpliga som institutionell mekanism för att allokera resurser inom sjukvården? Vad kan en analys av dessa skillnader säga om sättet på vilket offentliga ingripanden i sjukvårdssektorn borde struktureras? *För det tredje*, teknologin inom sjukvården genomgår för närvarande mycket snabba och dramatiska förändringar. Kan ekonomisk analys vara till hjälp när det gäller att formulera en sjukvårdspolitik som innebär ett effektivt utnyttjande av de möjligheter som den nya teknologin erbjuder?

I uppsatsens kapitel 3 jämförs det svenska sjukvårdssystemets uppbyggnad med motsvarigheterna i tre andra länder vilka valt mycket olika sätt att utforma sina sjukvårdssystem.<sup>2</sup> Tonvikten är lagd på de aspekter av sjukvårdssystemens konstruktion som identifierats som särskilt viktiga i kapitel 2. Mera specifikt inriktas diskussionen på frågor som: Vilken typ av (privat och/eller offentligt) försäkringsskydd är medborgarna försedda med, och hur är sjukförsäkrings- och sjukvårdssystemen finansierade? Hur är systemen för primärvård och sjukhusanknuten vård organiserade, och hur är de koordinerade? Hur sker betalning till läkare (inom primär- och

<sup>1</sup> Sedan 1982 inkluderar den prestigefyllda tidskriftsserien från North Holland en tidskrift ägnad uteslutande åt detta område (*Journal of Health Economics*), och under 1980-talet publicerade Organization for Economic Cooperation and Development flera specialstudier om sjukvårdspolitik (OECD, 1985, 1987). En aktuell översiktsartikel av M. Pauly i *Journal of Economic Literature* (Pauly, 1986), anger över 140 aktuella referenser och det finns ett antal läroböcker i hälso- och sjukvårdsekonomi i Förenta Staterna, Storbritannien och Kanada.

<sup>2</sup> För de läsare som inte redan är hemmastadda med de grundläggande institutionella och statistiska dragen hos sjukvårdssystemen i de här diskuterade länderna, finns även en kort översiktlig beskrivning i Appendix till detta kapitel.

specialistvård)? Vilka mekanismer används vid beslut om införande och utnyttjande av ny teknologi? Kapitlet avslutas med ett avsnitt i vilket grundläggande data rörande resursanvändning, aggregerade kostnader och systemens allmänna funktionssätt sammanfattas och kritiskt diskuteras.

I kapitel 4, slutligen, diskuteras olika möjliga reformer inom det svenska sjukvårdssystemet i ljuset av de analytiska principer och erfarenheter från andra länder som behandlats i kapitlen 2 och 3. Diskussionen är uppdelad på två huvudområden: (1) Reformer som siktar mot att förbättra effektiviteten i produktionen av sjukvårdstjänster inom ramen för det existerande försäkringssystemet; och (2) reformer som påverkar utformningen, graden av försäkringsskydd, och finansieringen, av själva försäkringssystemet.

Vad gäller effektiviteten i produktionen koncentreras diskussionen på möjligheten att ändra de finansiella incitamenten för läkare, sjukhusledning och övriga verksamma inom sjukvården och införa mer betydande inslag av konkurrens mellan oberoende producenter eller organisationer inom sjukvården. En central fråga här är i vilken utsträckning det är möjligt att främja effektiviteten utan att äventyra vårdens kvalitet. Möjligheten att genom mera precisa juridiska ansvarsregler främja vårdkvaliteten berörs mycket kort.

När det gäller försäkringar, fokuseras diskussionen på sådana frågor som hur heltäckande dessa bör vara och i vilken utsträckning patienter skall förväntas betala en del av kostnaden för viss typ av vård. Det finns också en diskussion av de viktiga frågor som rör vilka kriterier som bör användas vid utvärderingen av nya teknologier som eventuellt kan bli en del i den behandling som täcks av den offentliga försäkringen, och vilka principer som bör användas när tillgången till vissa slag av ny teknologi måste ransoneras. Frågan ställs också om det skulle vara fördelaktigt att erbjuda individer större frihet att välja bland alternativa försäkringsarrangemang, i vilka man själv kan bestämma hur omfattande och hur heltäckande försäkringarna skall vara, eller om det måste anses oförenligt med principen om lika rätt till sjukvårdservice att ge patienterna sådana valmöjligheter.

I ett kort avslutande avsnitt sammanfattas ett antal specifika förslag till reformer inom det svenska sjukvårdssystemet. De är:

- införande av större frihet för patienter att välja sina primärvårdsproducenter;
- utnyttjande av någon form av per capita-system som ett sätt att ersätta primärvårdsproducenter;
- att ge primärvårdsproducenter ansvar för en del av kostnaderna för de andra tjänster (producerade av sjukhus, laboratorier etc) som nyttjas av deras patienter;
- användande av någon form av DRG-(Diagnosis-Related Groupings) system för att kontrollera och jämföra effektiviteten vid olika sjukhus och möjligen också för att ersätta dem för de tjänster de tillhandahåller;
- att utforma mer exakta definitioner av vad högkvalitativ vård innebär och av producenternas lagliga skyldighet att förse sina patienter med högkvalitetsvård;

- fortsatt utveckling av systematiska metoder för teknologiutvärdering och av principer för hur tillgången till kostnadskrävande teknologier skall ransoneras.
- införande av regler som tillåter dem som så önskar att "välja bort" den offentliga försäkringen och i stället ersätta den med motsvarande privat försäkring.



## Appendix

### Sjukvårdssystemen i Sverige, Storbritannien, Kanada och Förenta staterna: En kort beskrivning

En detaljerad jämförelse av sjukvårdssystemen i Sverige och de tre övriga länder som studeras i denna uppsats, görs i kapitel 3. Någon kännedom om det breda spektrum av institutionella arrangemang som förekommer i de fyra systemen kan emellertid vara till hjälp som en bakgrund för diskussionen i kapitel 2 av de allmänna principerna för sjukvårdspolitiken. För de läsare som inte redan känner till dessa ger detta Appendix en mycket kort sammanfattande beskrivning av huvuddragen i de fyra systemen. Beskrivningarna är organiserade under fyra huvudrubriker: (1) sjukförsäkrings-systemet; (2) finansieringskällorna för sjukförsäkring och sjukvårdsproduktion; (3) organisationen och ledningen av sjukhus och övriga institutioner, och specialistvård; och (4) systemet för tillhandahållande av primärvård.

#### Sverige

##### 1. Sjukförsäkring

*Offentlig försäkring.* Obligatorisk allomfattande system som täcker kostnaderna för de flesta typer av primär-, sjukhus-, och specialistläkarevård, inklusive långtidsvård, och större delen av tandvården.

*Privat försäkring.* Spelar en mycket begränsad roll, även om på senare år en ansevärd mängd tjänster, bl a vissa former av icke akut kirurgi, har tillhandahållits av privata kliniker som arbetat utanför det offentliga försäkringssystemet och tagit betalt för sina tjänster direkt från patienterna. Dessa kliniker finns huvudsakligen i de större städerna.

*Patientens kostnadsandel.* Patienter betalar en avgift på 60 kronor (omkring 12 dollar) per besök hos en primärvårdscentral, sjukhusmottagning (för ej inlagda patienter) eller privatpraktiserande läkare. Det finns emellertid en övre gräns för den totala summa som en patient kan tvingas betala per år, och de avgifter som betalas av personer med låga inkomster kan betalas tillbaka genom socialbidragssystemet.

*Frihet att välja vårdproducent.* Begränsad; de flesta patienter är hänvisade till vård från primärvårdscentralen och vissa sjukhus som betjänar det geografiska område där de bor. Patienter i större städer kan emellertid välja att ta emot vård (som täcks av den allmänna försäkringen) från en privatpraktiserande läkare.

## 2. Finansiering av sjukförsäkring och sjukvårdstjänster

Större delen av kostnaderna för sjukförsäkring och sjukvårdstjänster betalas av landstingen, en myndighet på mellannivå (mellan staten och kommunerna) vilkas viktigaste ansvar är finansieringen och administrationen av sjukvården. Det mesta av landstingens inkomster kommer via en proportionell inkomstskatt, vars indrivande administrativt integrerats med den statliga progressiva inkomstskatten. (Skattesatsen skiljer sig från landsting till landsting.) Staten bidrar emellertid med en del av kostnaderna för vissa sjukvårdstjänster, och en del tjänster (t. ex. de som tillhandahålls av de flesta privatpraktiserande läkare) betalas via de offentligt administrerade sjukförsäkringarna.

## 3. Förvaltning, administration och ledning av sjukhus och specialistvård

Samtliga sjukhus är direkt ägda och förvaltade av landstingen. Deras personal (inklusive sjukhusbaserade läkare) är anställd och avlönad av landstingen. Även om försök för närvarande pågår att öka graden av decentralisering av beslutsfattandet inom varje landsting, har budgetering och administration tidigare varit centraliserade, med relativt liten självständighet för enskilda sjukhus eller sjukhuskliniker.

Ett begränsat antal specialistläkare praktiserar privat mot direkt ersättning, även om det mesta återbetalas (enligt en fastställd taxa) genom försäkringskassan. En läkare kan inte öppna en privat praktik utan tillstånd från landstinget.

## 4. Primärvårdens organisation

Den största delen av primärvården tillhandahålls genom primärvårdscentraler (vilka i vissa avseenden liknar de nordamerikanska läkargruppspraktikerna), med avlönade läkare. Centralerna utnyttjar i stor utsträckning sjuksköterskor och annan icke-läkarpersonal, och är genom ett remissystem knutna till landstingets nätverk av sjukhus. Nästan alla sjukhus- och specialisttjänster erhålls efter remittering från en primärvårdscentral, eller från en privatpraktiserande läkare (huvudsakligen i de större städerna).

# Storbritannien

## 1. Sjukförsäkring

*Offentlig försäkring.* Obligatoriskt allomfattande system, National Health Service, liknande Sveriges. NHS täcker de flesta typer av primär-, sjukhus-, och specialistläkarvård, receptförskrivning av läkemedel, etc.

*Privat försäkring.* Trots att NHS fortfarande täcker merparten av alla sjukvårdskostnader i Storbritannien spelar privata tilläggförsäkringar en alltmer väsentlig roll. Individuer eller grupper (t. ex. fackföreningar) som skaffar sig privat försäkring tillåts inte att "välja bort" den allmänna

försäkringen: Dvs. de fortsätter att täckas av NHS (och naturligtvis att betala sin del av de skatter som finansierar NHS). Det viktigaste motivet bakom köp av privata försäkringar torde vara att man vill undvika de långa väntetiderna för behandling som ibland förekommer i NHS, eller att man vill få vård från privatpraktiserande producenter (se nedan).

*Patientens kostnadsandel.* Inga patientavgifter tas ut vid besök hos läkare eller på sjukhus eller för receptförskrivning av läkemedel. (För vård som ges utanför NHS kan patienten bli fullt eller delvis betalningsskyldig beroende på vilken typ av tjänst det är fråga om och vilken försäkrings-täckning patienten har.)

*Frihet att välja producent.* Varje patient som täcks av NHS måste vara registrerad hos en allmänpraktiserande läkare (GP) som tillhandahåller primärvård och vars godkännande (remittering) behövs för sjukhusvård och NHS-specialistvård. Det står emellertid patienter fritt att välja bland konkurrerande GP och byten förekommer då och då. De som söker vård utanför NHS har naturligtvis rätt att välja vilka producenter de vill.

## 2. Finansiering av sjukförsäkring och sjukvårdstjänster

National Health Service administreras och finansieras av den centrala regeringen via allmänna skattemedel.

## 3. Administration och ledning av sjukhus och specialistvård

Frånsett det begränsade antal privata sjukhus som inte arbetar inom det offentliga systemet är alla sjukhus ägda och förvaltade av NHS. Deras personal (inklusive sjukhusbaserade specialisläkare) är anställda och avlönade av NHS. Specialistläkare tillåts emellertid ägna en del tid åt att behandla privata patienter mot direkt betalning (utanför NHS), och har traditionellt blivit tilldelade några bäddar för sina privatpatienter på de NHS-sjukhus där de arbetar.

Även om NHS finansieras som en enda organisation, har en viss grad av decentralisering genomförts genom tillskapandet av regionala och lokala hälsovårdsmyndigheter vilka har givits avsevärd självständighet vad gäller resursfördelningen inom sina områden. Ytterligare decentralisering övervägs enligt riktlinjerna i en av regeringen nyligen utgiven vitbok om sjukvårdspolitik (diskuterad i kapitel 3).

## 4. Primärvårdens organisation

Merparten av primärvården i Storbritannien tillhandahålls genom de individuella GP-läkarpraktikerna. GP-läkarna betalas genom en kombination av lön och ett per capita system, dvs. ersättning som beror på antalet patienter som registrerat sig hos respektive GP vid en given tidpunkt. Således bestäms en GP-läkarens nettoinkomst i viss mån av hans eller hennes förmåga att attrahera patienter. NHS bidrar också till kostnaderna för att driva en GP-praktik (dvs. till kostnader som lokalhyra, löner till sjuksköterskor etc.).

## Kanada

### 1. Sjukförsäkring

*Offentlig försäkring.* Var och en av Kanadas tio provinser har sitt eget system och det förekommer en del variationer vad gäller täckning, finansiering etc. Under federalt fastlagda regler utgör dock respektive system i allt väsentligt ett obligatoriskt allomfattande system som ger täckning för samtliga tjänster som erbjuds på akutvårdssjukhus och för läkartjänster. Täckningen för kroniskt sjuka och långtidssjuka och förskrivning av läkemedel är inte föremål för federal reglering och det finns avsevärda skillnader mellan provinserna vad gäller graden av försäkringstäckning. Tandvård täcks inte av den offentliga försäkringen.

*Privat försäkring.* Begränsad till supplementära tjänster som inte täcks av provinsernas bassystem, till exempel tandvård där privata gruppförsäkringar blir allt vanligare. Det är olagligt att erbjuda alternativa privata försäkringar som täcker kostnader för tjänster som omfattas av det offentliga systemet.

*Patientens kostnadsandel.* Sedan mitten av 80-talet omöjliggör federala direktiv i praktiken direkta avgifter från patienterna för tjänster som täcks av provinsernas bassystem. (Även om dessa system står under provinsernas jurisdiktion bidrar den federala regeringen till deras kostnadstäckning; se nedan.) Tidigare hade läkare i en del provinser rätt att ta betalt av sina patienter utöver de summor som betalades ut via provinssystemen och vissa provinser tog ut mindre avgifter för sjukhus-tjänster. För tjänster som inte täcks av federala regleringar (som långvård och receptförskrivning), är patienternas andel av kostnaderna avsevärd.

*Frihet att välja producent.* Betydande; en patient har rätt att söka vård från varje legitimerad läkare, specialist eller allmänpraktiserande, eller från sjukhusmottagning, som ingår i systemet. Medan remittering från en läkare vanligtvis krävs för intagning på sjukhus, kan patienterna indirekt välja vilket sjukhus de vill behandlas på genom att söka en läkare med "inskrivningsrättigheter" på det sjukhuset.

### 2. Finansiering av sjukförsäkring och sjukvårdstjänster

Den största delen av kostnaderna betalas direkt eller indirekt av provinsernas myndigheter med allmänna skattemedel. Den federala myndigheten ger emellertid generella bidrag för att täcka kostnaderna för sjukvården till de provinser vilkas system följer de federala riktlinjer som beskrivs ovan.

### 3. Administration och ledning av sjukhus och specialistvård

Även om kostnaderna för nästan alla sjukhus-tjänster betalas av provinserna är de flesta sjukhus i Kanada tekniskt sett i privat ägo (ägarna är stiftelser utan vinstsyfte). Inom ramen för de "globala budgetar" som förhandlas fram årligen med provinsen har styrelsen och direktören för respektive sjukhus avsevärd handlingsfrihet när det gäller att bestämma

fördelningen av löpande medel. Större investeringsutgifter brukar emellertid vanligtvis vara föremål för förhandlingar från fall till fall med provinsregeringen.

Med några få undantag betalas läkare i Kanada (inklusive specialister) enligt ett system med ersättning per utförd tjänst, enligt en taxa som fastställs efter regelbundna förhandlingar med provinsregeringen. Specialistläkare som behöver tillgång till sjukhusutrustning för sina patienter får inskrivningsrättigheter på vissa sjukhus genom att söka medlemskap i sjukhusets "läkarstab". De läkare som redan finns på sjukhuset avgör om sådant medlemskap skall godkännas.

#### 4. Primärvårdens organisation

Primärvård kan ges av en allmänpraktiserande läkare, en specialist på "familjemedicin", en specialist på något annat område eller av en öppenvårdsmottagning på sjukhus, efter patientens eget gottfinnande. Liksom övriga läkare betalas familjeläkare och allmänpraktiserande läkare vanligtvis per utförd tjänst, även om alternativa betalningssätt (såsom lön) är relativt vanliga i vissa provinser, speciellt i provinsen Quebec.

En liten del av primärvården tillhandahålls genom läkargruppraktiker, vanligtvis också med ersättning per utförd tjänst, men i några fall på basis av överenskommelser som förhandlats fram med provinsernas myndigheter. På senare tid har initiativ tagits i vissa provinser som kan leda till att alternativa betalningsformer kan få ökad betydelse.

## Förenta staterna

### 1. Sjukförsäkring

*Offentlig försäkring.* Ett federalt program (Medicare) täcker personer över 65 år och gemensamma federala-delstatliga program (Medicaid) täcker personer som uppfyller specifika låginkomstkriterier (kriterierna kan variera något från delstat till delstat). Det grundläggande Medicare-programmet täcker framför allt kostnaderna för behandling på akutvårdssjukhus, även om frivillig subventionerad kostnadstäckning för läkartjänster (Medicare Part B) också erbjuds. Kostnaderna för långtidsvård eller tandvård täcks inte. Enligt nyligen genomförda lagändringar kan Medicares understödstagare välja att täckas genom medlemskap i en Health Maintenance Organization ("Hälsovårdsorganisation") (se nedan), och har finansiella incitament att göra ett sådant val. Kostnadstäckningen i Medicaidsystemen varierar från delstat till delstat, men täcker i samtliga fall kostnaderna för läkar- och akutvårdssjukhustjänster. En stor del av Medicaid går åt till att betala för långvård för äldre personer vilkas finansiella resurser att betala för sin egen vård har uttömts.

*Privat försäkring.* För dem som inte är täckta av de offentliga systemen finns många olika slags privata försäkringssystem med olika grader av täckning, olika former för självrisker och patientbetalningar och olika slag av restriktioner på försäkringstagarens val av vårdproducent. En särskilt

snabbt växande typ av försäkring är via medlemskap i en Health Maintenance Organization eller en Preferred Provider Organization där täckningen är begränsad till de tjänster som erbjuds av HMO självt eller vårdproducenter som tillhör PPO. Gruppförsäkring blir allt vanligare delvis därför att arbetsgivares bidrag till anställdas sjukförsäkring är en icke beskattningsbar förmån enligt amerikansk lag. Ungefär 15 till 20% av den amerikanska befolkningen har ingen sjukförsäkring över huvud taget.

*Patientens kostnadsandel.* Medicaresystemet lägger en betydande del av kostnaderna på patienterna. En del Medicarepatienter har kompletterande privata försäkringar som täcker deras kostnadsandel i Medicare. De flesta privata försäkringssystem innehåller också regler om självrisker och patientavgifter som innebär att patienterna måste betala en betydande del av kostnaderna för sin vård.

*Frihet att välja vårdproducent.* I stort sett utan restriktioner för personer som täcks av konventionella privata försäkringar eller av Medicare. Vissa delstater har emellertid infört obligatoriska restriktioner på valet av vårdproducent i sina Medicaidsystem. Som nämnts ovan är de som är försäkrade via medlemskap i Health Maintenance Organizations eller genom försäkringssystem anslutna till Preferred Provider Organization också hänvisade till vissa vårdproducenter, även om dessa restriktioner naturligtvis har antagits frivilligt.

## 2. Finansiering av sjukförsäkring och sjukvårdstjänster

De offentliga försäkringssystemen finansieras till stor del genom allmänna skattemedel (federala och delstatliga), även om Medicare Part B delvis finansieras genom premiebetalningar från dem som valt att täckas av detta system. Privata system finansieras genom försäkringspremier (vilka vanligtvis varierar inte bara med typ av täckning utan också med patientkarakteristika som ålder, tidigare sjukdomshistoria etc.), eller medlemskapsavgifter (i HMOs fall). Direkta betalningar från patienter med egen självrisk eller delbetalning, eller från patienter utan försäkringstäckning, står för en mycket större procentuell andel av de totala kostnaderna för sjukvårdsproduktionen i Förenta Staterna än i de övriga länder som studeras här.

## 3. Administration och ledning av sjukhus och specialistvård

Större delen av sjukhusvården i Förenta Staterna sker via privat ägda och administrerade sjukhus, vilka skickar räkningar till patienterna eller deras försäkringsgivare för kostnaderna för de tjänster som de har utfört. De flesta drivs utan vinstsyfte, men det finns en betydande och växande vinstinriktad sjukhussektor. Det förekommer en begränsad reglering av avgiftsnivåerna för konventionella privata försäkringar. Sedan mitten av 1980-talet har ersättning för sjukhusvård som erbjudits patienter som täcks av Medicare debiterats enligt ett system kallat Diagnosis-Related Groupings (DRG) där den summa sjukhuset erhåller beror på patientens intagningsdiagnos och andra karakteristika, inte på tjänsterna som verkligt tillhandahållits. Stora HMO förser sina medlemmar med sjukhus-tjänster genom egna sjukhus.

De flesta specialister får ersättning efter utförda tjänster och har inskrivningsrättigheter på vissa sjukhus, som i det kanadensiska systemet. HMO-läkare är vanligtvis anställda och avlönade av det HMO för vilket de arbetar. De kan också delta i någon typ av vinstdelningsarrangemang. Läkare som tillhör PPO accepterar vissa restriktioner på de avgifter de tar ut och på verksamheten inom sin praktik (de kan t. ex. komma överens om krav på bedömning från ytterligare en läkare innan man företar icke akut kirurgi).

#### *4. Primärvårdens organisation*

Större delen av primärvården tillhandahålls genom oberoende läkare som arbetar enligt systemet med ersättning per utförd tjänst eller genom öppenvårdsmottagningar på sjukhus, som i Kanada. Läkare som hör till PPO accepterar restriktioner på de avgifter de kan ta ut. HMO erbjuder primärvård genom sina egna (vanligen avlönade) läkare eller i vissa fall annan personal.



## 2 Hälsa- och sjukvårdspolitik: Ett ekonomiskt perspektiv

### Den ekonomiska ansatsen

I diskussioner om sjukvårdspolitik sägs ofta att ekonomisk analys innebär ett överdrivet snävt perspektiv. Den ekonomiska analysen kan till exempel synas alltför mycket inriktad på frågor som kostnadsbesparingar och produktivitetsvinster, med liten eller ingen hänsyn tagen till vårdens kvalitet. På intäktssidan sägs ibland ekonomer endast räkna in kvantifierbara effekter av förbättrad hälsa (t. ex. ökad BNP) som intäkt. Dessutom hävdas ibland att ekonomers betoning av *effektivitet* inom sjukvårdssektorn är oförenlig med den sociala målsättningen att sjukvårdstjänster skall tillhandahållas på ett *jämlikt* sätt.

Denna kritik är i väsentlig utsträckning missriktad. En korrekt definition av målet ekonomisk effektivitet innebär helt enkelt att samhällets resurser skall användas på sådant sätt att människors välfärd främjas så långt möjligt. Resurser som används för att förbättra patienters livskvalitet kan således mycket väl ha använts effektivt även om detta inte återspeglas i ökad BNP, och en mera kostnadskrävande metod för att utföra ett kirurgiskt ingrepp kan mycket väl vara effektiv om den t. ex. resulterar i bättre vårdkvalitet (t. ex. mindre smärta) som är värdefull för patienterna. Eller så kan t. ex. en omorganisation av arbetsrutinerna inom ett sjukhus som minskar den uppmätta produktiviteten ändå vara värdefull om den leder till förbättrade arbetsförhållanden (ökad välfärd) för sjukhusets personal. Dessutom är det helt enkelt inte sant att effektivitetsmålet nödvändigtvis står i konflikt med målet för rättvisa. Så är t. ex. frågan om vilka som skall ha rätt att få tillgång till sjukvårdens tjänster i grunden oberoende av frågan huruvida tjänsterna produceras på ett effektivt sätt.

Målet att förbättra människors välfärd delas rimligen av samhället i stort. På denna nivå borde det därför inte finnas någon konflikt mellan ekonomer och andra som intresserar sig för hälso- och sjukvårdspolitik. I stället bör den ekonomiska ansatsen till analys av sjukvårdspolitik ses som ett komplement till andra analysmetoder som används för att hjälpa dem som har ansvar för att fatta sjukvårdspolitiska beslut, och inte t. ex. som ett substitut för den kliniska expertis som självklart också behövs för detta ändamål.

### *Begreppet alternativkostnad*

Om det finns någonting som är utmärkande för den ekonomiska ansatsen i detta sammanhang är det antagligen betoningen av *alternativkostnaden* för sjukvårdstjänster. Den ekonomiska analysen framhåller att de vinster som uppnås genom att anslå mer resurser till produktionen av sjukvårdstjänster måste vägas mot de intäkter som dessa resurser kunde ha givit upphov till om de i stället hade använts för att producera någonting annat, som t. ex. bättre bostäder eller utbildning. Det är av det skälet som ekonomer tenderar att lägga jämförelsevis större tonvikt på kostnaden för sjukvård än de analytiker som tar det som självklart att bättre hälsa har prioritet framför andra sociala mål, och att önskvärdheten av att ytterligare resurser används till sjukvård kan avgöras av experter på enbart kliniska grunder utan tanke på kostnaden.<sup>1</sup>

*Alternativkostnader och de två effektivitetsbegreppen.* Det ekonomiska effektivitetsmålet har två komponenter. Den första, som ibland kallas *produktionseffektivitet*, är att oavsett hur stort produktionsresultatet är i en viss sektor så skall det ha åstadkommit till lägsta möjliga kostnad. Den andra, ofta kallad *allokerings effektivitet*, är att rätt mängd skall produceras; dvs. ingen sektor i ekonomin får tillåtas lägga beslag på en alltför stor (eller alltför liten) del av ekonomins totala resurser. Eftersom den ekonomiska analysen väljer ett brett samhällsligt synsätt, finns en tendens att fokusera på allokerings effektivitet eftersom denna inbegriper frågan om hur resurser skall fördelas mellan olika sektorer och den svåra men fascinerande frågan om värdet av sjukvårdstjänster relativt andra varor och tjänster. Medan den snävare frågan om produktion till lägsta kostnad inom en sektor kan verka mindre intressant från denna synvinkel kan det emellertid mycket väl vara sant att den ekonomiska analysens potentiella bidrag till sjukvårdspolitiken i praktiken är minst lika stort inom detta område. Frågan om det samhällsekonomiska värdet av sjukvård relativt andra varor och tjänster blir ofrånkomligen en del av den politiska debatten och är oskiljaktligt sammanvävd med frågan om fördelningsmässig rättvisa. Målet att producera sjukvårdstjänster till lägsta kostnad kan å andra sidan uppfattas som mer tekniskt och mindre värdeladdat.

*Monetära kostnader versus alternativkostnader.* En central hypotes genom hela vår diskussion är att kostnaden, som den konventionellt mäts, för de resurser som används i sjukvården (eller någon annan sektor) kan tas som ett approximativt mått på alternativkostnaden, dvs. värdet av varor eller tjänster som dessa resurser kunnat producera om de använts i någon annan sektor.

Det är inte alltid klart att detta antagande är helt rimligt. I till exempel en situation med lågkonjunktur kan alternativet till att anställa en utbildad person som sjukhusbiträde var total eller partiell arbetslöshet. Eller också är det möjligt att fackföreningarnas förhandlingsstyrka i vissa sektorer är betydande så att lönerna som betalas i denna sektor är högre än vad som kan anses motiverat på basis av deras produktivitet i andra sektorer. I bägge fallen skulle de löner som verkligen betalas i sektorn inte utgöra ett korrekt mått på alternativkostnaden. Inte heller skulle minskningen i arbetskraftskostnader vara ett korrekt mått på värdet av det förväntade

<sup>1</sup> Alternativkostnadsbegreppet och nödvändigheten att väga sjukvård mot andra behov och önskemål när resurserna är knappa betonas i Fuchs' (1974) klassiska framställning, liksom i andra grundläggande läroböcker i hälso- och sjukvårdsekonomi, såsom Feldstein (1988) eller Evans (1984).

produktionstillskottet i andra sektorer om den totala sysselsättningen inom sjukvården minskade.

En annan komplikation som kan vara speciellt relevant i sjukvårdssektorn hänför sig till betydelsen av arbetsförhållanden och arbetstillfredsställelse som ett mått på den sanna arbetskraftskostnaden. Om ett sjukhus till exempel lyckas minska sina löpande kostnader genom att lägga om sina arbetsrutiner behöver inte detta innebära ökad effektivitet om det leder till en minskning av arbetstillfredsställelsen hos personalen. Minskad arbetstillfredsställelse är en verklig kostnad även om detta kanske inte återspeglas i ökade penningutgifter.

Även om dessa komplikationer är potentiellt viktiga, blir de i stort sett ej beaktade i den följande diskussionen. Politiska beslut och incitamentssystem inom sjukvårdssektorn måste ha ett långsiktigt perspektiv och kan inte i realiteteten ta hänsyn till kortsiktiga cykliska fluktuationer. Om arbetsmarknaden är någorlunda konkurrensbetonad eller om det inte finns några betydande skillnader i fackförningarnas förhandlingsstyrka mellan större sektorer så kommer de faktiska lönenivåerna inom sjukvården att ungefär spegla alternativkostnaden för den arbetskraft som används där. Dessutom kommer det på en konkurrensbetonad arbetsmarknad i viss utsträckning att existera en utbytesrelation mellan lönenivåer och arbetsförhållanden. Om arbetsförhållandena i en viss sektor är sämre än i övriga sektorer skulle konkurrenstrycket tvinga arbetsgivarna att betala över genomsnittliga löner som kompensation för detta. Likaledes om arbetare i en sektor som sjukvårdssektorn lyckas förhandla fram arbetsförhållanden som är signifikant bättre än i andra sektorer så kan man vänta sig att lönerna i sjukvårdssektorn kommer att öka långsammare än i övriga sektorer. Vi kommer således i den följande diskussionen inte att skilja mellan kostnad och alternativkostnad utan i stället behandla dem som ekvivalenta begrepp.

### *Produktionseffektivitetsmålet*

Målet effektiv produktion (produktion till lägsta resurskostnad) är lättast att definiera i en bransch eller sektor som producerar en homogen produkt av enhetlig kvalitet. Olyckligtvis har inte sjukvårdssektorns tjänster dessa karakteristika. Dess produktion är mycket heterogen, med ett brett spektrum av olika slags tjänster. Dessutom kan det finnas väsenliga variationer i kvaliteten på tjänsterna även för en given typ av sjukvård. I denna situation måste effektivitetsmålet definieras på ett sätt som tar hänsyn till produktionens heterogena natur och inte uppfattar kostnadsreducerande kvalitetsförsämringar som effektivitetsvinster.

Enligt min åsikt närmar man sig problemet med heterogeniteten bäst genom att ställa den grundläggande frågan om exakt hur sjukvårdssektorn bidrar till människors välfärd. I en mycket vid mening är svaret naturligtvis att resurser spenderas på att producera sjukvårdstjänster därför att dessa tjänster bidrar till enskilda medborgares hälsa. Sålunda kan inte, i sin vidaste mening, frågan om sjukvårdssektorn är effektiv (i betydelsen produktion till minsta kostnad), besvaras genom att bara se till den effektivitet med vilken speciella slags sjukvårdstjänster (som t. ex. bädd-dagar på

akutvårdssjukhus eller diagnostiska tester) produceras. I stället borde frågan vara: Om man har vissa mål rörande medborgarnas hälsostatus, nås då dessa mål till lägsta möjliga kostnad?

När frågan ställs på detta sätt, blir effektivitetsbegreppet ekvivalent med vad brittena kallar "value for money" (dvs.. får vi största möjliga valuta för de pengar som spenderas på sjukvårdssektorn, i form av förbättrad hälsostatus), eller med begreppet "biggest bang for the buck" som har förekommit i diskussioner om amerikansk försvarsplanering.<sup>2</sup>

*Begreppet kvalitetsjusterade levnadsår.* Om detta vida effektivitetsbegrepp skall vara användbart måste det naturligtvis finnas någon grad av samstämmighet rörande hur "hälsostatus" skall mätas. Tidigare var de grova index som existerade i första hand baserade på dödlighetstal (t. ex. förväntad genomsnittlig livslängd, eller barnadödlighetstal). På senare år har betydande insatser emellertid gjorts för att utveckla känsligare mått som inte bara beaktar räddade liv (eller "levnadsår"), utan även "kvaliteten" på de liv som människor lever.<sup>3</sup> Begreppet "kvalitetsjusterade sparade levnadsår" blir nu mer och mer accepterat som ett känsligt kriterium för, till exempel, utvärdering av konsekvenserna av införandet av ny medicinsk teknologi och kan också användas mer allmänt som en indikator på förändringar i medborgarnas hälsostatus. Sålunda kan frågan om produktionseffektivitet omformuleras genom att fråga om resurser som spenderas i sjukvårdssektorn används på så sätt att vi får maximal förbättring av det förväntade antalet kvalitetsjusterade levnadsår hos befolkningen.

Effektivitet i detta avseende förutsätter helt klart att varje specifik typ av tjänst produceras till minsta kostnad. Åtskilliga val som görs av sjukvårdsplanerare och landstingstjänstemän har konsekvenser för i vilken utsträckning detta mål kan nås. Primärvård produceras till exempel genom användande av en kombination av läkar- och icke-läkarpersonal och kostnaderna påverkas uppenbarligen av balansen mellan dem. På samma sätt produceras operationer genom användande av en kombination av olika typer av personal, operationssalsutrymme och utrustning. Återigen beror kostnaderna på hur dessa produktionsfaktorer kombineras. Om operationssalarna och utrustning ("kapital") bara används under ett åttatimmarsskift per dag blir relationstalet mellan kapital och "arbetskraft" (persontimmar) högt och kostnaderna kommer att bli höga.

Om sjukvårdssektorns produktionsresultat ges en vid definition förutsätter emellertid produktionseffektivitetsmålet inte bara att givna typer av tjänster är effektivt producerade, utan också att resurser fördelas mellan olika typer av tjänster på sådant sätt att de ger största möjliga bidrag till medborgarnas hälsostatus. Effektivitet i denna bemärkelse betyder att resurser måste fördelas på lämpligt sätt mellan till exempel primärvårdscentraler å ena sidan och sjukhus å den andra; mellan sjukhem och tjänster som underlättar hembaserad vård; eller mellan kurativa och preventiva tjänster.

Detta är svåra val som måste göras inte bara på basis av tekniskt expertkunnande utan också efter att man tagit hänsyn till patienternas preferenser. Valet mellan institutionsbaserad och hembaserad vård för de gamla bör till exempel inte bara påverkas av kostnaderna för staten och av

<sup>2</sup> Ett klassiskt exempel på tillämpning av ekonomiska principer i försvarsplanering är Enthoven (1965). Professor Enthoven har sedan dess blivit en av de mest kända deltagarna i debatten om sjukvårdspolitiken. Hans nyligen framförda förslag till reformering av det svenska sjukvårdssystemet har väckt mycken uppmärksamhet (Enthoven, 1988).

<sup>3</sup> En aktuell översikt av dessa begrepp är Torrance (1986). Se också Brooks (1986).

kvaliteten på vården som den definieras av medicinsk personal, utan också på patienternas egna preferenser.

Dessutom kommer frågan om fördelningmässig rättvisa oundvikligen in i bilden på detta stadium. Eftersom olika människor har olika hälsoproblem innebär beslut att fördela mer resurser till vissa typer av tjänster och mindre till andra att en del patientgrupper kommer att gynnas på bekostnad av andra. Man kan faktiskt hävda att eftersom olika patientgrupper får väsentligt olika slags sjukvård, skiljer sig valet mellan olika tjänster i princip inte från valet mellan sjukvård och andra varor och tjänster.

Även om detta argument säkerligen har viss tyngd finns det trots allt två praktiska skäl till varför det ändå är klokt att behandla dessa frågor olika, åtminstone i system där sjukvårdssektorn administreras centralt. För det första tenderar kontrollen över de resurser som spenderas på all slags sjukvård i de flesta länder att centraliseras till en enda administrativ myndighet.<sup>4</sup> För det andra finns åtminstone någon slags enighet i uppfattningen om hur man skall definiera ett index för hälsostatus som kan användas som vägledning när det gäller att fördela resurser bland olika slags sjukvård. Däremot finns ingen enighet vad gäller konstruktionen av ett index för "allmän välfärd" som skulle kunna användas vid beslut om fördelning av resurser mellan sjukvård och andra sektorer.

### *Allokeringseffektivitetsmålet*

Det andra villkoret för effektivitet som nämnts ovan har att göra med frågan om den totala mängden resurser som tilldelas sjukvårdssektorn: Givet produktionseffektiviteten i den mening som diskuterats ovan, fördelar vi rätt mängd resurser till denna sektor?

Rent begreppsmässigt är det lätt för en ekonom att svara på denna fråga. Resurser som spenderas på sjukvårdstjänster producerar "bättre hälsa". Om samma resurser (kapital, arbete etc) å andra sidan allokerades till andra sektorer kunde de användas för att producera andra varor och tjänster som t.ex. bostäder, utbildning, mat eller rekreation. Frågan är därför helt enkelt om man genom att ta av sjukvårdens resurser (de som producerar de "minst väsentliga" tjänsterna) och omfördela dem till en annan sektor, skulle kunna producera varor som var värdefullare än de tjänster som sjukvården fick avstå ifrån.

Vi måste emellertid känna till två saker för att detta svar skall vara meningsfullt. För det första måste vi veta hur man korrekt förutsäger den minskning i hälsostatus som skulle inträffa om vi minskade mängden resurser som använts för produktion av sjukvårdstjänster. För att använda den terminologi som introducerades i föregående avsnitt, hur stor minskning av antalet kvalitetsjusterade levnadsår skulle vi tvingas acceptera? För det andra, hur jämför vi värdet av de resurser som vi skulle spara (med detta värde avspeglade de alternativa varor och tjänster som dessa resurser skulle kunna producera), med kostnaderna i form av reducerad hälsostatus? Med andra ord, hur mycket är ett kvalitetsjusterat levnadsår värt?

Det behöver knappast påpekas att detta är svåra frågor. Och den medicinska expertis som behövs för att förutsäga effekterna på befolkningens hälsostatus, är till ingen hjälp vad gäller den andra delen av frågan.

<sup>4</sup> I Sverige är det delade ansvaret mellan landsting och kommuner vad gäller åldringsvården ett undantag från denna regel. Det tycks ha givit upphov till betydande administrativa problem.

Medicinsk expertis kan inte tala om för oss hur högt människor värdesätter marginella förbättringar av sin hälsa jämfört med andra saker som t. ex. bättre bostäder, rekreation eller utbildning.

Det är viktigt att inse att detta dilemma är ofrånkomligt. Försök att undgå det genom att definiera någon slags absoluta "behov", är fåfänga. Begreppet "behov" är oändligt tänjbart och att försöka tillgodose varje önskemål som givits beteckningen "behov" antingen av dem som kommer i åtnjutande av sjukvårdens tjänster eller av dem som genom sitt yrke lever på att tillhandahålla dem, skulle snabbt uttömma samhällets samtliga resurser. Några andra mekanismer måste sättas in för att begränsa mängden resurser som allokeras till sjukvården, antingen genom den politiska processen eller via marknaden. Det finns inget annat alternativ.

## Marknaden eller staten: Offentlig versus privat administration av sjukvården

Inom många sektorer av ekonomin kan marknadsmekanismen förväntas att hyggligt klara av att uppfylla de två grundläggande effektivitetskrav som nämnts ovan. Inom andra fungerar oreglerade marknader inte bra. Alternativet är då för den offentliga sektorn att reglera marknaden eller att själv gå in och direkt tillhandahålla de varor och tjänster det är fråga om.

Frågan om offentlig versus privat verksamhet inom sjukvårdssektorn har debatterats livligt under senare årtionden. I de flesta av världens industriländer har man ansett sjukvårdssektorn befinna sig i ett tillstånd av mer eller mindre akut kris, och frågan har ställts om krisens omfattning kan relateras till skillnader och förändringar i marknadskrafternas roll inom sjukvården.

Varför har det visat sig så svårt att, även i världens rikaste länder, utforma ett system som enligt de flesta människors uppfattning fungerar väl när det gäller att tillfredsställa medborgarnas behov av sjukvård? För att försöka besvara denna fråga börjar jag med att kort diskutera det sätt på vilket konkurrensmarknader fungerar i de fall där de kan förväntas att fungera hyggligt när det gäller att lösa effektivitetsproblemen. Därefter kommer jag att ta upp de specifika orsakerna till varför sjukvården inte passar in så väl i den idealiserade konkurrensmodellen. En förklaring till varför marknadsmekanismen utan kompletterande ingrepp inte fungerar så väl på detta område säger oss emellertid inte vilket av många tänkbara val av offentlig politik som utgör den bästa lösningen. Några av de faktorer som gör att marknaden fungerar illa ger även upphov till problem när sjukförsäkring och sjukvårdstjänster administreras eller produceras i offentlig regi.

### *När marknaden fungerar väl*

Under ideala förhållanden löser konkurrensmarknader båda de typer av effektivitetproblem som nämnts i den tidigare diskussionen.

Självständiga företag som konkurrerar på marknaden har starka incitament att producera till lägsta kostnad eftersom låga kostnader ökar deras

vinst. Dessutom resulterar de lägre kostnaderna under konkurrensförhållanden i lägre priser för köparna, eftersom högkostnadsproducenter drivs ur marknaden. Förutsatt att köparna lätt kan bedöma de erbjudna produktens kvalitet främjar konkurrens också kvalitet. (När produktkvaliteten är svår att bedöma, kan lagligt bindande garantier användas för att göra det möjligt för högkvalitetsproducenter att konkurrera mera effektivt.) Vad gäller komplexa varor (som t. ex. bilar eller bostäder) eller tjänster (som t. ex. flygresor eller hotellinkvartering) som omfattar en rad karakteristika har konkurrerande företag ett incitament att producera den kombination av karakteristika eller tjänster som vid givet utlägg ger största möjliga behovstillfredsställelse för kunden.

Konkurrensmarknader ger också indirekt ett svar på frågan om en sektor har lagt beslag på ungefärligen rätt andel av ekonomins resurser. Under konkurrensförhållanden kommer marknadspriset på en vara eller tjänst att återspegla alternativkostnaden, i form av andra varor och tjänster, för de resurser som behövs för att producera en enhet. Givet detta marknadspris kommer konsumenterna att köpa ytterligare enheter endast om värdet på dessa enheter överstiger marknadspriset; dvs. bara om deras värde överstiger värdet på de alternativa varor som kunde ha producerats med dessa resurser. Sålunda kommer mängden resurser som används i en sektor att begränsas av konsumenternas värdering av ytterligare enheter av varor och tjänster producerade inom den sektorn, relativt andra varor.

Inom sjukvårdspolitiken kallas ibland problemet med att begränsa den totala resursåtgången för problemet med "kostnadskontroll". På en konkurrensmarknad åstadkommes kostnadskontroll indirekt, genom konsumenternas ovilja att köpa fler enheter än vad de anser vara rimligt med tanke på deras relativa värdering av varan som säljs på den marknaden.

### *Varför marknadsmekanismen inte fungerar inom sjukvården*

Vad är skälen till att marknadsmekanismen utan kompletterande ingrepp troligen inte kan åstadkomma en acceptabel lösning till problemen med kostnadskontroll och effektivitet på sjukvårdsområdet? Man kan urskilja två slags problem som enligt litteraturen väsentligt kan bidra till att förklara detta faktum.<sup>5</sup>

(1) Problemet med hälsan och därmed en individs efterfrågan på sjukvård, är i hög grad oförutsägbara. Detta har två konsekvenser. För det första måste ett effektivt fungerande sjukvårdssystem säkerställa inte bara att det produceras tjänster av hög kvalitet, till rimliga kostnader, utan också att det finns någon mekanism som garanterar att individer inte nekas tillgång till sjukvårdens tjänster, när sjukdomsfall inträffar. Med andra ord måste ett effektivt fungerande system innefatta tillhandahållande av någon form av försäkring.

(2) Sjukvårdens teknologi är mycket komplex, och högt specialiserad utbildning och kunskap krävs för att fatta beslut om diagnos och behandling av många slags sjukdomar. Dessutom är sambandet mellan hälsa och sjukvård mycket osäkert i enskilda fall. Detta reser frågor som t. ex.: Hur effektiv kan konkurrens vara på marknaden för läkartjänster när det existerar en sådan hög grad av "informationsasymmetri" mellan köpare och

<sup>5</sup> Den klassiska exposén över vad som gör att sjukvård i kvalitativt hänseende skiljer sig från övriga varor och tjänster är Arrow (1963).

säljare? Hur kan kvaliteten på tjänsterna garanteras? Hur kan marknadsmekanismen förse konsumenterna med den specialiserade information som behövs för att kombinera ihop olika slags sjukvårdstjänster på ett sätt som bäst leder till förbättrad hälsa?

Dessa två faktorer bidrar till att förklara varför marknadsmekanismen utan kompletterande ingrepp troligtvis inte kan producera ett sjukvårdssystem som är effektivt och rättvist. De ger oss emellertid ingen uppfattning om hur ett system i den offentliga sektorns regi borde utformas för att hantera dessa problem. Till exempel kan, som vi kommer att diskutera nedan, några av de problem som gör privata försäkringsmarknader ineffektiva också skapa svårigheter i ett offentligt försäkringssystem. På liknande sätt kan informationsasymmetrin mellan producenter och konsumenter av sjukvårdens tjänster skapa problem också i ett system med offentlig produktion av sjukvårdstjänster.

### *Sjukdomars oförutsägbarhet och behovet av försäkring*

Sjukdom och rädslan för sjukdom och död ger antagligen upphov till mer mänskligt lidande än någon annan faktor, åtminstone i de relativt rika industrisamhällena i världen. För allvarligt sjuka människor är det värt mer än nästan någonting annat att finna sätt att minska lidandet och risken att dö. Sålunda ger resurser som används för att åstadkomma detta i allmänhet en potentiellt mycket hög avkastning i form av ökat mänskligt välbefinnande. Förståndiga människor som lever i ett förståndigt samhälle kommer att vidta åtgärder för att se till att om medicinsk vård kan användas för att förbättra hälsan i fall av allvarlig sjukdom, kommer resurser för att åstadkomma detta att finnas tillgängliga för sjuka människor.

Sjukdom och behovet av medicinsk vård är i stor utsträckning oförutsägbara. De flesta människor kommer att vara i behov av åtminstone någon form av vård under olika stadier av sin livscykel, speciellt om de når hög ålder där man kan förmoda att risken för olika slags degenerativa och kroniska sjukdomar blir mycket hög. Men en stor del av hela sjukvårdens totala resurser spenderas på att behandla den relativt lilla del av befolkningen som drabbas av olika former av allvarlig akut sjukdom. Därför kräver ett välfungerande sjukvårdssystem någon form av försäkringsarrangemang som garanterar tillgång till resurser för dem som har akuta behov.

I de flesta europeiska samhällen anser många det vara samhällets ansvar att se till att adekvata resurser finns tillgängliga för dem som är sjuka, ett ansvar som har sitt ursprung i samhällets strävan efter fördelningsmässig rättvisa i allmänhet. För dem som har den uppfattningen framstår ett samhälle som inte har ett system för offentligt finansierad, allomfattande och obligatorisk sjukförsäkring ibland som ett samhälle utan ambitioner att åstadkomma fördelningsmässig rättvisa.

Detta sätt att argumentera bortser emellertid från det faktum att utan offentlig sjukförsäkring kommer, i de allra flesta fall, kontrakt att ingås som genom den privata marknaden för sjukförsäkringar, garanterar allvarligt sjuka människor tillgång till sjukvård. I princip kan privata sjukförsäk-

ringar uppfattas som ett institutionellt arrangemang genom vilket individer ökar sin förväntade nytta genom att (i god tid, när de är friska) se till att inkomster överföres till dem själva om de skulle bli sjuka.<sup>6</sup> I den meningen kan betalning för sjukförsäkring ses som analogt med sparande för ålderdomen. Med denna åtgärd överför individer inkomster från sig själva när de är unga och deras arbetsförmåga är hög, till sig själva när de är gamla och arbetsförmågan är låg. En skillnad är att i fallet med sjukförsäkring kommer många individer inte att förvänta sig att få ut något av sina försäkringar eftersom en stor del av dessa hänför sig till sjukdomar som inträffar med endast låg sannolikhet. Men även detta är bara en gradskillnad eftersom inte alla som sparar för sin ålderdom kommer att "få ut någonting": en del människor dör före pensioneringen.

För de allra flesta människor ersätter därför offentlig finansiering av sjukvården (antingen genom offentliga försäkringssystem eller direkt via skattesystemet) privata försäkringar som annars skulle finnas, precis som obligatoriska åldersförsäkringssystem eller obligatoriska offentliga pensionssystem ersätter privat pensionssparande för de allra flesta människor.

Även om privata sjukförsäkringar således kan ersätta offentlig finansiering av sjukvården finns emellertid ett avsevärt teoretiskt och empiriskt stöd för uppfattningen att den privata försäkringsmarknaden i många avseenden kommer att uppvisa allvarliga brister som system för att ge skydd åt de sjuka. Dessa brister hänger samman med både effektivitets- och rättvisemålet.

*Effektivitetsproblem med privata försäkringar.* För det första har privata försäkringar ofta mycket höga administrations- och marknadsföringskostnader. Dessutom kan privata försäkringsföretag förväntas spendera avsevärda resurser på att klassificera individer efter sjukdomsrisk. Denna verksamhet ger i allmänhet privat lönsamhet eftersom den förbättrar ett försäkringsföretags konkurrensförmåga. Från samhällets synpunkt är det emellertid delvis bortkastade resurser eftersom det endast resulterar i en överföring av realinkomst till lågriskindivider som betalar lägre premier från individer med högre risker som måste betala högre premier.<sup>7</sup> Det är signifikativt att den bäst fungerande delen av den amerikanska sjukförsäkringsindustrin antagligen är den sektor där sjukförsäkring erbjuds i form av gruppförsäkringar till hela grupper av anställda eller yrkesgrupper. Med sådana försäkringar har alla anställda eller gruppmedlemmar automatisk täckning på samma villkor och inga resurser går åt till att separera ut "goda risker" från "dåliga risker".

*Privat försäkring och rättvisa.* Tendensen inom en konkurrensutsatt privat försäkringsbransch att diskriminera mellan individer i olika riskklasser för oss tillbaka till frågan om fördelningsmässig rättvisa. Det är riktigt att privat försäkring fyller samma funktion som ett offentligt finansierat sjukvårdssystem när det gäller att överföra resurser från friska människor till sjuka. Men genom dess tendens att åstadkomma ett system av försäkringspremier som är aktuariskt rättvisa (dvs. svarar mot de förväntade summor som försäkringsbolagen kommer att betala ut till människor i olika riskklasser) kan det minska den *fördelningsmässiga* rättvisan. Offentlig sjukförsäkring kan ha en viktig omfördelningsfunktion: Genom att inte finansiera sjukvårdstjänster genom aktuariskt rättvisa premier omfördelar

<sup>6</sup> För en teoretisk diskussion baserad på denna tolkning, se Blomqvist och Horn (1984).

<sup>7</sup> Detta synsätt påminner om det som ligger bakom "screening"-hypotesen i litteraturen om utbildningsekonomi. För en översikt se Stiglitz (1975). Det bör dock noteras att resurser som spenderas på att identifiera riskskillnader som beror på individens beteende (såsom rökning) kan vara samhällsekonomiskt produktiva. En högre premie för sjukförsäkring ger ett (effektivitetshöjande) incitament att sluta röka.

den realinkomster från individer med låg sjukdomsrisk till individer med hög risk. Denna transferering gynnar de gamla på de ungas bekostnad, liksom den gynnar dem vars högre sjukdomsrisk beror på faktorer utanför deras kontroll (som genetiska faktorer, tidigare sjukdomshistoria osv.).

Det är antagligen detta transfereringselement som mer än någonting annat förklarar varför en bred allmänhet ger sitt stöd till en offentlig finansiering av sjukvården i de flesta länder. För de flesta människor stämmer det inte med deras känsla för rättvisa att människors försäkringspremier eller deras tillgång till resurser när de är allvarligt sjuka, skulle vara beroende av sådana faktorer som om deras föräldrar var sjuka eller om de varit sjuka tidigare. I Förenta Staterna kan införandet av de federala systemen Medicare och Medicaid delvis förklaras med detta motiv, liksom den ständiga debatten om införande av lagstiftning som ger någon form av obligatorisk allomfattande sjukförsäkring.

Således har en oreglerad privat marknad allvarliga nackdelar som metod att tillförsäkra alla tillgång till adekvat vård i fall av allvarlig sjukdom. Även om den fungerar i enlighet med den ideala konkurrensmarknaden, kan den ändå medföra höga administrations- och marknadsföringskostnader och skulle troligen förstärka de skillnader i realinkomst mellan individer, som beror på faktorer som arvsanlag eller tidigare sjukdom.

*Problem med offentliga försäkringssystem.* Att finansiera sjukvård genom någon form av offentligt försäkringssystem kan emellertid också medföra problem.

Den kanske viktigaste potentiella nackdelen hos centraliserade statliga försäkringssystem ligger i det faktum att de i praktiken är svåra att anpassa till ändrade förhållanden och till skilda individuella behov och preferenser. En brist på flexibilitet i försäkringssystemet kan leda till att sjukvårdssystemet i stort blir mindre effektivt.

Så till exempel skiljer sig privata sjukförsäkringssystem mycket åt vad gäller den andel av sjukvårdskostnaderna man kräver att patienterna direkt betalar. På sjukförsäkringsmarknaden i Förenta Staterna finns till exempel ett stort spektrum av försäkringar, från så kallade "första-dollar"-täckning (där försäkringstagaren inte betalar någon del av kostnaderna för läkarbesök eller sjukhustjänster som täcks av försäkringen), till försäkringar med höga självrisker (där försäkringstagaren är skyldig att betala alla kostnader för sjukvård upp till ett maximibelopp) eller deltäckande försäkringar (där försäkringstagaren betalar en viss procentsats av alla kostnader, eventuellt med en total maximisumma). Naturligtvis skiljer sig försäkringarna åt vad gäller premiekostnader så att en försäkring med stora självrisker och en lägre del täckningsprocent har lägre premier än försäkringar med obegränsad täckning från och med första dollar.<sup>8</sup>

När de får välja, föredrar vissa människor en typ av försäkring, andra en annan. Dessutom visar kontrollerade experiment att de som har försäkringar med självrisk och deltäckning konsumerar färre sjukvårdstjänster, med få om några negativa effekter vad gäller hälsostatus, än individer med täckning från och med första dollar.<sup>9</sup> Det verkar sålunda vara rationellt att ge människor som så önskar möjlighet att välja dessa mindre kostnadskrävande försäkringar och det därmed sammanhängande lägre utnyttjandet av sjukvårdens resurser. Samtidigt kan man hävda att det *inte* är effektivt

<sup>8</sup> För en elementär diskussion av olika former av sjukförsäkringar i Förenta Staterna, se Feldstein (1988).

<sup>9</sup> Se Manning *et al.*, (1984). För en utmärkt och detaljerad genomgång av fakta rörande HMOs prestationsförmåga, se Bruzelius (1986).

att tvinga *alla* att utnyttja detta alternativ. Det finns ingen anledning till varför de som väljer att betala en högre premie och i genomsnitt utnyttja mer resurser, inte skulle tillåtas att göra detta.

Ändå är i offentligt finansierade sjukförsäkringssystem normalt alla tvingade att ha samma typ av täckning. Till exempel har i de kanadensiska och brittiska systemen alla täckning från och med första dollar: Inga försäkringar med självrisk eller deltäckning finns att tillgå. I Sverige har å andra sidan alla i det offentliga systemet en försäkring med en form av självrisk, eftersom alla måste betala en avgift på 60 kronor för varje besök hos en läkare vare sig på en primärvårdscentral, en akutmottagning på ett sjukhus eller en privatpraktik. Täckning från "första krona" erbjuds inte.

En annan och kanske viktigare typ av flexibilitet som vanligen saknas i offentligt finansierade system rör valet mellan försäkringar som täcker olika producentkategorier med olika behandlingsstrategier och kostnader. På den amerikanska sjukförsäkringsmarknaden kan konsumenterna välja konventionella försäkringar utan restriktioner på vilka läkare eller sjukhus som står för vården; eller så kan de välja försäkring genom en Health Maintenance Organisation (HMO) som endast täcker tjänster utförda av dess egna läkare eller sjukhus; eller så kan de välja kombinationsförsäkringar som bara täcker tjänster utförda av speciella producenter, "preferred providers", som valts ut av försäkringsbolaget, eller försäkringar med restriktioner som innebär att ytterligare en läkare rådfrågas innan icke akut kirurgi företas. Inom offentliga försäkringssystem är graden av flexibilitet ofta mer begränsad och som en följd därav finns mindre utrymme för effektiv konkurrens mellan olika slag av producentgrupper med olika behandlingsstrategier och olika förväntade vårdkostnader.

### *Informationsproblemet*

Generellt spelar informationen en viktig roll när det gäller att avgöra hur väl en konkurrensmarknad fyller sin funktion att allokera rätt mängd resurser till en viss bransch och att utnyttja resurser på ett effektivt sätt. På marknader där de produkter som säljs är heterogena och komplexa, kommer konkurrensen att se till produktkvaliteten bibehålls endast om köparna har information som gör det möjligt för dem att bedöma produktkvaliteten innan de gör sina köp. Dessutom gäller för en del produkter att deras värde för köparen inte bara beror på produktens egenskaper utan också på köparens karakteristika. (Produkter som kläder och skor är enkla exempel.) I en sådan situation förutsätter en väl fungerande marknad någon mekanism som kan förse både köpare och säljare med information om köparens karakteristika samt interaktionen mellan produktens och köparens karakteristika.

Informationsproblemet är mest betydande på marknader av sällanköpskaraktär med dyra produkter. På marknader där köpen regelbundet upprepas är köparnas tidigare erfarenhet av vissa produkter en snabb och vanligtvis pålitlig informationskälla, även för komplexa produkter.

Även om informationsproblemen kan vara väsentliga inom många sektorer torde de helt klart, av olika orsaker, vara speciellt väsentliga inom sjukvården.

För det första är teknologin genom vilken resurser utnyttjas för att förbättra människornas hälsa, i allmänhet mycket komplex och den förändras snabbt i takt med att den biomedicinska kunskapen utvecklas. Därför blir det allt svårare att som konsument/avnämare hålla sig välinformerad om "vad som finns att tillgå" i alla de olika slags sjukdomssituationer som en person kan hamna i under sin livstid. Av samma anledning skulle avnämarna ha stora svårigheter att bedöma kvaliteten på tjänster från en viss läkare eller ett visst sjukhus om det inte finnes någon form av extern mekanism för kvalitetsreglering.

För det andra är olika teknologiers möjlighet att förbättra hälsan högst osäker och beror i hög grad på enskilda patienters speciella egenskaper. Dessa egenskaper är i allmänhet inte kända, eller förstås inte ens av patienterna själva, och kanske endast kan bli (ofullständigt) kända för läkare efter avsevärda mängder av tester och diagnostiskt arbete. Faktum är att en mycket stor andel av de totala resurser som spenderas inom sjukvårdssektorn inte går till behandling av sjukdomar utan till diagnoser, dvs. till att samla in information om patientkaraktäristika som behövs för att fatta beslut om behandlingen. Diagnostisk information måste samlas in och utvärderas av någon som besitter den mycket komplexa kunskap och skicklighet som krävs för att avgöra vilken information som skall insamlas och för att tolka den när den blir tillgänglig.

Som noterats ovan finns det naturligtvis andra situationer där konsumenterna kan behöva information om kvaliteten hos mycket komplexa varor och tjänster. Genomsnittspersonen som t. ex. köper ett hus, en bil eller en stereoanläggning har inte på långt när den tekniska kunskap som de skulle behöva om de vore tvingade att förlita sig helt till sin egen utvärdering av kvaliteten och egenskaperna hos det de köper.

För att hantera detta problem kan säljare eller producenter (som naturligtvis har den information som behövs) erbjuda kontrakt med explicita prestationsgarantier. Så länge konsumenterna inser sitt informationsunderläge, kommer det faktiskt att ligga i säljarnas intresse att erbjuda sådana garantier eftersom det ökar konsumenternas vilja att köpa varan eller tjänsten.

Men att inom sjukvården direkt bedöma kvaliteten på de tjänster som en patient har erhållit är svårt och kostsamt. Att göra en indirekt bedömning – genom att se till slutresultatet vad gäller patienternas hälsotillstånd – är också svårt på grund av det i grunden osäkra sambandet mellan sjukvårdstjänster och hälsoreultat, givet variabiliteten i patienternas karaktäristika. Därför är produktgarantier eller löften av typ "pengarna tillbaka om kunden inte är fullt nöjd" inte möjliga eller rationella.

*Informationsproblemets konsekvenser.* Svårigheten som köpare/patienter möter när de skall fatta initierade beslut på sjukvårdsmarknaden, och ineffektiviteten hos traditionella lösningar, som t. ex. garantier, har lett till speciella institutionella arrangemang inom sjukvårdssektorn.

För det första har i alla moderna samhällen lagstiftning som ger läkare och andra yrkeskategorier rätt till "självreglering", använts för att garantera att medicinska tjänster är av hög kvalitet. I de flesta samhällen är man i stort sett överens om att denna lagstiftning uppnått sitt syfte och allmänhetens förtroende för läkarnas strävan att erbjuda tjänster av hög

kvalitet är alltjämt stort. Att ge en yrkeskategori rätten till kollektiv självreglering i allmänhetens intresse reser emellertid frågan om hur man förhindrar att denna rätt används för att gynna yrkesutövarnas privata ekonomiska intressen. Denna fråga har varit särskilt viktig i Förenta Staterna där spänningen mellan läkarnas intresseorganisationer och de reglerande myndigheterna fortfarande är stark. I Europa har problemet till större del hanterats genom regler som ger den offentliga sektorn en mer direkt kontroll över priserna på läkartjänster och/eller läkarnas inkomster.

Yrkesmässig självreglering kan i viss mån användas för att komma ifrån problemet med konsumenternas oförmåga att bedöma kvaliteten på de medicinska tjänster de erhåller. En fråga som har ådragit sig större uppmärksamhet under senare år är emellertid problemet som dåligt informerade konsumenter står inför när de måste fatta beslut rörande *kvantiteten* på de läkartjänster de erhåller. I synnerhet är det nu allmänt erkänt i den nordamerikanska litteraturen att problemet med "informationsasymmetri" mellan läkare och patient i hög grad kan bidra till att göra den fria marknaden till en olämplig mekanism för tillhandahållande av läkartjänster.<sup>10</sup>

Problemet blir speciellt akut i ett system där patienter med heltäckande konventionell försäkring söker vård hos läkare som får ersättning per behandlingstillfälle. Orsaken är att i ett sådant system har läkarna ett ekonomiskt incitament att erbjuda en avancerad behandling av högsta möjliga kvalitet utan att se på kostnaderna, eftersom vare sig läkaren eller patienten har incitament att hushålla med resurser. Notera även att det finns föga incitament för läkaren att konkurrera med priset eftersom en fullt försäkrad patient inte har anledning att bry sig om vad läkaren tar ut av försäkringsbolaget. Frånvaron av positiva incitament till hushållning påverkar dessutom inte bara betalningen för läkartjänster utan också utnyttjandet av sjukhus-tjänster och andra kompletterande tjänster. Även om läkare inte direkt tjänar mera pengar om deras patienter utnyttjar fler icke-läkartjänster så har läkare som behandlar fullt försäkrade patienter ingen anledning att inte tillfredsställa sina patienters intressen av att få "bästa tillgängliga" behandling oavsett (försäkringsbolagets) kostnad. Svårigheten som uppstår här uppfattas ibland som en typ av "agency"-problem: På grund av informationsasymmetrin är patienten tvingad att förlita sig på att läkaren uppträder som hans eller hennes "ombud", dvs.. uppträder på ett sätt som ligger i patientens intresse. Problemet är att de ekonomiska incitamenten i denna situation inte föranleder läkaren att agera som ett "perfekt ombud", dvs. att producera ett rationellt lågkostnads-mönster vid användandet av sjukvårdens tjänster.<sup>11</sup>

Även om problemet mest uppmärksammats i Förenta Staterna där kostnaderna har stigit snabbare än någon annanstans, har det också varit aktuellt i Kanada där läkarna får ersättning per behandlingstillfälle och där den offentliga sjukförsäkringen täcker kostnaderna för läkartjänster på ungefär samma sätt som konventionell privat sjukförsäkring i Förenta Staterna. Lägg märke till att den mycket starka trenden mot stigande kostnader i detta sammanhang är ett resultat av kombinationen av informationsasymmetri och heltäckande försäkring (vilken i sin tur hänger samman med den faktor rörande sjukdomars oförutsägbarhet som tidigare diskuterats).

<sup>10</sup> Robert Evans (1974, 1984) har kanske varit den som mest kraftfullt drivit idén att marknadslösningen kommer att vara ineffektiv när läkare kan utnyttja sitt informationsövertag över patienterna till att "skapa efterfrågan" på sina tjänster. En omfattande litteratur har stimulerats av Evans' arbete. För referenser, se Reinhardt (1985) och Pauly (1986).

<sup>11</sup> För en teoretisk diskussion som använder "agency"-begreppet, se Blomqvist (1989)

*Lösningar på "agency"-problemet.* Inom de offentliga försäkringssystemen i länder som t.ex. Storbritannien och Sverige har reaktionen på "agency"-problemet varit att gradvis övergå till att ersätta läkarna efter något annat system än per behandlingstillfälle, som t.ex. ren lön eller per capita system (där ersättning sker på basis av antalet patienter en läkare har tagit ansvar för, snarare än på basis av volymen tjänster som faktiskt tillhandahålles). I Kanada har myndigheterna infört snäva regleringar av priserna på läkartjänster.

I Förenta Staterna har man också i viss mån gått ifrån det tidigare systemet med oregerad ersättning per tjänst. Speciellt HMO anställer (som nämnts tidigare) vanligtvis sina läkare på lönebasis. Dessutom har många läkare som fortsätter att ta ut avgifter per behandlingstillfälle frivilligt accepterat restriktioner på de avgifter de tar ut, som ett villkor för att komma med på de listor över "rekommenderade producenter", som ges ut av vissa försäkringsbolag eller vissa företag som ordnar försäkringar för sina anställda osv.

Eftersom HMO tjänar mer pengar ju färre tjänster de tillhandahåller sina patienter förväntas HMO-läkare bemöda sig om att minska antalet tjänster som ges till respektive patient och att hålla nere användningen av diagnostiska tester och sjukhusremitteringar av sina patienter. Deras incitament att göra så förstärks ibland av klausuler i deras anställningskontrakt som ger dem del av eventuella vinster som HMO tjänar in.

Som institutionellt arrangemang för att minska läkarnas incitament till överproduktion av sjukvårdstjänster är det svårt att åstadkomma något bättre än HMO-systemet. Det finns nu en stor mängd empiriska undersökningar som visar att den totala kostnaden för den sjukvård som ges patienter med HMO-kontrakt i genomsnitt är väsentligt lägre än för patienter med konventionella försäkringar även efter korrigeringsfaktorer som t.ex. patientens ålder etc.<sup>12</sup> Dessa fakta har inte undgått att göra intryck på politiker och andra som är ansvariga för offentligt finansierade och administrerade sjukvårdssystem. Rekommendationer att studera de metoder som används av HMO för att spara resurser eller att försöka anamma olika aspekter av HMO:s incitamentstrukturer görs ofta.

Emellertid finns det naturligtvis ett potentiellt problem med HMO. Även om dessa visserligen lyckats bli av med läkarnas ekonomiska incitament till *överproduktion av tjänster*, har de inte eliminerat själva informationsasymmetrin. Men om informationsasymmetrin fortfarande existerar och HMO-läkare och HMO-tjänstemän arbetar inom ett system där de har ekonomiska incitament att erbjuda få tjänster, vad finns det då som hindrar dem från att utnyttja sitt informationsövertag till att *underproducera* tjänster, och på så sätt möjligen utsätta sina patienter för risker för allvarlig sjukdom eller till och med död?

Svaret är inte helt klart även om fakta tyder på att i praktiken är kvaliteten på den vård som erbjuds av HMO lika bra som den vård som erbjuds med konventionella försäkringar.<sup>13</sup> En del av svaret måste säkert vara att HMO inte har råd att få rykte om sig att producera tjänster av låg kvalitet eftersom de då skulle förlora klienter till de konventionella försäkringsföretagen med vilka de konkurrerar. En annan faktor är antagligen att där kan bli rättslig påföljd och kompensation om patienter kan bevisa att

<sup>12</sup> Se Manning *et al.* (1984).

<sup>13</sup> Se Ware (1986).

de har utsatts för lidande i och med att de inte fått rätt vård, eller vård i enlighet med lydelsen i kontraktet mellan HMO och dess klienter. Jag återkommer nedan till denna fråga.

Som nämnts har lösningen inom offentligt administrerade sjukvårdssystem på problemet med kostnadstryck som följd av informationsasymmetrin, mestadels varit att överge systemet med läkarersättning per behandlingstillfälle, i syfte att minska det direkta ekonomiska incitamentet till överproduktion av tjänster. Med läkare som ersätts med lön eller genom per capita system liknar offentligt administrerade sjukvårdssystem därför HMO i ett viktigt avseende. I andra avseenden kan de emellertid vara mycket olika. För det första är deras administratörer inte utsatta för samma konkurrenstryck när det gäller att producera kostnadseffektiv vård som administratörerna inom HMO, eftersom offentligt administrerade system i allmänhet inte konkurrerar med andra typer av försäkringar. Om de överhuvudtaget har något incitament att producera kostnadseffektiv vård, måste det komma indirekt, via den politiska processen. För det andra är konkurrenstrycket på HMO att producera högkvalitativ vård inte påtagligt på samma sätt i offentligt administrerade system. Återigen kommer detta tryck indirekt, via den politiska processen eller kanske oftare via medias bevakning av sjukvårdssystemen.

Även om det i princip inte finns någon orsak till varför rättssystemet skulle ge mindre incitament till administratörer och läkare i offentligt administrerade system att ställa höga kvalitetskrav verkar man icke desto mindre i praktiken utnyttja rättssystemet för att skapa incitament till höga kvalitetskrav i större skala i t. ex. Förenta Staterna och Kanada än i Sverige eller Storbritannien. Huruvida man kan förlita sig på att administrativa och politiska processer och trycket från media fungerar tillfredsställande i detta avseende, är inte klart.

## Det rörliga målet: Föränderliga teknologiska gränser

Diskussionen i det föregående avsnittet har fokuserat på vissa aspekter på sjukvårdssektorn som gör marknadsmekanismen olämplig som medel att åstadkomma effektivitet. I detta avsnitt diskuteras istället en fråga som inte har något enkelt svar i något system, vare sig det domineras av offentlig eller privat finansiering och produktion: Effekterna av snabba framsteg inom biomedicinsk forskning på hälsa och hälso- och sjukvårdskostnader. Generellt har teknologiska framsteg inom en sektor två möjliga konsekvenser. För det första kan det möjliggöra produktion av samma slags varor och tjänster som tidigare, men till lägre kostnad. För det andra kan det skapa möjligheter att producera nya typer av varor och tjänster som tidigare inte fanns att tillgå.

I båda fallen finns uppenbarligen förutsättningar att öka människors välfärd. Även om det inte sker någon ökning av mängden specifika varor och tjänster som produceras, kan sänkningar av styckkostnaden för produktionen frigöra resurser som kan användas till att producera andra värdefulla varor och tjänster. Men ofta leder teknologisk utveckling till en ökad produktionskvantitet och konsumtion av de varor och tjänster som

blivit billigare eller nyss tillgängliga. Ibland är denna ökning så kraftig att den totala mängd resurser som går åt till att producera sektorns varor och tjänster till och med ökar trots att tekniska framsteg gjort det möjligt att producera de traditionella produkterna till lägre kostnad.

Inom sjukvården är det klart att nettoeffekten av teknologiska förändringar har varit en ökning av resursförbrukningen. Som tidigare noterats har den reala resursförbrukningen inom sjukvården växt avsevärt snabbare än resursförbrukningen inom andra sektorer under de senaste årtiondena.

Det faktum att Sverige har en relativt gammal befolkning har bidragit till att kostnaderna pressats upp, inte så mycket därför att andelen pensionerade människor har *ökat* dramatiskt utan därför att en stor del av de framsteg inom medicinsk teknologi som lett till ökad resursanvändning har gällt behandlingen av gamla människor, speciellt de "mycket gamla". En annan viktig faktor har varit framsteg rörande våra möjligheter att rädda livet på för tidigt födda barn genom avancerade och ibland mycket dyra ingrepp. Denna effekt har uppenbarligen varit ännu mer markant i andra länder där det finns fler kvinnor i barnafödande ålder och där åldersspecifika fertilitetstal är högre än i Sverige.

Många av de nya teknikerna (som tex. nya metoder för höftleds- eller starroperationer) har i huvudsak inneburit att patienternas *livskvalitet* förbättrats. Andra har huvudsakligen inneburit en *förlängning* av livet för allvarligt sjuka människor, både de mycket gamla och de mycket unga. Eftersom allvarligt sjuka människor i sig är stora förbrukare av sjukvårdsresurser har detta ytterligare bidragit till ökad användning av resurser inom sjukvården.

Således har teknologiska framsteg, både direkt och indirekt, väsentligt bidragit till att pressa upp sjukvårdskostnaderna och mycket av fokuseringen på olika program för "kostnadskontroll" i industriländer över hela världen kan tillskrivas denna faktor. Det är viktigt att hålla detta i minnet när man debatterar sjukvårdspolitik. "Kostnadskontroll" har en negativ biton. Uttrycket antyder på något sätt att vi är tvingade att reagera på en försämrad situation. Men som noterats ovan utgör den teknologiska utvecklingen en möjlighet att förbättra människors välfärd. Vi bör i princip aldrig kunna få det sämre i samhället på grund av att ny teknologi har blivit tillgänglig. Den politiska utmaningen är att använda de nya möjligheterna på ett klokt sätt för att åstadkomma så stora förbättringar av människors välfärd som möjligt.

### *Teknologi, information och val*

De kriterier som bör användas för att kunna göra rationella val rörande ny teknologi är i princip desamma som de vi diskuterat tidigare. En ny teknologi bör bara användas om den ersätter en gammal teknologi som innebär ett dyrare sätt att åstadkomma samma sak, eller om dess avkastning i form av sjukvård med bättre kvalitet (en förväntad vinst vad gäller kvalitetsjusterade levnadsår) är tillräckligt hög för att motivera kostnaden.

Som tidigare diskuterats måste beslutsfattarna (läkare och patienter) ha något så när korrekt information om vad tillgängliga diagnostiska och

terapeutiska tekniker kan åstadkomma och vilka alternativ som finns, för att rationella val skall kunna göras. Vad gäller val av ny teknologi är det särskilt osannolikt att detta krav kan uppfyllas. I många fall är kanske den relevanta informationen inte tillgänglig helt enkelt därför att den inte existerar. I litteraturen finns en ökande insikt om att många nya teknologier har introducerats på basis av mycket ofullständig dokumentation rörande deras effektivitet. Systematiska storskaliga kliniska experiment med ny teknologi är fortfarande relativt sällsynta. Som en följd därav har vissa teknologier utnyttjats i stor skala under lång tid trots att de senare har befunnits vara verkningslösa. Omvänt har man ibland fortsatt att använda underlägsna äldre teknologier även om nya överlägsna teknologier funnits att tillgå, därför att systematiska jämförelser mellan gamla och nya teknologier inte gjorts. Behovet av mera systematiska metoder för teknologiutvärdering är nu ett tema som ofta betonas i litteraturen.<sup>14</sup>

En del av förklaringen till varför systematiska teknologiutvärderingar än så länge inte varit vanligt förekommande kan vara att korrekt information om medicinsk teknologi ofta är mycket dyrbar att få fram. Eftersom sambandet mellan behandling och hälsoeffekt är så komplext, kan tillförlitliga slutsatser om en speciell teknologis verkningsgrad kräva mycket stora sampel.

En annan orsak kan emellertid återigen vara det incitamentsystem som råder inom sjukvårdssektorn. På en marknad där en vara eller tjänst betalas direkt av användaren och där producenter konkurrerar både genom pris och kvalitet kommer företagsledningarna inte att investera i ny teknologi om det inte finns övertygande bevis för att den minskar produktionskostnaderna. På samma sätt kommer konsumenterna att vara ovilliga att betala mer för en teknologiskt avancerad produkt om de inte är tämligen säkra på att dess egenskaper kommer att vara så mycket bättre att det motiverar det högre priset. Således kommer ny teknologi inte att bli allmänt använd om det inte kommer fram tillförlitlig information om dess kostnadseffektivitet, antingen från dem som har utvecklat den eller genom oberoende tester. Inom sjukvården där den största delen av kostnaderna betalas av en tredje part konkurrerar emellertid läkare och sjukhus vanligtvis inte om patienter med priserna. Därför har läkare små incitament att söka information om möjligheterna till kostnadsreduktioner hos en ny teknologi. Försäkrade patienter har å andra sidan liten anledning att inte begära användning av nya teknologier så länge det finns en chans att de är bättre än de befintliga alternativen. Läkare som agerar som sina patienters ombud (i sina patienters intresse) har samma incitament. Trycket på läkare och patienter att vara försiktiga med användningen av dyra teknologier kommer således i huvudsak från den tredje parten, dvs. privata eller offentliga försäkringsgivare, och med dagens institutionella arrangemang har deras försök ofta varit misslyckade.

### *Teknologi och ransonering*

Som tidigare noterats kompliceras valproblemet inom sjukvården av det faktum att vissa metoders effektivitet vad gäller hälsoförbättring i hög grad beror på patientens karakteristika och inte bara på den behandlingsmetod

<sup>14</sup> En noggrann och penetrerande genomgång av problemen i samband med teknologiutvärderingar är Feeny et al. (1986). Kapitel 5 i denna studie ger flera exempel på teknologier som kom till utbredd användning trots att senare studier fann dem ineffektiva.

som används. Vad detta innebär är att frågan om kostnadseffektivitet inte bara omfattar valet mellan konkurrerande teknologier eller om en viss teknologi över huvud taget bör användas eller inte. I stället är ofta den avgörande frågan om en teknologi är *kostnadseffektiv för en viss patientkategori*.

Denna fråga uppkommer naturligtvis inte bara i fallet med ny teknologi. Några av de hetast debatterade frågorna i detta sammanhang rör kostnadseffektiviteten hos massundersökningar rörande cancer i olika åldersgrupper med hjälp av relativt konventionella diagnostiska tekniker. Men det är särskilt troligt att problemet uppstår under de inledande skedena i samband med introduktionen av ny och dyrbar teknologi. Under de första åren är resurserna som krävs för att använda en ny teknologi vanligtvis begränsade, varför man måste finna något sätt att välja vilka patienter som skall få tillgång till den nya teknologin och vilka som inte ska få det.

Några av de svåraste valen inom sjukvården tar sig detta uttryck. Så syftar till exempel, som vi tidigare påpekat, en stor del av den nya teknologin som nu utvecklas, till att förlänga livet på mycket gamla patienter, eller att rädda livet på för tidigt födda barn. Eftersom dessa teknologier involverar beslut rörande liv och död, upplevs det som särskilt svårt att välja vilka fall som skall få tillgång till den begränsade kapaciteten och trycket (på beslutsfattarna) att lösa problemet genom att tillhandahålla mera resurser kan bli intensivt. Men på lång sikt, när alltmer sofistikerad teknologi kontinuerligt utvecklas, kan en sådan reaktion inte förbli gångbar. Om man accepterar principen att varje teknologi av detta slag som visat sig "kliniskt effektiv" skall vara tillgänglig för alla patienter som kan tänkas dra nytta av den, kan det helt enkelt bli för dyrbart. Om så är fallet måste vi ändå utforma någon beslutsregel som begränsar den mängd resurser som vi spenderar på dessa teknologier, dvs. något slags permanent ransoneringsregel.

Om vi till exempel är ense om att det inte är vettigt att spendera stora summor på avancerade ingrepp i syfte att förlänga livet med några månader för en mycket gammal människa, eller att rädda livet på hopplösa fall av för tidigt födda barn eller olycksoffer med begränsad hjärnfunktion, då måste vi ha några kriterier för en sådan gränsdragning. Med andra ord måste vi ställa oss frågan hur gammal är "alltför gammal" och hur liten är "alltför liten"?

Detta är uppenbarligen ett område där det är speciellt svårt att försäkra sig om att de beslut som fattas, eller de regler som följs, svarar mot syftet att förbättra människors välfärd (eller minska smärta och lidande). Ekonomer lägger i allmänhet tonvikt på det individbaserade synsättet att detta syfte har störst sannolikhet att uppnås om konsumenterna/klienterna tillåts att uttrycka sina önskemål via sina egna köpbeslut. I det slags situationer det är fråga om här, kan tvånget att fatta beslut som till exempel går ut på om man skall försöka att rädda en för tidigt född baby eller vidta extrema åtgärder för att hålla en dödssjuk åldring vid liv emellertid bli så smärtsamt (kostsamt) att det kan vara en bättre lösning att man befriar patienterna och deras familjer från åtminstone en del av detta ansvar. Standardiserade "behandlingsprotokoll" eller "yrkesmässiga normer" utarbetade av läkarkåren och andra medlemmar av "sjukvårds-

teamet" (som t. ex. sjuksköterskor och socialarbetare) kan vara till värdefull hjälp i denna process. Om representanter för en tredje part i form av försäkringsbolagen (vare sig offentliga eller privata) deltar i denna process, kan även kostnadshänsyn beaktas. De "consensuskonferenser" som hållits i en del länder för att debattera frågor som uppkommer i samband med behandlingen av speciella sjukdomar kan tänkas vara modeller för en sådan ansats.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> En värdefull studie av användningen av "consensus"-konferenser och mera allmänt om prioriteringar inom sjukvården med begränsade resurser, är Calltorp (1989).



### 3 Sjukvårdssystem i jämförelse: Organisation och funktionssätt

I detta kapitel är syftet att ge en kort redogörelse för de sätt på vilka de grundläggande organisatoriska problemen inom sjukvården löses i ett antal länder och att jämföra deras lösningar med dem som används i det svenska sjukvårdssystemet.

Kapitlet är indelat i tre huvudavsnitt. I det första diskuterar jag systemet för *sjukförsäkring* och dess finansiering. Hur och i vilken grad löser systemen i de granskade länderna problemet med att skydda medborgarna från de finansiella konsekvenserna av ohälsa och garantera dem tillgång till sjukvård när de behöver den? Sköter systemen denna funktion på ett *rättvist* sätt? En annan viktig fråga är: Ger metoden för finansiering av sjukförsäkring och sjukvård tillräckliga incitament att hålla nere kostnaderna och öka effektiviteten?

I det andra avsnittet diskuterar jag hur produktionen av sjukvårdstjänster är organiserad. Givet försäkringssystemet, i vilken utsträckning ger systemets organisation adekvata incitament till effektivitet i produktionen av tjänster som t. ex. primärvård, akutsjukhusjänster, långtidsvård och diagnostiska tester? Vilka är de mekanismer som ser till att dessa tjänster kombineras på ett effektivt sätt för att producera "god hälsa"? Hur och i vilken utsträckning främjar systemen en effektiv användning av teknologi och sjukvårdsresurser genom att lösa problemet med informationsasymmetri?

I det tredje avsnittet, slutligen, sammanfattar jag kortfattat tillgänglig information om systemens kostnader och funktionssätt och hur den bör tolkas. En viktig fråga i detta sammanhang är: Är det möjligt att säga om de stora skillnaderna i sjukvårdskostnader per invånare återspeglar skillnader i produktionseffektivitet, eller reflekterar de skillnader i den genomsnittliga kvantiteten och kvaliteten hos den sjukvård som erbjuds medborgarna?

Tyngdpunkten är lagd på en jämförelse mellan det svenska systemet och systemen i Förenta Staterna (som representerar ena änden av ett spektrum som går från "decentraliserad, marknadsorienterad" till "centraliserad, myndighetskontrollerad"), Storbritannien (som en typisk representant för den andra änden), och Kanada, som i vissa avseenden innehåller drag som verkar särskilt intressanta från svensk synpunkt.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Värdefulla källor som väljer en jämförande institutionell ansats av ungefär samma slag som i detta kapitel, inkluderar OECD (1985, 1987), Rafel (1984), flera uppsatser i Olson (1981), och Blomqvist (1979), även om denna källa börjar bli föråldrad. En bra kortfattad översikt ges i serien av artiklar i Läkartidningen av J. Calltrop (1988).

## Sjukförsäkring och sjukvårdsfinansiering

Frågan om hur väl ett lands sjukförsäkringssystem skyddar sina innevånare i fall av sjukdom har flera dimensioner. En av dem hänger samman med de finansiella konsekvenserna av ohälsa. Detta inkluderar frågan om vilka tjänster som har täckning i försäkringen och vilken del, om någon, av kostnaderna för försäkrade tjänster som patienterna får stå för, genom "självrisker" eller "deltäckande försäkringar". Vidare har vi frågan om försäkringssystemet täcker inkomstbortfall i samband med sjukdom. Frågan om rättvisa kommer också in här: I vilken utsträckning kan ett lands försäkringssystem anses vara förenligt med allmänt accepterade uppfattningar om fördelningsmässig rättvisa och jämlik tillgång till sjukvårdstjänster?

En annan dimension hänför sig till *kvaliteten på de tjänster som erbjuds*. Även om två länder har försäkringssystem som ger samma grad av skydd till sina medborgare mot de *finansiella* konsekvenserna av sjukdom, är systemen uppenbarligen icke ekvivalenta om de skiljer sig i termer av *tillgängligheten* på olika slag av servicemöjligheter. Ett system kan till exempel ha långa väntetider för olika slag av behandling eller begränsa vissa typer av tjänster till vissa kategorier av patienter, medan ett annat inte har några väntetider och har mindre stränga begränsningar för tillhandahållandet av dyrbara tjänster. Eller så kan ett system ge individer större frihet att välja bland producenter (läkare eller sjukhus), eller bland alternativa former av försäkringstäckning. Om denna typ av valfrihet värdesätts av individerna, erbjuder det system som ger större valfrihet således försäkringsskydd av högre kvalitet, allt annat lika.

En tredje dimension på försäkringssystemet rör slutligen karaktären hos de incitament som det lägger på dem som erbjuder försäkring (och därför indirekt är ansvariga för finansieringen av sjukvårdens tjänster) att hålla nere kostnaderna och främja effektiviteten i produktionen av sjukvård. I ett system där privata sjukförsäkringar spelar en väsentlig roll ser konkurrensen mellan försäkringsbolagen till att skapa incitament av detta slag. I ett offentligt finansierat och administrerat system beror incitamenten å andra sidan på det sätt på vilket ansvaret för utgiftsbeslut och finansiering är fördelat (till exempel på graden av decentralisering av utgiftsbeslut och beskattning).

De följande fyra avsnitten ger en översikt över försäkringssystemen i de fyra länderna från dessa synpunkter.

### Sverige

*Det finansiella skyddets omfattning.* Det svenska sjukförsäkringssystemet erbjuder mycket omfattande skydd mot de finansiella konsekvenserna av ohälsa. Alla typer av primärvård och sjukhusvård är täckta liksom läkemedelsförskrivning och en stor del av tandvården. Dessutom finns ett omfattande offentligt system som ger ersättning för förlorad arbetsinkomst i samband med sjukdom. Systemet är allomfattande: Alla medborgare är täckta på lika grunder och finansieringen sker helt genom skatteintäkter utan några explicita premier. Privat sjukförsäkring har inte spelat någon större roll i Sverige under senare år.

Den enda betydande begränsningen på omfattningen av det finansiella skyddet i det svenska systemet ligger i de relativt höga avgifter som krävs av patienterna när de söker vård. År 1989 var kostnaden för att besöka en läkare 60 kronor, vare sig på ett sjukhus akutmottagning, en primärvårdscentral eller en privatpraktik, och betydande avgifter togs ut av patienten vid köp av medicin och för tandvård. (Emellertid gällde speciella regler som innebär en övre gräns för den summa en patient kunde bli ansvarig för att betala per år för läkarbesök och medicin.) Avgifter (upp till 55 kronor per dag) togs också ut av sjukhuspatienter.

*Skyddets kvalitet.* Vad gäller kvaliteten på det skydd som ges i det svenska systemet är bilden mera oklar. Som alla känner till som har följt den aktuella offentliga debatten om sjukvårdspolitiken i Sverige, har vissa typer av kritik mot systemet allt oftare framförts under senare år.

Ett problem som diskuterats har varit patienters begränsade möjlighet att välja vem som skall producera de sjukvårdstjänster de erhåller. Vad gäller primärvården finns viss valfrihet eftersom en patient kan söka behandling av ungefär 2000 privatpraktiserande läkare vilkas tjänster också täcks av den offentliga försäkringen på i stort sett samma villkor som besök hos primärvårdscentraler. I de flesta fall sker emellertid den första kontakten med sjukvårdssystemet vid sjukdom via primärvårdscentralen i det område där en person bor, och de flesta patienter som får sjukhusvård får det på sjukhus som de blivit tilldelade av systemet. Specialistvård ges i huvudsak av sjukhusbaserade, avlönade läkare. I princip kan patienter söka vård direkt från specialistläkare, men i praktiken är det svårt att få specialistvård utan en remiss från en primärvårdsproducent. Eftersom antalet privatpraktiserande läkare är relativt litet och de till största delen är koncentrerade till större städer, är många svenskar således hänvisade att söka primärvård från ett enda ställe, den primärvårdscentral som betjänar det område där de bor, och de har liten eller ingen möjlighet att välja det sjukhus där de ska behandlas eller den specialist som skall ta emot dem.

På senare år har ett allt allvarligare problem med långa väntetider för vissa typer av kirurgi, som t. ex. höftleds-, starr- och kranskärlsoperationer, också uppkommit i Sverige. Även om dessa typer av kirurgi täcks av den offentliga försäkringen har väntetiderna blivit så långa att en del patienter valt att få operationerna utförda på privata kliniker på egen bekostnad. Som en reaktion på denna efterfrågan verkar antalet privata kliniker (vilka även kan erbjuda tjänster som betalas av den offentliga försäkringen) ha ökat under senare år.<sup>2</sup>

Den begränsade möjligheten för patienter att bli behandlade av en producent som man valt själv och problemet med förseningar och väntetider är båda problem som har diskuterats livligt i Sverige; i vissa landsting har systemet modifierats så att patienterna fått betydligt ökad valfrihet. Däremot har det faktum att systemet erbjuder litet eller inget val mellan olika typer av försäkringar, eller olika typer av producentorganisationer, inte verkat välla några större bekymmer.

För en extern betraktare verkar det troligt att den viktigaste orsaken till detta är jämlikhetsmålets starka dominans i den svenska samhällsdebatten i allmänhet. Om man emellertid tror att det är möjligt att reformera systemet så att det kommer att erbjuda större valfrihet i detta avseende

<sup>2</sup> Calltorp (1989, sid. 71) citerar en uppskattning att så många som 25% av alla kranskärlsoperationer i Sverige under 1988 utfördes under någon form av arrangemang med en privatpraktiserande producent.

Problemet med köer har blivit så allvarligt att regeringen har börjat förhandlingar med landsting (se nedan) om att följa riktlinjer angående maximala väntetider för kranskärls-, höftleds- och starroperationer i allvarliga fall, och med landsting med kortare köer att operera patienter från andra landsting med längre köer. Se även statistiska uppgifter om köer i Stockholm citerade på sidan 93 i Söderström, ed (1989).

utan att offra de grundläggande principerna för fördelningsmässig rättvisa, skulle man kunna hävda att denna fråga borde få större uppmärksamhet i debatten. Orsaken är inte bara att ökad valfrihet kan anses vara värdefull i sig själv. Det kan också vara ett sätt att införa ett element av konkurrens i systemet. Jag återkommer till denna fråga i kapitel 4.

○ *Finansiering och kostnadskontroll.* Trots att den offentliga sjukförsäringen som täcker varje svensk medborgare är densamma över hela landet är sjukvårdssystemets administration decentraliserad till 23 landsting. Detta är i själva verket deras huvudsakliga uppgift: Utgifter för sjukvården utgör ungefär 85 % av deras totala utgifter.<sup>3</sup> Därför kan varje landsting ses som ett offentligt ägt monopolföretag som tillhandahåller sjukvård inom sitt förvaltningsområde. Som monopolföretag utsätts de inte för något konkurrenstryck att tillhandahålla tjänster av hög kvalitet. I stället kommer deras incitament att göra detta från det politiska tryck som uppkommer om de inte gör det.

Vad gäller finansieringen erhåller landstingen merparten av sina inkomster genom en proportionell skatt som tas ut på samma skattebas som den (progressiva) statliga inkomstskatten. Även om en del av deras inkomster även kommer från staten, finansierar landstingskatten större delen (80–90 %) av kostnaderna för sjukvården.

Med en väldefinierad politisk institution som har ansvar för administrationen av sjukvårdssystemet och med en identifierbar skatt som svarar för större delen av kostnaderna finns ett tryck på landstingen både att leverera sjukvård som är av hög kvalitet och att undvika för höga utgifter. De betydande resurser som landstingen gemensamt avdelar till forskning om metoder för sjukvårdsdistribution och hälsoekonomi kan ses som ett tecken på detta. Dessutom betyder det faktum att det finns mer än tjugo landsting att det finns rikliga möjligheter till prestationsjämförelser, och för respektive landsting att dra nytta av de övrigas erfarenheter (av framgångsrika innovationer eller uppkomna problem).

En viktig fråga är om dessa institutionella arrangemang ger i stort sett korrekta incitament till beslutsfattarna (landstingspolitikerna) att väga fördelarna av ytterligare sjukvårdsresurser mot kostnaderna och att ställa krav på producenter som t.ex läkare och sjukhusledningarna att förbättra systemets effektivitet.

En generell slutsats vid analysen av offentlig produktion av varor eller tjänster över huvud taget är att politiker som kan finansiera denna produktion via skatter inte har samma press på sig att eftersträva effektivitet som företagsledningarna i privata företag, vilkas överlevnad beror på deras förmåga att sälja sina produkter till allmänheten i konkurrens med andra företag. En del av orsaken till detta är att politiker kan ha en tendens att ägna alltför stor uppmärksamhet åt de offentliganställda som producerar tjänsten och för liten åt patienternas intressen. I fallet med sjukvård kan denna tendens förvärras av det faktum att de flesta landstingspolitiker måste förlita sig på de anställda i sjukvårdssystemet (läkare och andra) för att få den information de behöver för att fatta sina viktiga beslut.<sup>4</sup>

I praktiken har landstingspolitiker ofta blivit starka förespråkare för ytterligare sjukvårdsutgifter. De har också drivit på för att staten skall ta över en större del av finansieringen av sjukvården. Landstingspolitiker

<sup>3</sup> Landstingsförbundet (1987, sid. 7).

<sup>4</sup> Sidel och Sidel (1977, citerad i Calltorp, 1989, sid. 60) behandlar detta ämne.

vars enda stora ansvarsområde är sjukvården tvingas inte väga sjukvårdsutgifterna mot andra prioriteringar i samma utsträckning som politiker på riksnivå.

### *Sjukförsäkring i Förenta Staterna*

I Förenta Staterna är sjukförsäkringssystemet mycket pluralistiskt.<sup>5</sup> De flesta amerikanare täcks av olika slag av privata försäkringar, men det finns också viktiga offentliga försäkringar. Det federalt finansierade "Medicare" ger ett relativt omfattande skydd till alla medborgare över 65 års ålder (dvs. ungefär 12% av den totala befolkningen) och "Medicaid", ett program som drivs gemensamt av federala och delstatliga myndigheter, ger skydd till individer eller familjer som uppfyller olika låginkomskriterier (denna grupp omfattar omkring 10% av befolkningen). Även om dessa grupper tillsammans utgör mindre än en tredjedel av den totala befolkningen uppgick den andel av de totala amerikanska sjukvårdsutgifterna som finansierades av det offentliga till över 40% i mitten av 1980-talet. Den viktigaste orsaken till detta är naturligtvis att de äldre människor som täcks av Medicare i genomsnitt har mycket större sjukvårdsbehov än resten av befolkningen.

Även om de flesta av dem som inte täcks av offentliga försäkringar har någon form av privat sjukförsäkring, har ett oroväckande stort antal amerikaner (uppskattningarna varierar mellan 10% och 15% av den totala befolkningen, kanske 25–30 miljoner människor) inte något försäkringskydd alls. De oförsäkrade representerar inte det allra fattigaste skiktet i det amerikanska samhället (eftersom de som tillhör den gruppen täcks genom Medicare eller Medicaid), men deras inkomster (och utbildningsnivå) tenderar att vara klart under genomsnittet. De är ofta unga; färskastudier uppskattar att ungefär 75% är under 35 år. Eftersom de inte har någon försäkring har de som tillhör denna grupp en tendens att vänta med att söka vård tills de är mycket sjuka. När de slutligen söker vårtd nekar ibland privata sjukhus dem vård och försöker sända dem vidare till någon annan (kanske offentligt finansierad) institution. Det behöver knappast påpekas att sådana dröjsmål kan få allvarliga konsekvenser.

De privata försäkringsarrangemang, som täcker övriga cirka 65% av befolkningen, varierar en hel del både vad gäller kostnader och grad av försäkringstäckning. En del försäkringar täcker till exempel bara sjukhus-tjänster, andra har övre gränser för det antal sjukhusdagar som de betalar, och ytterligare andra exkluderar täckning för speciella typer av sjukdom, som alkoholism eller psykiska sjukdomar.

*Patientens kostnadsandel och premiekostnader.* En fråga som är speciellt intressant i detta sammanhang rör patienternas kostnadsandel. Här förekommer återigen stora variationer. En del försäkringssystem (man kan speciellt nämna Blue Cross och Blue Shield, som är anslutna till organisationer som representerar sjukhusen respektive läkarna) erbjuder täckning från och med "första dollar", dvs. täckning utan några initiala kostnader för patienten. I andra änden av detta spektrum finns lågkostnadsförsäkringar med stora självrisker (patienten betalar t. ex. själv de första 1 000 dollar av alla slags sjukvårdskostnader) eller deltäckning (patienten betalar 25%, säg, av alla kostnader, och försäkringsbolaget betalar resten). (Dessa typer

<sup>5</sup> Feldstein (1988) ger en detaljerad beskrivning av det amerikanska sjukförsäkringssystemet och av debatten om möjliga reformer, speciellt i kapitlen 6, 8, 19 och 20.

av försäkringar kallas ibland "katastrofförsäkringar" eftersom de ger skydd åt patienterna enbart i fall av mycket allvarlig "katastrofal" sjukdom.)

De offentliga försäkringarna innehåller också inslag av kostnadsdelning.<sup>6</sup> En person över 65 år kan t. ex. välja att ha försäkringsskydd endast genom Medicare Part A vilket bara ger täckning för sjukhuskostnader, med en självrisk som ungefär motsvarar kostnaden för första dagens vård. Medicare Part B, som betalar för annan vård än sjukhusvård (med en initial självrisk som är fixerad i dollar och 20 % delbetalning därutöver), är frivillig och täcker bara dem som har ansökt därom och betalat en premie.<sup>7</sup> Eftersom varje amerikansk delstat har sitt eget Medicaidsystem finns det stora variationer i deras konstruktion. Ett antal stater kräver emellertid delbetalningar av de anslutna; delbetalningen kan variera med individens inkomst.

För dem som täcks av privata försäkringar varierar premiekostnaderna kraftigt. Under konkurrensförhållanden kommer premierna i första hand att bero på den förväntade kostnaden för de sjukvårdstjänster som försäkringsgivaren ansvarar för enligt försäkringen. Denna förväntade kostnad beror uppenbarligen både på försäkringens karakteristika (t. ex. vilka tjänster som täcks av försäkringen, patientens kostnadsandel, restriktioner vad gäller val av producent osv.) och på vissa karakteristika hos patienten (som ålder, kön, tidigare sjukdomshistoria osv.). Dessutom inkluderar premierna också en "fast kostnad" som svarar mot försäkringsgivarens kostnader för administration och marknadsföring, samt vinster i fallet med kommersiella försäkringsbolag.

Av speciell betydelse i detta avseende är skillnaden mellan försäkringar som innehas direkt av individer och försäkringar som utgör en del av ett anställningskontrakt (gruppförsäkringar för anställda). De flesta privata sjukförsäkringar i Förenta Staterna tillhandahålls i realiteten som en del av anställningskontrakt, och sådana försäkringar är avsevärt billigare än individuella försäkringar. Det finns två principiella orsaker till detta. För det första betraktas arbetsgivares bidrag till anställdas sjukförsäkringspremier som en icke skattepliktig förmån, vilket innebär att det finns ett starkt incitament för löntagare att få sina försäkringar som en del av sitt lönepaket, snarare än att betala för motsvarande individuella försäkringar med beskattade löneinkomster. För det andra är försäkringsbolagens fasta kostnader i praktiken väsentligt lägre för gruppförsäkringar än för individuella försäkringar. En del av orsaken till detta är skalfördelar i administrationen av gruppförsäkringar. En annan orsak är att med gruppförsäkringar behöver bolagen inte spendera resurser på att försöka uppskatta riskkarakteristika hos enskilda försäkringstagare. Alla försäkringstagare behandlas som om de tillhörde samma riskkategori och debiteras samma premier.

*Sjukförsäkring och rättvisa i Förenta Staterna.* Mätt enligt europeiska normer för fördelningsmässig rättvisa och jämlikhet skulle det amerikanska sjukförsäkringssystemet få klart underkänt.

Det är möjligt att rättfärdiga de skillnader i finansiellt skydd som orsakas av självrisker och delförsäkringsinslag, vad gäller såväl offentliga som privata försäkringar, med hänvisning till att sådana inslag gör systemet effektivare genom att ge patienterna ökade incitament att söka efter kostnadseffektiva producenter. Men ett system som lämnar stora delar av

<sup>6</sup> Värdefulla beskrivningar av grunddragen i Medicare- och Medicaid-systemen återfinns i uppsatserna av Gibson och Ginsburg, båda i Meyer (1983).

<sup>7</sup> Många av dem som är försäkrade genom Medicare (kanske så många som 50 %) har skaffat sig kompletterande privat försäkring som ger dem täckning för självrisker och delbetalningar.

befolkningen utan något finansiellt skydd alls skulle naturligtvis inte accepteras i europeiska samhällen. Dessutom skulle inte heller de stora skillnaderna i kostnad för försäkringsskydd, som orsakas av olika riskkarakteristika mellan individer och av olikheter i anställningsförhållanden, vara förenliga med europeiska jämlikhetsnormer. (Eftersom många människor får sitt normala försäkringsskydd via anställningsrelaterade grupp-försäkringar, innebär arbetslöshet ofta att man också förlorar sjukförsäkringsskyddet.) Mer än någonting annat har det amerikanska sjukförsäkringssystemets misslyckande när det gäller att tillhandahålla ett heltäckande och jämlikt försäkringsskydd fått det amerikanska systemet att framstå som otillräckligt för externa betraktare.

*Försäkringsskyddets kvalitet.* För de individer som har försäkringstäckning är kvaliteten och tillgången på sjukvårdstjänster i allmänhet hög. Bortsett från olika verksamheter av experimentkaraktär (som t.ex. en del typer av transplantationer), finns inga nämnvärda köer för kirurgiska ingrepp i det amerikanska systemet.

En annan positiv faktor är att det finns en hög grad av *flexibilitet* vad gäller utformningen av de försäkringar som kan väljas. Till exempel kan individer eller företag välja mellan försäkringar med stora eller små självrisker eller delförsäkringsvillkor. De kan också välja mellan försäkringar med olika restriktioner rörande till exempel val av producent (sjukhus eller läkare), och under vilka villkor de får betala för större kirurgiska ingrepp. Således kanske den försäkringstäckning som erbjuds genom Health Maintenance Organizations enbart ger patienten rätt att få vård från läkare som är anställda av HMO eller på HMOs egna sjukhus. Andra försäkringar kan täcka endast tjänster som erbjuds av eller via läkare som tillhör speciella grupper (med varierande beteckningar, som "Independent Practice Associations" eller "Preferred Provider Organizations"), eller inkludera krav på ytterligare en läkares bedömning innan större kirurgiska ingrepp godkänns. En allt vanligare form av försäkring som erbjuds genom arbetsgivaren har inslag av självförsäkring, dvs. tillhandahållande av vissa tjänster från läkare och annan personal som anställts direkt av företaget.

Flexibilitet vad gäller försäkringstäckningen förekommer inte bara i privata försäkringar utan också (åtminstone i viss utsträckning) i det federala Medicaresystemet och i många delstatliga Medicaidsystem. Ett antal delstater har till exempel prövat med restriktioner enligt vilka de som tillhör Medicaid endast får täckning för tjänster som ges av speciella läkare och sjukhus, eller som rekommenderats av en speciell primärvårdsläkare. De som tillhör Medicaresystemet kan välja täckning genom en HMO och får en viss ekonomisk ersättning om de väljer ett sådant alternativ.

*Flexibilitet och kostnadskontroller.* Det breda utbudet av försäkringssystem i Förenta Staterna kan på ett sätt synas vara en fördel i sig själv. Det ger individer en möjlighet att välja den kombination av kostnader, försäkringstäckning och typ av producent som bäst passar deras behov.<sup>8</sup>

Än viktigare är att den samtidiga förekomsten av många olika typer av försäkringar också kan vara en fördel i det att den sätter press på försäkringsgivarna att finna vägar för att göra sina speciella försäkringar mera konkurrenskraftiga. Konkurrens från lågkostnadsförsäkringar med höga självrisker och deltäckning har bidragit till utvecklingen av de konventio-

<sup>8</sup> Somliga skulle hävda att det faktum att denna flexibilitet implicerar en viss grad av ojämlikhet, vad gäller försäkringsskyddets omfattning och sjukvårdens kvalitet, är något icke önskvärt. Andra torde emellertid dela min uppfattning att så länge denna olikhet är ett resultat av individernas egna val är det acceptabelt. Om problemet är att individer med låga inkomster bara har råd med ett lågt försäkringsskydd, då är detta ett problem med fördelningen av realinkomster i allmänhet, inte speciellt sjukförsäkringsskyddet.

nella försäkringarna för vilka kostnaderna hålls nere därför att försäringsgivare ingått avtal med producenterna beträffande prissättning och utnyttjande av mera effektiva behandlingssystem. Konkurrensen från Health Maintenance Organizations har lett till att konventionell försäkringsverksamhet blivit mera effektiv genom sådana åtgärder som krav på mer än en läkares bedömning före större kirurgiska ingrepp, och konkurrensen från konventionell försäkringsverksamhet har tvingat HMO att aktivt verka för att deras läkare och sjukhus håller hög vårdstandard.

*Kostnadskontroll i de offentliga försäkringssystemen.* Även om privata sjukförsäkringar fortfarande spelar en större roll i Förenta Staterna än i andra västländer står den offentliga sektorn för närvarande för ungefär 40 % av de totala sjukvårdskostnaderna i detta land, merparten genom Medicare och Medicaidsystemen. Därför kommer beslutsfattarna i den offentliga sektorn och de incitament som de reagerar på att spela en allt större roll när det gäller utformningen av sjukvårdspolitiken även i Förenta Staterna.

I motsats till det svenska fallet där offentlig sjukförsäkring i huvudsak finansieras och administreras av en särskild politisk enhet med egna skatteintäkter, ligger det politiska ansvaret för den offentliga sjukförsäkringen i Förenta Staterna direkt på den federala regeringen (Medicare), eller delas av de federala och delstatliga myndigheterna (Medicaid). Incitamenten till kostnadsbegränsningar är därför olika. Eftersom de amerikanska federala och delstatliga myndigheterna är ansvariga för många utgiftsprogram förutom sjukförsäkringssystemen, måste federala och delstatliga politiker väga påtryckningarna för ökade sjukvårdsutgifter mot förslag till utgifter på andra områden som de är ansvariga för. Av samma orsak måste alla slags förslag till ökade offentliga utgifter vägas mot kostnaderna för att tvingas att ytterligare öka det generella skattetrycket (federalt eller delstatligt), som totalt sett redan är högt i förhållande till skattebetalarnas totala inkomster.

Svenska landstingpolitiker är däremot inte på samma sätt tvingade att väga sjukvårdsutgifter mot andra prioriteringar eftersom andra offentliga myndigheter ansvarar för de flesta andra typer av offentliga utgifter. Eftersom landstingets andel av de totala svenska skatterna dessutom är relativt liten kanske de politiska kostnaderna för en given procentuell ökning av deras skatteintäkter inte heller är så stor.

Allt annat lika, antyder detta att incitamenten till kostnadsbegränsningar inom den amerikanska offentliga sektorn kan vara starkare än i det svenska systemet. Vi återkommer till denna fråga nedan.

### *Sjukförsäkring i Storbritannien och Kanada<sup>9</sup>*

I motsats till Förenta Staterna där det finns ett stort antal olika försäkringsformer och där även de som täcks av offentliga försäkringar i viss utsträckning själva kan välja försäkringsskyddets omfattning, är uppläggningsen av de offentliga försäkringssystemen i Storbritannien och Kanada mycket enkel. I Storbritannien har varje medborgare rätt att få vård från National Health Service (NHS). Patienten betalar ingen del av kostnader-

<sup>9</sup> En allmän diskussion av det brittiska systemet finns i Ham (1985). Angående det kanadensiska systemet, se Evans (1984), och Evans och Stoddart (1986), speciellt kapitel 1 av Malcolm Taylor.

na för sjukhus- och läkartjänster tillhandahållna genom NHS, även om det förekommer vissa begränsade patientavgifter för mediciner, tandvård och glasögon. Det förekommer inga direkta premier; NHS finansieras genom centralregeringens skatteintäkter.

Trots att ungefär 95% av de resurser som spenderas på sjukvård i Storbritannien går via NHS, finns det privata sjukförsäkringar att tillgå, och antalet personer som täcks genom privata försäkringar har ökat snabbt under senare år (i mitten av 1980-talet uppskattades att omkring 10% av befolkningen hade någon typ av privat försäkring). Det är emellertid viktigt att notera att en individ i Storbritannien inte kan välja mellan NHS-täckning och privat försäkring, i den meningen att alla automatiskt ansluts till NHS och är tvingade att bidra till finansieringen genom skattesystemet. Man kan inte undvika den premie som ligger implicit i skattesystemet genom att ta en privat försäkring. En sådan försäkring är i strikt mening ett "tillägg" till den offentliga försäkringen som täcker samtliga Storbritanniens medborgare.

I Kanada har var och en av de tio provinserna sitt eget speciella sjukförsäkringssystem som finansieras av provinsens skatteintäkter, men med federala bidrag. Liksom i Storbritannien är samtliga invånare automatiskt täckta vad gäller sjukhus- och läkarvård.

Till mitten av 1980-talet förekom det i en del kanadensiska provinser att patienterna betalade en begränsad del av kostnaderna i form av mindre avgifter för sjukhustjänster och genom att en del läkare använde ett system med s. k. "extra billing" (dvs. de tog ut avgifter av sina patienter utöver vad som betalades enligt provinsens system). Sedan mitten av 1980-talet har den federala regeringen satt press på dessa provinser att inte tillåta någon form av direkta patientavgifter och dessa har nu så gott som helt försvunnit. En del typer av långtidsvård, läkemedel och tandvård, är emellertid undantagna från grundförsäkringarna och patienterna betalar en betydande andel av kostnaderna i dessa fall. Privat sjukförsäkring spelar en mycket obetydlig roll i Kanada och inskränks till betalning för tjänster som inte täcks genom grundförsäkringen, som t. ex. läkemedel och tandvård eller "extravaganser" som tillgång till privat sjuksköterska. Det är i själva verket olagligt att erbjuda försäkringar som ger samma typ av försäkringsskydd som provinsernas grundförsäkringar.

Vad gäller fördelningsmässig rättvisa och jämlikhet liknar de offentliga sjukförsäkringssystemen i Storbritannien och Kanada det svenska, i den meningen att de ger omfattande skydd på lika villkor åt alla medborgare, till skillnad mot Förenta Staternas system. Trots denna grundläggande likhet finns emellertid också några anmärkningsvärda skillnader. Medan man i Storbritanniens och Kanadas system inte tar ut några direkta avgifter av patienterna, tillåter det svenska systemet en del patientavgifter. Å andra sidan täcker det svenska systemet många former av institutionell långtidsvård som i en del av de kanadensiska provinsförsäkringssystemen i bästa fall har partiell täckning.

*Täckningens kvalitet.* I Storbritannien kan patienterna få tillgång till sjukhus och specialistläkartjänster endast genom allmänläkare, som i stort sett ansvarar för primärvården. Utom vid olycksfall krävs en remiss från den allmänläkare som patienten är registrerad hos innan sådana tjänster kan erhållas.

På ett sätt kan man säga att detta system, som ofta beskrivs som att allmänläkarna fungerar som "grindvakter" i NHS, begränsar patienternas valfrihet. I detta avseende liknar försäkringsskydd genom NHS en del typer av skydd som förekommer i de amerikanska system där patienten bara har rätt till behandling som tillhandahålls genom försäkringsgivaren (som i HMO-modellen) eller av en producent som väljes från en godkänd lista (som för privata försäkringar av typ IPA eller PPO, eller i en del Medicaidsystem). NHS patienter har emellertid valfrihet att välja vilken allmänläkare de vill registrera sig hos och utnyttjar ofta denna möjlighet.

I motsats till fallet i Sverige och Storbritannien har kanadensarna rätt att söka vård från den producent de själva väljer. En kanadensare kan gå till vilken läkare som helst, specialist- eller allmänläkare, eller till vilket sjukhus' akutmottagning som helst utan remiss. Medan intagning på ett sjukhus vanligen sker genom en remitterande läkare kan patienter i praktiken välja vilket sjukhus de vill bli inlagda på genom att söka ut en läkare som har rättighet att remittera till det sjukhuset.

Vad gäller tillgången på sjukvårdstjänster, så har omfattande köer för vissa slag av operationer eller behandlingar sedan länge varit typiska inslag i det brittiska systemet. Dessutom har efterfrågan på vissa typer av avancerad behandling minskat genom NHS regler och yrkesnormer som har begränsat tillgången till sådan behandling till enbart vissa kategorier av patienter.<sup>10</sup>

I Kanada har det inte varit vanligt förrän på senare tid att patienterna tvingats köa för att få tillgång till sjukvård. Allt snävare offentlig tilldelning av resurser till sjukhusen samt brist på vissa typer av personal (som operationssköterskor eller radiologtekniker) har emellertid bidragit till att skapa väntelistor för vissa typer av operationer eller behandlingar (som radiumterapi för cancerpatienter) i vissa provinser. Liksom i England och Sverige har dessa köer snabbt kommit i centrum för den offentliga debatten om sjukvårdspolitiken. Med tanke på att andelen gamla i den kanadensiska befolkningen väntas växa relativt snabbt i framtiden kommer detta problem att bli allt angelägnare under de närmaste åren.

*Incitament till kostnads kontroll.* I Storbritannien ansvarar centralregeringen för finansiering och administration av NHS. Utgifterna för NHS konkurrerar således direkt med andra typer av utgifter om centralregeringens resurser. Det finns ingen separat skatteintäktskälla för sjukvårdsutgifter, så som väsentligen är fallet i det svenska systemet. En intressant fråga är i vilken utsträckning den uppenbart höga graden av återhållsamhet på utgiftssidan i det brittiska systemet kan tillskrivas denna faktor.

I Kanada är sjukvården provinsernas ansvarsområde och sjukvården svarar normalt för omkring en tredjedel av utgifterna i provinsernas budgetar. Kostnaderna för sjukvården delas emellertid mellan myndigheterna på federal och provinsnivå. Fram till mitten av 1970-talet innebar denna kostnadsdelning att den federala regeringen bidrog med en summa motsvarande ungefär 50 % av provinsernas sjukvårdsutgifter. Många observatörer hävdade att detta gav provinspolitikern o tillräckliga incitament att hålla nere kostnaderna (eftersom de bara behövde ta ut omkring hälften av sina utgifter av skattebetalarna i de egna provinserna). Delvis på grundval av denna kritik genomfördes reformer av systemet i slutet av 1970-talet så att

<sup>10</sup> För en fascinerande diskussion av de olika ransoneringsprinciper som används i Storbritannien och Förenta Staterna och av de olika attityder och incitament som ger upphov till dem, se Aaron och Schwartz (1984).

de federala bidragen nu ges i form av klumpsummor. Med givna federala bidrag får politikerna till 100 % stå för kostnaderna för *ökade* sjukvårdsutgifter med provinsmedel. Återigen är det en intressant och kontroversiell fråga om denna förändring i de politiska incitamenten har lett till starkare tryck att hålla nere kostnaderna i det kanadensiska systemet under de senaste årtiondena.

### *Sjukförsäkring och teknologiska förändringar*

I alla fyra länderna har man nu insett att de metoder som används för att utvärdera ny teknologi och för att kontrollera dess spridning kan vara en av de viktigaste bestämningsfaktorerna vad gäller kostnaderna för att producera sjukförsäkrings- och sjukvårdstjänster. Eftersom systemen är så olika organiserade är emellertid också incitamenten att utföra dessa uppgifter, och de institutionella mekanismer som skapats för detta ändamål, mycket olika.

Från diskussionen i kapitel 2 kan man identifiera två saker som krävs för att politikerna skall ges riktiga incitament att reagera på de möjligheter som en ny teknologi erbjuder: (1) en mekanism för att fastställa dess medicinska effektivitet (dvs., om den verkligen förbättrar det förväntade hälsoresultatet i jämförelse med andra teknologier); (2) ett system som ser till att medicinskt effektiva teknologier endast används när de är kostnads-effektiva i ekonomisk mening. Dessutom krävs också en mekanism som ser till att de dyrbara faciliteter och utrustning som ofta följer med nya teknologier är effektivt fördelade över sjukvårdssystemet. Även om det är svårt att entydigt mäta graden av restriktivitet vad gäller användningen av ny teknologi tyder mycket på att den mest konservativa ansatsen i detta avseende kan hittas i Storbritannien. Många observatörer hävdar att brittiska politikernas framgång med att hålla tendenserna till kostnadsökningar betingade av ny teknologi under kontroll, är den viktigaste orsaken till de jämförelsevis låga kostnaderna för sjukvården i Storbritannien (se avsnitt 3 nedan).

Det relativt ekonomiska utnyttjandet av ny teknologi i Storbritannien verkar ha åstadkommit, för det första, genom ett restriktivt och omsorgsfullt planerat system för investeringar i nya lokaler och utrustning över hela NHS' sjukhusssystem. Denna ansats har uppenbarligen underlättats av det faktum att NHS administreras som en enda organisation av en central byråkrati. För det andra har britererna också varit föregångare vad gäller utfärdandet av väl-specificerade regler (att tillämpas av läkare och sjukhus) för hur tillången till teknologi skall ransoneras när inte alla patienter kan få del av den.<sup>11</sup>

I Förenta Staterna har klinisk försöksverksamhet i syfte att fastställa den medicinska effektiviteten hos ny teknologi nu blivit en allt viktigare del av den medicinska forskningen, och resultaten av arbete som genomförts i Förenta Staterna utgör ofta grunden för beslut även i andra länder. Å andra sidan har inte ekonomisk utvärdering av nya teknologiers effektivitet förrän helt nyligen spelat någon väsentlig roll i det amerikanska systemet. Delvis kan detta bero på att man i det mycket decentraliserade amerikanska sjukvårdssystemet inte upplevt problemet med ransonering som särskilt

<sup>11</sup> Aaron och Schwartz (1984).

viktigt. När patienter och läkare har sökt få tillgång till ny teknologi har sjukvårdssystemet vanligtvis reagerat med investeringar i de nödvändiga nya anläggningarna, och kostnaderna har fördelats vidare till en tredje part. På grund av systemets decentraliserade natur har det också saknats kontroll över spridningen av faciliteter och utrustning, och en del observatörer tillskriver denna faktor en väsentlig del av de mycket höga kostnaderna i det amerikanska systemet.<sup>12</sup>

Under senare år har införandet av nya metoder för betalning för sjukhusjänster som erbjudits patienter täckta genom Medicaresystemet (se nedan) minskat sjukhusens möjligheter att fördela kostnaderna för dyrbara hjälpmedel vidare till Medicaresystemet. Dessutom har nya institutioner med uppdrag att systematiskt utvärdera ny teknologi skapats, som den amerikanska kongressens Office of Technology Assessment, och National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment i det federala Department of Health and Human Services. Den senare institutionen har i uppdrag att utfärda rekommendationer om vilka teknologier som skall vara täckta av federalt finansierade försäkringar (både Medicare och Medicaid, som finansieras gemensamt av federala och delstatliga myndigheter).<sup>13</sup>

I Kanada befinner sig försöken att skapa en mekanism för teknologitvärdering fortfarande i ett tidigt skede. Den relativt centraliserade administrationen av provinsernas sjukförsäkringssystem verkar emellertid ha lett till något bättre kontroll över investeringar i byggnader och utrustning än i Förenta Staterna.

I Sverige har man sedan länge insett vikten av en systematisk utvärdering av ny teknologi, och Sverige är en föregångare bland europeiska länder på detta område.<sup>14</sup> Forskning rörande teknologiska frågor bedrivs av både regeringen (genom Socialstyrelsen), och genom Landstingsförbundet och dess forskningsorgan (SPRI), liksom på universitet och oberoende forskningsinstitut. Sedan 1988 har ett statligt organ, Statens Beredning för Utvärdering av Medicinsk Metodik (SBU), i uppdrag att koordinera aktiviteter på detta område. Betydande ansträngningar har också, via samarbete mellan regering och landsting, lagts ned på att systematiskt koordinera investeringar i utrustning och lokaler mellan landstingen. Trots avsevärd decentralisering i systemet finns nu således mekanismer för att förhindra att denna decentralisering orsakar dyrbar dubblering.

## Incitament och kostnadskontroll i produktionen av sjukvårdstjänster

Föregående avsnitt handlade om hur olika aspekter av sjukförsäkringssystemen påverkade efterfrågan på sjukvård och det totala resursflödet till sjukvårdssystemet. I detta avsnitt övergår vi till en diskussion av utbudssidan. Givet försäkringssystemet och efterfrågan på olika slags sjukvårdstjänster, hur väl svarar systemets produktion mot denna efterfrågan? Givet mängden resurser avdelade för sjukvården, är dessa resurser effektivt utnyttjade i den meningen att de ger största möjliga bidrag till befolkningens hälsa?

<sup>12</sup> I inledningen till sin översikt av sjukvårdssystem i olika länder drar Raffel (1984) slutsatsen att effektiv kostnadskontroll i allmänhet förutsätter att finansieringen kontrolleras av en enda källa.

<sup>13</sup> En utmärkt översikt av olika aspekter på teknologitvärdering är Feeny *et al.* (1986).

<sup>14</sup> För en allmän genomgång av vad svenska institutioner gjort på detta område, se konferensrapporten publicerad av SBU (1989).

Se också Calltorp (1989).

Som vi tidigare diskuterat har en viktig fråga i detta sammanhang att göra med läkarnas incitament. Informationsasymmetriproblemet gör det svårt att avgöra om det, relativt sett, produceras alltför många läkartjänster eller om korrekta kvalitetskrav uppehålls. Det är därför av avgörande betydelse att läkare ges incitament som får dem både att fungera effektivt och att erbjuda tjänster av hög kvalitet.

En annan viktig fråga rör incitamenten och restriktionerna för dem som administrerar och driver de institutioner som producerar andra slag av sjukvårdstjänster (sjukhus, sjukhem, laboratorier etc.). Systemet för ägande och kontroll av dessa institutioner och hur de finansieras är uppenbarligen viktiga faktorer som påverkar totalkostnader och effektivitet i sjukvårdssystemet. Som tidigare diskuterats påverkas emellertid användandet av slutenvårdstjänster mycket starkt av beslut och rekommendationer gjorda av läkare. Således kan de incitament som läkare möter när de skall fatta dessa beslut vara lika viktiga som de incitament som påverkar ledningarna av dessa institutioner. Frågan om vilket slag av incitamentsstruktur som behövs för att åstadkomma en effektiv samverkan mellan till exempel läkare och sjukhusdirektioner har sedan länge uppfattats som en central fråga i litteraturen om sjukvårdsekonomi.

Det behöver knappast påpekas att offentligt ägande och offentliga regleringar har en betydande inverkan på sjukvårdsproduktionens effektivitet i samtliga länder som här diskuteras, inklusive Förenta Staterna. Icke desto mindre finns en kvalitativ skillnad mellan det amerikanska sjukvårdssystemet å ena sidan och systemen i Sverige, Storbritannien och Kanada å den andra. Graden av direkt offentligt ägande och kontroll över sjukvårdens produktion är mycket mindre i Förenta Staterna, där de flesta sjukvårdstjänster fortfarande produceras av självständigt praktiserande läkare och av privatägda (om än hårt reglerade) sjukhus och andra institutioner. Det har delvis av denna orsak funnits relativt större utrymme för innovationer och experiment med olika institutionella former för produktion av sjukvårdstjänster i det amerikanska systemet, och det finns en mycket större mångfald i Förenta Staterna än i andra länder.

### *Produktion av sjukvårdstjänster i Sverige*

Flertalet läkare i Sverige, både allmänpraktiserande och specialister, arbetar som avlönade anställda på de primärvårdscentraler eller sjukhus till vilka de är knutna. Genom att de flesta läkare är avlönade har alla tendenser till överproduktion av läkartjänster via incitamentet att "skapa efterfrågan" i stort sett eliminerats. Som påpekas nedan kan ett renodlat lönesystem emellertid ge upphov till andra typer av effektivitetsproblem.

Svenska sjukhus och primärvårdscentraler ägs och drivs av landstingen. Beslut rörande utgifter och resursanvändning fattas således i den allmänna budgetprocessen inom den offentliga sektorn. Institutionsledningarna och de läkare som arbetar inom dessa, söker anslag om resurser för att betjäna sina patientpopulationer, och landstingsbyråkraterna och politikerna fördelar tillgängliga resurser mellan de konkurrerande anslags sökande.

Om man bortser från det begränsade antalet privatpraktiserande läkare och privata kliniker, spelar således varje landsting rollen av monopolleve-

rantör på marknaden för sjukvårdstjänster. I frånvaro av konkurrens beror effektiviteten i resursanvändningen därför helt på effektiviteten hos den interna mekanism för styrning och kontroll som finns i respektive landsting.

Utan konkurrerande leverantörer kommer pressen på landstingen att använda resurserna effektivt helt och hållet via politiska kanaler, från patienter som vill ha vård av hög kvalitet, och från skattebetalare som vill ha kostnadskontroll. Å andra sidan finns liksom i varje organisation andra krafter som tenderar att minska effektiviteten. Byråkrater som administrerar systemet kan till exempel motsätta sig resursomfördelningar med tanke på motståndet från olika grupper med egenintressen (till exempel från läkare och annan personal på sjukhus som hotas av nedläggning). Läkare och annan personal kan också se effektivitetsmålet som stridande mot deras önskemål om bekvämare arbetstid, anställningstrygghet och bättre arbetsförhållanden i allmänhet, och enskilda sjukhus eller kliniker kan arbeta för förbättringar av sina lokaler och för inköp av mer avancerad utrustning även när patientbelastningen inte motiverar detta.

Det är svårt att avgöra i vilken grad dessa motstridiga krafter faktiskt har lett till en hög effektivitetsnivå i systemet. Å ena sidan kan inte en utomstående iakttagare undgå att bli imponerad av den mycket noggranna planering som tycks ha legat bakom uppbyggandet av en effektiv geografisk hierarki av sjukhus och primärvårdscentraler, och av nyligen genomförda försök att förbättra flexibiliteten i resursanvändningen genom ökad decentralisering av beslutsfattandet. Å andra sidan är det också svårt att undvika intrycket att det i många fall skulle vara möjligt att förbättra effektiviteten genom ett mera intensivt utnyttjande av utrustning och lokaler och genom förändringar (möjligen inkluderande alternativa former av compensation och regler för övertidsarbete) för att effektivare utnyttja systemets personalresurser. I varje form av system är det speciellt viktigt att läkarnas arbetskraft utnyttjas effektivt eftersom läkare är dyra att utbilda. Även om ett system med avlönade läkare kan ha fördelen att lösa problemet med "efterfrågeskapande", kan det i praktiken även medföra ett antal nackdelar. Det kanske till exempel inte är flexibelt nog för att ge tillräcklig ersättning till de läkare som väljer att arbeta långa pass eller att öka sin patientbörda.

### *Det amerikanska systemet*

*Hur läkare betalas.* Även om det finns en avsevärd variation i de metoder som används för att arvoda amerikanska läkare,<sup>15</sup> driver flertalet läkare, vare sig allmänpraktiserande eller specialister, enskilda privatpraktiker där man tar betalt per behandlingstillfälle. Även sjukhusbaserade specialister är således normalt inte anställda av den institution som de arbetar på, även om de för att få rättighet att remittera till ett sjukhus måste bli antagna som medlemmar av dess "medicinska stab".

Även om en del av läkararvodena betalas direkt av patienten betalas den största delen naturligtvis direkt eller indirekt via patientförsäkringar, offentliga eller privata. Traditionellt har läkare haft rätt att ta ut vilka arvoden de önskade för sina tjänster, med risken att en överdrivet hög

<sup>15</sup> Feldstein (1988) innehåller en detaljerad genomgång av denna och andra aspekter på det amerikanska sjukvårdssystemet.

avgiftsnivå skulle få patienterna att söka sig till en annan läkare, som enda restriktion. På grund av informationsasymmetriproblemet har emellertid effektiviteten i denna form av priskonkurrens mellan läkare alltid varit tveksam. I och med att försäkringar blivit vanligt förekommande har konkurrenstrycket försvagats ytterligare eftersom försäkrade patienter har små incitament att söka upp läkare med låga avgifter. Resultatet blev att läkararvoden och behandlingsvolym kraftigt ökade.

När detta kostnadstryck slutligen ledde till höjda försäkringspremier svarade försäkringsgivarna med ett antal kontraktsmässiga arrangemang som utformats i syfte att hålla nere läkararvoden och behandlingsvolym. Enligt många försäkringar ersätts läkare endast efter ett fastställt avgiftssystem, och förhandlingar sker med läkare för att uttryckligen begränsa alla ytterligare betalningar som de direkt tar ut av patienterna. En enskild läkare kan till exempel ansluta sig till en Preferred Provider Organization (PPO) vars medlemmar har gått med på att acceptera en viss försäkringsgivares avgiftssystem som "fullständig betalning" (dvs. de har gått med på att inte begära ytterligare betalning från patienter som täcks av denna försäkring). Liknande arrangemang används också för att stimulera till ett "konservativt" beteende, till exempel genom krav på att bedömning av ytterligare en läkare skall göras före kirurgiska ingrepp. Denna sorts arrangemang är speciellt vanliga i fall där arbetsgivarna tillhandahåller eller betalar för en del av, eller hela, försäkringen för sina anställda.

Kontrakt med PPOs utgör en metod för försäkringsgivare att begränsa kostnaderna för tjänster som erbjuds av läkare som har självständig praktik med betalning per behandlingstillfälle. Alternativet med Health Maintenance Organizations kan ses som en radikalare ansats för att lösa detta problem. Som tidigare påpekats kan HMO betraktas som institutioner som kombinerar försäkrings- och tjänsteproduktionsfunktioner inom hälso- och sjukvård. De får sina inkomster genom de periodiska avgifter som betalas av de anslutna medlemmarna, för vilka medlemskap i HMO fungerar som ett alternativ till konventionell sjukförsäkring. De läkartjänster som HMO erbjuder sina medlemmar tillhandahålls vanligen av läkare som har löneanställning hos HMO. Som löneanställda har HMO-läkare inga incitament att överproducera tjänster och det uppstår inga problem med kontroll av arvoden.

Kontraktsmässiga arrangemang av detta slag har inte bara utnyttjats av privata försäkringsbolag eller arbetsgivare utan också i de offentliga Medicare och Medicaidsystemen. Läkare som går med på att begränsa de ytterligare betalningar de tar ut av Medicarepatienter tillåts till exempel att skicka räkningar direkt till Medicare (snarare än att ta betalt av patienterna som därefter i sin tur ersätts av Medicare) och, som tidigare noterats, har patienter som är anslutna till Medicare möjlighet att få försäkrings-täckning genom någon HMO.

*Varför dominerar fortfarande systemet med betalning per behandlingstillfälle i Förenta Staterna? Även om antalet löneanställda läkare har vuxit dominerar fortfarande systemet med betalning per behandlingstillfälle. Detta betyder att incitamentet för läkarna att utnyttja sitt informationsövertag finns kvar i Förenta Staterna och kan ha varit en bidragande orsak till de höga kostnaderna för sjukvården där. Det är intressant att fundera*

över varför det är på detta sätt, eftersom kompensationsssystem som lön eller per capita ersättning kan utnyttjas för att komma förbi detta incitamentsproblem.

En del av svaret kan vara att många människor alltså hyser skepsis angående kvaliteten på de tjänster som tillhandahålles av organisationer med löneanställda läkare. Dessutom har organisationer som HMO med löneanställda läkare normalt inte kunnat garantera att en viss patient alltid kommer att få behandling av samma läkare. Det har resulterat i att många patienter har klagat på att HMOs tjänster är "opersonliga" till sin natur. Detta kan ha varit en orsak till varför inte fler människor har valt att byta till HMO. Även om PPO kan tyckas vara mindre effektiva när det gäller att komma förbi problemet med informationasymmetrier (eftersom läkarna fortfarande får betalning per behandlingstillfälle), har de den fördelen att patienterna kan fortsätta att behandlas av samma läkare. Den typ av organisation som PPO representerar kan ses som en blandform mellan HMO och konventionella avgiftssystem med betalning per behandlingstillfälle, med någonting av bägges fördelar.

Det bör slutligen noteras att även om en del av den utveckling som beskrivits ovan kan ha gjort marknaden för läkartjänster mer konkurrensbetonad under senare år, så är fortfarande amerikanska läkares förväntade inkomster relativt sett mycket höga, tillräckligt höga för att skapa en mycket stor övrefterfrågan vad gäller intagningen till läkarutbildning.<sup>16</sup> Det är emellertid inte klart om läkarnas höga inkomster skall tas som ett tecken på att det vore effektivt att ytterligare öka antalet läkare i Förenta Staterna, eller om det helt enkelt beror på att läkare fortfarande har möjlighet att generera höga inkomster genom att utnyttja sitt informationsövertag, trots den mera konkurrensmässiga situation som råder efter den senaste tidens reformer. Allt eftersom de medicinska högskolorna fortsätter att utbilda nya läkare, och med få om några hinder för nyetablering, fortsätter antalet praktiserande läkare att stiga. Hur långt denna process skall tillåtas fortsätta kvarstår som ett olöst problem för sjukvårdspolitikerna i Förenta Staterna.

*Finansieringen av sjukhus-tjänster.* De flesta sjukhus i Förenta Staterna ägs och drivs privat. De kan vara organiserade antingen som vinstdrivande bolag eller som icke-vinstdrivande institutioner. Med undantag av de sjukhus som ägs och drivs som en del av Health Maintenance Organizations, får de flesta sina intäkter genom avgifter som tas ut per behandlingstillfälle, dvs., genom att kräva ersättning av sina patienter eller deras försäkringsbolag, för de tjänster de faktiskt tillhandahållit i samband med ett givet sjukdomsfall.

Stigande kostnader för sjukhus-tjänster har varit den viktigaste förklaringsfaktorn bakom den höga tillväxttakten i de amerikanska sjukvårdskostnaderna på senare år. En central uppgift för den amerikanska sjukvårdsekonomiska forskningen är att förklara vad som är orsaken till detta, och speciellt om det privata ägandet av sjukhus och förekomsten av avgifter per behandlingstillfälle som deras största inkomstkälla har bidragit till den höga takten i kostnadsökningen.

Till skillnad från läkare har sjukhus, även de vinstdrivande, liten eller ingen möjlighet att utnyttja något informationsövertag för att generera

<sup>16</sup> Uppskattningar av OECD (se nedan) visar att amerikanska läkares inkomster är omkring 5 gånger så höga som den genomsnittliga industriarbetarlönen; motsvarande siffra i Sverige är litet under 2.

ytterligare efterfrågan på sin tjänster, eftersom beslut om utnyttjande av sjukhus-tjänster i realiteten tas av läkare. Läkare med patienter som är försäkrade och som tar ut betalning per behandlingstillfälle har emellertid föga eller inget incitament att hushålla med sitt utnyttjande av sjukhus-tjänster. I en del fall kan det faktum att man får en patient inlagd på sjukhus skapa möjligheter för läkare att tillhandahålla, och få betalt för, ytterligare tjänster. Ännu viktigare är att fullt försäkrade patienter har ett intresse av att läkare rekommenderar dem "bästa tillgängliga" sjukhusvård eftersom deras försäkring betalar för det. Således har läkare som konkurrerar om patienter ett incitament att uppfylla dessa önskemål eftersom det enbart förbättrar deras rykte bland patienterna.

Det stigande antalet felbehandlingsprocesser kan också ha gett läkare ett incitament att vara generösa med sitt användande av sjukhus-tjänster: Att tillhandahålla "bästa tillgängliga" tjänster minskar både sannolikheten för ogynnsamma behandlingsresultat och risken för en fällande dom vid en misslyckad behandling. Dessa faktorer bidrar inte bara till ett intensivt utnyttjande av alla tillgängliga slutenvårdsresurser. De skapar också incitament för läkare som tillhör ett visst sjukhus att hela tiden arbeta för införskaffande av mer och bättre utrustning och möjligheter att använda den senaste teknologin vid behandlingen av sina patienter.

Den totala mängden tjänster som utnyttjas av den genomsnittlige sjukhuspatienten är således mer en funktion av läkarnas incitament än av sjukhusledningarnas. Det sätt på vilket sjukhus-tjänster finansieras kan emellertid ändå vara av betydelse i två avseenden. För det första kan det skapa incitament hos sjukhusledningarna att stå emot påtryckningar från läkarna för mer och bättre utrustning. För det andra kan det påverka styckkostnaden för att producera vissa givna tjänster och de summor som faktureras försäkringsföretagen.

Ersättning per behandlingstillfälle utan några restriktioner, innebärande att försäkringsföretagen helt enkelt betalar de räkningar som skickas in från sjukhusen, hanterar uppenbarligen inget av dessa problem. Paradoxalt nog är avsaknaden av incitament att producera vissa givna tjänster till låg styckkostnad mest uttalad i fallet med icke-vinstdrivande sjukhus, eftersom de inte har något incitament att minska kostnaderna för att öka vinsten.

*Kontraktsmässiga arrangemang i syfte att minska sjukhuskostnaderna.* Delvis har försöken till lösningar på problemet med stigande sjukhuskostnader liknat dem som beskrivs i föregående avsnitt. Försäkringsföretag har tecknat kontrakt med vissa sjukhus att inte ta mer betalt av försäkrade patienter än vad som täcks av deras försäkringar. I gengäld har dessa sjukhus satts upp på försäkringsföretagets lista över "rekommenderade producenter", vilket givit patienterna ett incitament att söka vård där. En annan effekt har varit utvecklingen av HMO med sina egna sjukhus. HMO har ett incitament att hålla nere sina sjukhuskostnader eftersom dessa kostnader direkt påverkar de medlemsavgifter de måste ta ut och därmed deras förmåga att dra till sig medlemmar i konkurrens med konventionella försäkringsgivare.

En speciellt intressant lösning har varit systemet med ersättning baserad på "diagnosrelaterade grupperingar" (DRG) som utvecklats inom den

offentliga sektorns Medicaresystem. Som tidigare beskrivits betalas ett sjukhus som behandlar en patient som är täckt genom Medicare en summa som är baserad på patientens karakteristika (som diagnos, ålder, kön och utskrivningsstatus), snarare än på sjukhusets avgiftssystem eller kostnaderna för att producera de tjänster som patienten faktiskt erhållit.

Under DRG-systemet har sjukhusledningarna ett incitament att producera tjänster till lägsta kostnad (eftersom den ersättning de får inte beror på kostnaden), och att se till att läkarna visar återhållsamhet i de behandlingsprogram de ordinerar en viss patient (eftersom den erhållna summan inte beror på vilka tjänster som faktiskt utnyttjats).

Slutligen försöker man med en annan typ av kostnadsreducerande kontraktmässiga arrangemang ge läkare ett direkt incitament att minska kostnaderna för de sjukhustjänster som deras patienter utnyttjar. I vissa fall har läkarna under Medicaidsystemet i vissa amerikanska delstater betalats en periodisk per capitabaserad ersättning för att agera som "case managers" för enskilda försäkrade patienter.<sup>17</sup> I dessa arrangemang åligger det läkaren att remittera patienten till de billigaste producenterna av sjukhustjänster och andra kompletterande tjänster, samt att försöka se till att patienten inte överutnyttjar sådana tjänster. Beroende på hur arrangemangen ser ut kan en "case manager" få ta på sig viss "risk" i den meningen att han eller hon blir ansvarig för en andel av kostnaderna för de tjänster patienten använt. Genom att utsätta läkaren för en relativt hög grad av risk kan incitamentet att minska kostnaderna göras starkt, även om man då måste erbjuda en hög per capita-ersättning för att få tag på läkare som är villiga att ta på sig denna uppgift.

Slutligen har delstatliga och federala myndigheter använt olika former av direkt reglering för att hålla sjukhuskostnaderna under kontroll.<sup>18</sup> Under tidigare perioder förlitade man sig i hög grad på direkta regleringar av sjukhusens prissättning även om det är oklart hur effektiva dessa regleringar var. Federal lagstiftning har dessutom använts för att försöka begränsa kostnaderna för investeringar i ny sjukhuskapacitet, genom att kräva myndigheternas godkännande innan nya sjukhus kan byggas.

*Sammanfattning: Vad kan vi lära av det amerikanska systemet?* Erfarenheterna i Förenta Staterna visar att det finns ett antal sätt på vilka man kan använda incitamentsbaserade mekanismer för att hålla nere kostnaderna och främja effektiviteten i sjukvårdsproduktionen. Erfarenheterna visar också att de kan ha en avsevärd effekt. I omsorgsfullt utformade experiment baserade på slumpmässig patientfördelning har till exempel HMO uppvisat kostnader som legat cirka 20% till 30% lägre än för konventionella system för försäkring och betalning.<sup>19</sup>

Samtidigt visar de amerikanska erfarenheterna att det inte finns någon enda organisationsform som representerar "bästa" sättet att erbjuda sjukvård under alla förhållanden. Även om HMO har vuxit har de inte kommit att bli den dominerande formen för sjukvårdsproduktion. Under senare år har PPO, vilka kan ses som en mellanform mellan HMO och konventionell betalning per behandlingstillfälle, vuxit synnerligen snabbt. Även om det konventionella betalningssystemet verkar utgöra den dyraste formen har det fortfarande stor utbredning och har visat sig kapabelt att bli mer konkurrenskraftigt genom enkla åtgärder som t.ex kravet om ytterligare en läkares bedömning vid kirurgiska ingrepp etc.

<sup>17</sup> Se Gibson (1983).

<sup>18</sup> Feldstein (1988, kapitel 11) innehåller en ingående diskussion av sjukhusregleringar.

<sup>19</sup> Manning *et al.* (1984). Siffrorna baseras på jämförelser av de estimerade totala sjukvårdskostnaderna för patienter anslutna till HMO, och för patienter med konventionella försäkringar med antingen noll eller 25% andelsbetalning. Vid ett liknande experiment fann man ingen signifikant skillnad i genomsnittlig hälsoeffekt bland patienter som behandlats inom HMO eller under konventionella betalningssystem.

En slutsats av de amerikanska erfarenheterna är att om man ska ha ett uniformt system för produktion och tjänster är det omöjligt att utforma det på ett sådan sätt att det tillfredsställer alla. För en del människor är det faktum att läkare som får ersättning per behandlingstillfälle tenderar att följa principen om "bästa tillgängliga vård, oavsett kostnad", tillräckligt värdefullt för att motverka det faktum att betalning per tjänst också tenderar att producera det högsta vårdkostnaderna. För andra är de låga kostnaderna och den konservativa praktikstilen i HMO tillräckligt för att dominera hänsynen till vårdens kvalitet. En del människor föredrar en kompromisslösning som t. ex. PPO.

### *Det kanadensiska systemet*

Nästan samtliga läkare i Kanada har privatpraktik med ersättning per betalningstillfälle. Liksom i USA finns få hinder för legitimerade läkare att etablera sig i systemet. När de etablerar sig har de automatiskt rätt till ersättning genom provinsernas försäkringssystem. Även om läkarna, i teknisk mening, har möjlighet att praktisera utanför provinsernas försäkringssystem väljer få att göra det. En del av förklaringen till detta är, som tidigare nämnts, att privat försäkring, som täcker tjänster vilka omfattas av den allmänna försäkringen, är olaglig. Patienter kan således inte få försäkring som täcker betalning för läkartjänster givna av läkare som praktiserar utanför det offentliga systemet.

Arvodena till läkare som praktiserar inom systemet är reglerade. Enligt Canada Health Act från 1984 är läkare som får ersättning genom provinsystemet förbjudna att ta ut ytterligare betalning från sina patienter. Informationsasymmetrin mellan patienter och deras läkare är således inte längre en faktor som påverkar nivån på läkararvodena. Den kan emellertid fortfarande vara en faktor som påverkar volymen läkartjänster.

Medan dominans för systemet med läkarersättning per behandlingstillfälle är något som är gemensamt för Kanada och Förenta Staterna, är systemen för betalning för sjukhusjänster radikalt olika. Även om de flesta sjukhus i Kanada (både för akut- och långtidsvård) i teknisk mening är privata, drivs nästan samtliga av icke vinstdrivande företag och de finansieras direkt genom individuellt förhandlande "globala budgetar".

Provinsmyndigheterna kontrollerar också helt inrättandet av ny sjukhuskapacitet. Många analytiker har antagit att den olika graden av myndighetskontroll över sjukhusutgifterna förklarar varför Kanada haft uppenbart större framgång än USA med att kontrollera de totala sjukvårdskostnaderna. Även om kanadensiska läkare som tar ut betalning per behandlingstillfälle, har samma slags incitament som de amerikanska läkarna att driva på om riklig tillgång på högkvalitativ sjukvård för sina patienter, är reaktionen från det kanadensiska sjukhusystemet inte lika elastisk, och detta kanske utgör en stor del av förklaringen till varför det kanadensiska systemet är mindre kostsamt.

Under senare år har provinsmyndigheternas restriktioner vad gäller sjukhusanslag skapat ökande spänning mellan dem och läkarna. Läkare klagar för sina patienters räkning på att de inte har tillgång till tillräckliga sjukhusresurser. I praktiken beror engagemanget delvis på deras egna

ekonomiska intressen, eftersom läkares möjligheter att tjäna pengar genom sin yrkesutövning försvåras, om de inte har tillgång till sjukhuskapacitet för sina patienter.

### *Storbritannien*<sup>20</sup>

Vad gäller produktionen av läkartjänster i det brittiska systemet finns det en skarp åtskillnad mellan specialister å ena sidan och allmänpraktiserande läkare (GP) å den andra.<sup>21</sup>

Storbritanniens allmänpraktiserande läkare ersätts genom en kombination av lön (betald genom NHS) och periodisk per capita ersättning som bestäms av antalet patienter som har tecknat sig på den allmänpraktiserande läkares officiella lista. Förutom att de skall förse patienterna på sina listor med alla nödvändiga läkartjänster (utan direkta kostnader för patienten) förväntas de brittiska allmänläkarna också uppträda som "grindvakter" som kontrollerar sina patienters tillgång till andra slags NHS-tjänster. Patienter skall inte få receptbelagda mediciner, behandling från en specialistläkare eller tjänster från ett sjukhus annat än via remittering från "sina" allmänläkare. NHS' specialistläkare ("konsulter") är å andra sidan anställda och avlönade av de sjukhus på vilka de praktiserar.

Med ett system där varken allmänläkare eller specialister ersätts per behandlingstillfälle har således incitamentet att "skapa efterfrågan" definitivt eliminerats för båda kategorierna. När det gäller allmänläkarnas tjänster innehåller per capitasystemet ett viktigt konkurrenselement. Även om patienterna måste stanna hos den allmänläkare de anslutits till en viss tid, kan de senare byta till en annan allmänläkare om de inte är nöjda med den nuvarandes tjänster. Indirekt finns också ett element av konkurrens mellan sjukhusen: De och deras specialistläkare konkurrerar om allmänläkarnas remitteringar.

Sjukhus i Storbritannien drivs för närvarande som en del av NHS' allomfattande system. De får anslag genom övergripande budgetar som förhandlas fram individuellt med deras respektive District Health Authority, vilken i sin tur får sina anslag genom en budget som förhandlats fram med centralregeringen. Liksom i det kanadensiska fallet är det en intressant fråga om denna centrala kontroll över utgifterna för sjukhustjänster är en viktig faktor när det gäller att förklara de relativt sett mycket låga kostnaderna för sjukvården i Storbritannien.

*De senaste reformförslagen i Storbritannien.* Även om det brittiska sjukvårdssystemet kanske inte är så dyrbart i internationell jämförelse, utgör det icke desto mindre en stor utgiftspost i den brittiska regeringens budget, och trycket att förbättra effektiviteten i systemet för att hålla nere kostnaderna är alltså starkt. Dessutom har den snabba ökningen av privata försäkringar på senare år av många tolkats som ett tecken på allmänhetens missnöje med kvaliteten på de tjänster som är tillgängliga genom NHS, och speciellt med köerna för olika former av icke akuta kirurgiska ingrepp.<sup>22</sup> Således kan man också se reformkraven som en önskan att få mera "värde för pengarna" (bättre vårdkvalitet) för de resurser som spenderas.

<sup>20</sup> För en översikt, se åter Ham (1985), och även den aktuella brittiska vitboken om reformering av National Health Service (Storbritannien, 1989).

<sup>21</sup> För en lekman är terminologin som används i olika system för att skilja mellan läkare som i hushållsak ägnar sig åt att producera "primärvård" och övriga, något förvirrande. Den term som vanligen används i Storbritannien är "general practitioner", medan i Nordamerika termen "family practice" eller "family medicine" blir allt vanligare. För att ytterligare komplicera saken används termen "family medicine" ibland som beteckning för en specialist som praktiserar som primärvårdsläkare, till skillnad från en läkare som ägnar sig åt "general practice". I denna uppsats används alla dessa termer synonymt.

<sup>22</sup> När man vill mäta betydelsen av tendensen mot mera privat försäkring, måste man hålla i minnet att de som erhåller sådan i praktiken betalar två gånger för sin sjukförsäkring. En individ eller fackförening som tar privat försäkring undgår härigenom inte sin andel av de skattemedel som går till finansieringen av NHS.

Regeringens vitbok om NHS från 1989 innehåller ett antal genomgripande reformförslag.<sup>23</sup> Ett grundtema i dessa förslag är decentralisering och delegering av administration och beslutsfattande till sjukhus och allmänläkare, från regionala och lokala hälsovårdsmyndigheter (RHA, DHA) som hittills ansvarat för administrationen av de resurser som gått till produktionen av sjukvård inom deras regioner eller lokala förvaltningsområden.

En aspekt på decentraliseringsprocessen skulle vara att tillåta sjukhusen att omorganisera sig till "sjukhusstiftelser" som skulle få ökat inflytande över de egna resurserna, inkluderande större frihet att förhandla fram lönenivåer och anställningsvillkor för sina anställda. De skulle också få ökat ansvar för sin egen finansiering. I stället för att få sina anslag från DHA i form av en övergripande budget, skulle de få sina intäkter genom att "sälja" sina tjänster enligt kontrakt med sina egna DHA, andra DHA, allmänläkarpraktiker, eller till och med patienters privata försäkringsbolag. De skulle göra detta i konkurrens med andra sjukhus. DHA och andra "köpare" skulle inte vara tvungna att teckna kontrakt med sjukhusen i de egna distrikten.

På liknande sätt skulle allmänläkare ges större ansvar för utformningen av kostnadseffektiva vårdpaket för sina patienter. Stora allmänläkarpraktiker skulle ges möjlighet att få egna NHS-budgetar för ett "definierat spektrum av sjukhus-tjänster" och för receptförskrivning av läkemedel. Allmänläkare som lyckats åstadkomma överskott inom dessa budgetar skulle tillåtas att "plöja ner pengarna i syfte att förbättra sina praktiker på det sätt de anser vara bäst och erbjuda fler och bättre tjänster till sina patienter".<sup>24</sup> På liknande sätt skulle sjukhusstiftelser med intäktsöverskott från sina kontrakt tillåtas att återinvestera dessa i utökad kapacitet eller förbättrade lokaler.

Effekten av dessa reformer skulle således vara att ge sjukhusen förbättrade incitament att konkurrera genom att använda sina resurser så effektivt som möjligt, och för allmänläkarna att göra detsamma genom att utforma kostnadseffektiva vårdpaket för sina patienter. De skulle också minska DHAs direkta ansvar att fatta detaljerade beslut om produktionen av sjukvård. I stället skulle DHA använda sina resurser till att köpa sjukvård till sina invånare från de mest konkurrenskraftiga producenterna. En annan viktig aspekt på reformförslagen är att storleken på anslagen till respektive DHA skulle bero på storlek och karakteristika hos dess befolkning, inte på de historiska kostnaderna för att producera sjukvårdstjänster inom det lokala distriktets gränser. DHA skulle således övergå till att fungera som "inköpsagenter" för sina patientpopulationer, i stället för att vara direkta producenter av sjukvård. I vissa avseenden liknar dessa förslag de principer som legat till grund för omdefinitionen av landstingens roll i det svenska sjukvårdssystemet under senare år. Jag återkommer till detta tema i följande kapitel.

### *Incitament och vårdkvalitet i de fyra systemen*

Den tidigare diskussionen har fokuserat på de typer av incitament till kostnadskontroll som finns i de olika systemen. Effektivitet förutsätter

<sup>23</sup> "Working for Patients: The Health Service, Caring for the 1990s", HMSO jan. 1989.

<sup>24</sup> Vitboken, *op.cit.*, sid. 52.

<sup>25</sup> Sedan införandet av DRG-systemet för Medicare patienter i USA har den federala regeringen försökt åstadkomma motverkande incitament för sjukhusen att uppehålla en hög vårdkvalitet genom att systematiskt övervaka dödlighetstalen bland sjukhuspatienterna.

I Storbritannien noterar vitboken att förslagen till ökade incitament till sjukhus och allmänläkare att vara kostnadseffektiva kanske även ökar risken för att vårdkvaliteten kan bli lidande. För att motverka detta föreslås en ökad betydelse för "medical audits" som ett "sätt att genom kvalitetsöversikt av medicinskt utövande se till att kvaliteten på det medicinska arbetet når upp till acceptabla normer".

Ibland ligger det i vårdproducenternas eget intresse att använda kontraktliknande arrangemang som tjänar till att övertyga patienterna om att de producerar vård av hög kvalitet. Därför innehåller avtal mellan en del amerikanska HMO och deras patienter en klausul enligt vilken parterna kommit överens om att låta potentiella framtida felbehandlingskrav gå till skiljedom. Detta kan tolkas som ett sätt att minska patienternas kostnader när det gäller att få ut kompensation från HMO om de anser att de inte har fått acceptabel vård, och kan därför även ses som ett sätt för HMO att frivilligt skapa ett incitament för sig själv att producera god vård.

<sup>26</sup> För en översikt och analys av felbehandlingsprocessernas omfattning och roll i det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet se Danzon (1985). Rosenthal (1987) ger en diskussion av erfarenheterna med felbehandling i Sverige och Storbritannien.

emellertid inte bara att det finns ett tryck på beslutsfattarna att hålla nere kostnaderna utan också att det finns incitament att bibehålla en hög vårdkvalitet. En rimlig avvägning måste ske: Om incitamenten att minska kostnaderna görs alltför starka kan reaktionen bli en minskning av vårdkvaliteten om det inte finns motverkande krafter.

Det mest uppenbara incitamentet till bibehållen kvalitet finns i de system där patienterna har viss möjlighet att välja bland konkurrerande producenter, direkt eller indirekt. Den viktigaste orsaken till varför de amerikanska HMO inte på det hela taget har fått ett rykte för låg vårdkvalitet, fast de har ett finansiellt incitament att underproducera tjänster, är således att de måste konkurrera om patienter med producenter som tar ut konventionell ersättning per behandlingstillfälle (eller möjligen PPO). På liknande sätt har brittiska allmänläkare och kanadensiska läkare ett starkt intresse att uppehålla ett rykte om hög servicekvalitet eftersom patienter kan välja vilken läkare de vill söka ut eller ansluta sig till. I system där läkare har viss möjlighet att välja bland ett antal sjukhus eller laboratorier, till exempel, när de remitterar sina patienter, har varje sådan institution dessutom ett incitament att uppehålla kvaliteten, speciellt om deras finansiering är direkt beroende av hur framgångsrika de är när det gäller att dra till sig patienter genom remitteringar. (Detta är naturligtvis en av huvudidéerna bakom förslagen i den brittiska vitboken.)

Man kan emellertid hävda att konkurrensen som mekanism för att garantera kvalitet minskar i effektivitet på grund av problemen med informationsasymmetrier mellan patienter och producenter. I ett system med betalning per behandlingstillfälle tenderar informationsasymmetrin att driva upp kostnaderna. I ett system där incitamenten för producenterna ligger i att hålla nere kostnaderna innebär å andra sidan informationsasymmetrin en risk för att vårdkvaliteten kommer att bli lidande eftersom producenterna då försöker begränsa resursanvändningen i enskilda fall.<sup>25</sup>

Det finns emellertid en ytterligare uppsättning incitament för producenterna att leverera vård av hög kvalitet: De lagregler och de prejudikat skapade genom tidigare domstolsbeslut som gör det möjligt för patienter att stämma sjukvårdsproducenter för felbehandling. I Förenta Staterna har antalet felbehandlingsmål blivit mycket stort, speciellt mot läkare inom högriskspecialiteter som anestesi och obstetrik, men också inom andra medicinska områden, och processer förs ofta mot både sjukhus och läkare. Även om andelen rättsprocesser är speciellt hög i Förenta Staterna, har dessa också ökat snabbt i Kanada och Storbritannien.<sup>26</sup>

Enligt en del amerikanska observatörer utgör det stora antalet felbehandlingsmål i stor utsträckning ett dyrbart resursslöseri, både på grund av de stora rättegångskostnader de leder till, och därför att man anser att de haft en skadlig inverkan på hur läkarverksamhet bedrivs. Det hävdas speciellt att många läkare använder en strategi kallad "defensive medicine" där man genomför många tester och ingrepp i första hand för att undvika framtida felbehandlingsmål, och inte för att de antas bidra till patientens framtida hälsa.

Å andra sidan finns det andra som hävdar att risken för felbehandlingsprocesser borde ses som ett välgörande incitament för producenter att vara mera försiktiga (tillhandahålla en högre vårdkvalitet) än de annars skulle

vara. Enligt dessa observatörer skulle det relevanta politiska målet inte nödvändigtvis vara att minska antalet rättsprocesser rörande felbehandlingar, utan i stället att skapa en uppsättning lagregler och kriterier som utgör en effektiv kombination av incitament att producera god vård å ena sidan och låga administrationskostnader (inkluderande rättegångskostnader) å den andra. Utformningen av reformer enligt dessa linjer kommer säkert att bli viktigare om sjukvårdssystemen i länder som Sverige och Storbritannien förändras så att mer sjukvård tillhandahålls enligt kontrakt som sätter press på producenterna att minska kostnaderna.

## Resursanvändning, kostnader och prestationsförmåga i sjukvårdssystemen

I detta avsnitt beskriver och diskuterar jag i korthet de fakta som finns tillgängliga från internationella jämförelser av resursanvändning, kostnader och prestationsförmåga i de fyra sjukvårdssystem som här diskuteras. Det utan jämförelse mest ambitiösa försöket att ställa samman denna typ av data på en internationellt jämförbar grund företogs av OECD i en serie studier under andra hälften av 1980-talet. De data som här diskuteras är till stor del hämtade från dessa studier.<sup>27</sup>

### *Komparativa kostnader och resursanvändning*

Kolumnerna 1 till 3 i tabell 3.1 visar uppskattningar av de totala sjukvårdskostnaderna både som andel av BNP och på per capita basis, mätta i amerikanska dollar enligt faktiska växelkurser, eller alternativt i "köpekraftsparitets"-dollar (KPD) så som de beräknats av OECD. Oavsett vilket mått som används är det klart att det amerikanska systemet är det dyraste med en vid marginal, medan det brittiska är det minst dyra. Rangordningen mellan Kanada och Sverige, å andra sidan, beror på om man använder faktiska växelkurser eller KPD. Vid faktiska växelkurser är Kanadas per capita-utgifter lägre. Uttryckt i KPD skulle emellertid både Sveriges BNP och sjukvårdsutgifter te sig betydligt lägre än vid faktiska växelkurser, och de svenska sjukvårdsutgifterna per capita skulle därför bli mycket lägre än Kanadas vid en sådan kalkyl.

**Tabell 3.1 Kostnader för sjukvård**

	(1) % av BNP	(2) \$ U.S	(3) Köpkraftsdollar
Sverige	9.2	1 732	1 264
Storbritannien	6.0	714	751
Förenta Staterna	11.2	2 051	2 051
Kanada	8.8	1 401	1 515

Kol. 1: Totala sjukvårdskostnader i procent av BNP 1987

Kol. 2: Per capita kostnader för sjukvård, \$US, 1987.

Kol. 3: Per capita kostnader för sjukvård, köpkraftsdollar (KPD), 1987.

*Källa:* Kalkylerat av författaren från data i OECD (1990).

<sup>27</sup> OECD (1985, 1987, 1990).

Uppgifterna i tabell 3.2 rörande ett antal fysiska insatsmått, som till exempel det genomsnittliga antalet sjukhusdagar för inlagda patienter eller antalet läkare och sköterskor per invånare, stämmer bara delvis med vad som kunde förväntas på grundval av tabell 1.

Å ena sidan antyder dessa data en viktig anledning till varför Sverige har ett dyrare sjukvårdssystem än Kanada och i synnerhet än Storbritanniens: Det finns avsevärt fler läkare per invånare i Sverige än i de övriga två länderna, och i genomsnitt producerar det svenska systemet mer än två gånger så många sjukhusdagar per invånare som de övriga två.

**Tabell 3.2 Användning av vissa resurser inom sjukvården, c:a 1985**

	(1) Dagar	(2) Läkare	(3) Sjuksköterskor	(4) (Kvot)
Sverige	4.5	2.6	8.7	1.6
Storbritannien	2.1	1.4	4.1	2.3
Förenta Staterna	1.7	2.2	6.4	5.0
Kanada	2.0	2.0	9.1	3.6

Kol. 1: Sluten vård, sjukhusdagar per 1 000 invånare

Kol. 2: Läkare per 1 000 invånare

Kol. 3: Sjuksköterskor per 1 000 invånare

Kol. 4: Genomsnittliga läkarinkomster som multipel av genomsnittlig lön per anställd

*Källa:* Baserad på OECD (1990).

Å andra sidan kan inte de höga sjukvårdskostnaderna i Förenta Staterna förklaras med höga frekvenser sjukhusintagning eller ett stort antal läkare eller sköterskor per invånare. Förenta Staternas höga sjukvårdskostnader beror i stället på relativt höga styckkostnader för sjukhusdagar och relativt höga inkomster för läkare. Förklaringen till de höga styckkostnaderna för sjukhustjänster är i linje med studier som visar på jämförelsevis stor överskottskapacitet (lågt kapacitetsutnyttjande) och långtgående dubblering av dyrbar utrustning inom den amerikanska sjukhussektorn.<sup>28</sup>

### *Demografiska aspekter*

<sup>28</sup> Indirekt stämmer det även med de uppgifter som tyder på att en viktig orsak till de lägre kostnaderna för HMOs produktion av sjukvård är att HMO använder mindre sjukhusresurser än konventionella praktiker. Det sätt på vilket sjukhus i Sverige och Storbritannien drivs liknar till exempel mera det sätt på vilket HMO-sjukhus administreras och skiljer sig helt från det sätt på vilket sjukhus med betalning per utförd tjänst administreras.

Jämförande data rörande resursanvändning och sjukvårdskostnader kan endast utnyttjas för att dra slutsatser om den relativa effektiviteten i respektive system om "allt annat är lika". I allmänhet är emellertid allt annat inte lika. Som kommer att diskuteras nedan finns en del uppgifter som tyder på att det kan finnas skillnader mellan systemen vad gäller vårdkvalitet. En annan viktig skillnad är befolkningens demografiska sammansättning. I synnerhet finns det stora skillnader när det gäller andelen äldre människor i de fyra ländernas befolkning, som kolumnerna 1 och 2 i tabell 3.3 visar. Eftersom äldre människor i allmänhet är mycket större förbrukare av sjukvårdstjänster än de unga, skulle man självklart förvänta sig att ett land med en äldre befolkning spenderar mer resurser på sjukvård.

Tabell 3.3 Sjukvård och äldre befolkning, mitten av 1980-talet

	(1) % > 65	(2) % > 75	(3) (Kvot)	(4) \$ U.S.
Sverige	17.5	7.5	5.5	1 732
Storbritannien	15.3	6.5	4.3	748
Förenta Staterna	12.1	5.0	7.4	2 450
Kanada	10.7	4.1	4.5	1 643

Kol. 1: Procentuell andel av befolkningen som är över 65 år

Kol. 2: Procentuell andel av befolkningen som är över 75 år

Kol. 3: Genomsnittliga sjukvårdskostnader för personer över 65 år som multipel av genomsnittskostnader för personer under 65 år

Kol. 4: Hypotetiska sjukvårdskostnader per invånare med den svenska åldersfördelningen

Källa: Baserad på data i OECD. The Future of Social Protection, (Paris, 1988), och Tabell 3.1.

Kolumn 3 i tabell 3.3 visar uppskattningar för respektive land av den faktor med vilken sjukvårdsutgifterna per invånare över 65 års ålder överskrider utgifterna för en genomsnittsperson under 65 år. Dessa data kan användas för att beräkna vad utgifterna i Kanada, Storbritannien och Förenta Staterna skulle ha varit om deras befolkning hade haft samma andel av befolkningen över 65 år som Sverige hade under mitten på 1980-talet. (siffrorna är i amerikanska dollar och ska jämföras med kolumn 2, tabell 3.1). Resultatet av beräkningarna redovisas i kolumn 4.

Dessa "åldersjusterade" siffror antyder att nästan hela Kanadas förspåring (i form av lägre per capita-kostnad) jämfört med Sverige, enligt kolumn 2 i tabell 3.1, kan hänföras till det faktum att Kanada har en yngre befolkning än Sverige. (Om kalkylen utförs i KPD skulle den svenska siffran bli så mycket som 30% lägre än Kanadas.) De åldersjusterade siffrorna förstärker också bilden av det amerikanska systemet som det dyraste: De höga kostnaderna i Förenta Staterna är desto mera anmärkningsvärda när man tar hänsyn till landets relativt unga befolkning. Å andra sidan lämnar åldersjusteringen Storbritanniens försteg (i form av låg per capita kostnad) i stort oförändrat: Andelen personer över 65 år i Storbritannien är mycket högre än i både Kanada och Förenta Staterna och endast något lägre än i Sverige. Av denna orsak är siffran för åldersjusterade utgifter per invånare i Storbritannien fortfarande mindre än 50% av den svenska siffran och verkar till och med mer fördelaktig relativt siffrorna för de nordamerikanska länderna.

### Prestationsmått

Som noterats i kapitel 2 är det synnerligen svårt att få exakta mått på "produktiviteten" i sjukvårdssektorn, både principiellt och av praktiska skäl. Begreppet förväntat antal kvalitetsjusterade livsår som en representativ individ kommer att åtnjuta kan utgöra en hyggligt god grund för ett index som skulle återspegla det resultat man önskar få ut från sjukvårdssektorn. Men det måttet påverkas även av många andra faktorer än kvantitet och kvalitet inom sjukvården. De data som är nödvändiga för att göra "kvalitetsjusteringar" (som återspeglar den förväntade omfattningen av

smärtsam och försvagande sjuklighet hos befolkningen) existerar dessutom helt enkelt inte. I praktiken kan därför jämförelser göras endast på basis av dödlighetssiffror.

Om man ser på den ojusterade förväntade livslängden för nyfödda, har alla fyra länderna gjort väsentliga framsteg under de senaste årtiondena. I stor utsträckning har dessa framsteg berott på minskningar av barnadödligheten (dödlighetstalen för barn under ett års ålder), vilken i alla fyra länderna var 2,5 till 4 gånger högre år 1950 än i början av 1980-talet. (Tabell 3.4). Men en väsentlig ökning av den förväntade livslängden i högre åldrar har också skett, speciellt bland kvinnor (jämför kolumnerna 1 och 2 i tabell 3.5).

**Tabell 3.4 Barnadödlighetstal, 1950 och tidigt 1980-tal (per 1000 levande födda)**

	(1) Dödlighetstal, 1950-talet M / K	(2) Dödlighetstal, 1980-talet M / K
Sverige	26.6/20.5	7.1/ 6.5
Storbritannien	32.7/25.1	12.2/ 9.4
Förenta Staterna	33.4/25.9	12.8/10.2
Kanada	43.3/34.2	10.4/ 7.8

*Källa:* Baserad på OECD (1987).

**Tabell 3.5 Förväntad återstående livslängd vid 40 respektive 65 års ålder, 1950 och tidigt 1980-tal (år)**

	(1) Ålder 40, 1950 M / K	(2) Ålder 40, 1980-talet M / K	(3) Ålder 65 1980-talet M / K
Sverige	34.1/35.6	34.9/40.4	14.6/18.2
Storbritannien	31.3/35.4	32.7/38.2	13.1/17.2
Förenta Staterna	30.9/35.2	33.3/39.8	14.6/19.1
Kanada	32.5/35.6	34.0/41.0	14.5/18.7

*Källa:* Baserad på OECD (1987).

Jämfört med de förändringar i dödlighetstal och förväntad livslängd som ägt rum över tiden är de kvarvarande skillnaderna mellan de fyra länderna under 1980-talet tämligen små. Om man ser alla fyra länderna som en grupp är skillnaderna inte nära korrelerade med per capita utgifter för sjukvården. Speciellt har Förenta Staterna, trots att landet med bred marginal har de högsta per capitakostnaderna för sjukvård, också signifikant högre barnadödlighetstal för både män och kvinnor än de andra länderna, och lägre förväntad återstående livslängd vid 40 års ålder för bägge könen än vare sig Kanada eller Sverige. Å andra sidan, även om Storbritannien har lägre barnadödlighetstal än Förenta Staterna är dock skillnaderna inte stora och siffran för Storbritannien är avsevärt högre än i vare sig Sverige eller Kanada. Dessutom är den förväntade livslängden vid 40 och 65 års ålder lägre i Storbritannien än i något av de övriga länderna (kolumnerna 2 och 3, tabell 3.5). Korrelationsstudier som utförts på data

från dessa och andra länder indikerar statistiskt signifikanta samband mellan per capita utgifter för sjukvård å ena sidan och barnadödlighet och kvinnlig förväntad livslängd å den andra.<sup>29</sup>

En möjlig tolkning av dessa fakta är följande. I Förenta Staterna reduceras produktiviteten (i form av minskad barnadödlighet och ökad förväntad livslängd) hos den stora mängd resurser som avsätts för sjukvården av att dessa resurser är ojämnt fördelade inom befolkningen. När uppmärksamheten begränsas till system där det finns mer jämlikhet i tillgången på sjukvård, framträder det förväntade mönstret: Storbritannien som avsätter väsentligt färre resurser till sjukvården har väsentligt högre barnadödlighetstal och kortare förväntad livslängd än vare sig Kanada eller Sverige.

### *Slutsats: vad säger oss statistiken?*

Som redan noterats måste statistisk information av det slag som presenterats här, tolkas mycket försiktigt. Relativa kostnadsskillnader mellan länder kan bero på skillnader i den relativa kostnaden för insatsvaror i sjukvårdssektor och övriga sektorer, såväl som på skillnaden i den effektivitet med vilken resurserna används inom sjukvården. De höga kostnaderna för sjukvård i Förenta Staterna kan delvis återspegla de höga monopolräntor som läkarkåren kan ta ut på grund av läkarnas styrka som politisk påtryckningsgrupp i detta land. Både kostnaderna och effektiviteten inom sjukvården kan bero på hur den är fördelad bland invånarna, någonting som inte framgår av de aggregerade data som presenterats här.

De allvarligaste begränsningarna vad gäller data hänger samman med effektivitetsmått. Index som barnadödlighet eller förväntad livslängd vid olika åldrar är mycket partiella och inkompleta approximationer av det vida folkhälsobegrepp som man skulle vilja använda som mått på aggregerad prestationsförmåga. Det är inte klart i vilken utsträckning som jämförelser baserade på sådana index kan generaliseras. Om man försöker uppskatta inflytandet av sjukvårdsutgifterna per capita på barnadödlighetstalen genom en regression måste man till exempel hålla i minnet inte bara att skillnaderna i dessa tal kan bero på andra faktorer än sjukvårdens kvalitet, utan också att bara en relativt liten del av alla sjukvårdsresurser spenderas på förlossnings- och spädbarnsvård. Det är således inte klart att en sådan korrelation säger oss någonting om med vilken effektivitet resurserna för till exempel äldre vård används. Disaggregerade jämförelser av kostnader och effektivitet inom specifika delområden eller för specifika sjukdomar kan ge mera tillförlitliga data, men även här är resultaten i grunden svåra att generalisera.

Trots dessa reservationer anser jag emellertid att två breda slutsatser kan dras från ovan citerade data.

Den mest uppenbara (och från ett kanadensiskt eller europeiskt perspektiv, den minst kontroversiella) är att det amerikanska sjukvårdssystemet i stort inte verkar vara speciellt effektivt, åtminstone inte om man inkluderar något mått på jämlikhet vad gäller tillgången till sjukvård i sin definition av effektivitet. Förenta Staternas pluralistiska system visar i och för sig upp exempel på organisationsformer och principer för sjukvårdsadministration som kan vara värda att eventuellt ta efter i Sverige eller andra

<sup>29</sup> OECD (1987).

europiska länder. Men det finns andra aspekter på det amerikanska systemet som borde studeras i huvudsak som exempel på vad man *inte* bör göra.

Den andra slutsatsen hänför sig till de låga kostnaderna i det brittiska sjukvårdssystemet. I viss utsträckning återspeglar det troligen en relativt låg kvalitet på vården i Storbritannien. Den något lägre förväntade livslängden vid olika åldrar i Storbritannien jämfört med Sverige eller Kanada överensstämmer med denna tolkning, liksom även de långa köerna för icke akut kirurgi. Men sådana köer finns i Sverige och i ökande omfattning även i Kanada.

Om kvalitetsskillnaderna var den enda förklaringen till de låga vårdkostnaderna i Storbritannien måste man i alla fall dra slutsatsen att den relativt blygsamma ökningen i vårdkvaliteten i Sverige och Kanada jämfört med Storbritannien åstadkoms till mycket hög kostnad. Den alternativa förklaringen är naturligtvis att den brittiska sjukvårdspolitiken lyckats med att åstadkomma en hög effektivitet i resursanvändningen. Om så är fallet kan länder som Sverige och Kanada (och Förenta Staterna) dra fördel av mer detaljerade studier av de principer på vilka systemen för sjukförsäkring och sjukvårdsproduktion i Storbritannien är uppbyggda.

## 4 Effektivitetshöjande åtgärder inom den svenska sjukvården

### Inledning

I kapitel 2 diskuterade jag det bidrag som ekonomiskt tänkande kan ge när det gäller att formulera målen för ett väl fungerande, effektivt sjukvårdssystem. Jag diskuterade emellertid också i viss detalj orsakerna till varför sjukvårdssektorn måste anses var ett mycket speciellt fall, i meningen att man inte kan förlita sig till en oreglerad marknadsbaserad mekanism när det gäller att uppnå de sociala målen i denna sektor.

I kapitel 3 diskuterades och jämfördes de principer som använts i Sverige, Förenta Staterna, Storbritannien och Kanada för att utforma en politik som svarar mot målen för social jämlikhet och effektivitet inom sjukvården. En sak som framträder i denna jämförande analys är mångfalden av institutionella organisationsformer som kan och har använts för att nå dessa mål. Till för några år sedan skulle kanske detta ha kommit som något av en överraskning för många. I de flesta länder rörde sig den sjukvårdspolitiska debatten mest om relativt begränsade förändringar av det existerande nationella systemet, och ingen större uppmärksamhet ägnades åt erfarenheterna med annorlunda lösningar i andra länder.

På senare år har det emellertid visats ökande intresse för internationella jämförelser som ett led i arbetet med att förbättra olika länders sjukvårdspolitik, både i Europa och Nordamerika. De arbeten som utförts eller publicerats av OECD (1985, 1987, 1990) har varit speciellt betydelsefulla. Svenska sjukvårdsekonomer som Bengt Jönsson och Björn Lindgren har spelat en framträdande roll inom detta område (se t. ex. deras bidrag till OECD (1990)). I sina bidrag till debatten om sjukvårdsreform i Sverige har också Jönsson, Lindgren, och andra författare, ägnat stor uppmärksamhet åt sjukvårdspolitiska metoder i andra länder.<sup>1</sup>

Avsikten med detta korta avslutande kapitel är att diskutera frågan huruvida erfarenheterna med alternativa sjukvårdspolitiska lösningar i Förenta Staterna, Storbritannien, och Kanada, kan utnyttjas för att ge uppslag till olika sätt på vilka den svenska sjukvårdspolitiken ska kunna förbättras. I många avseenden kommer jag fram till slutsatser och förslag liknande dem som framförts vid olika tillfällen av de författare som omnämnts ovan, även om där naturligtvis finns betydande skillnader i detaljer och emfas.<sup>2</sup>

Kapitlet är indelat i tre huvudavsnitt. I det första diskuterar jag i vilken utsträckning decentralisering av beslutsfattande, finansiella incitament

<sup>1</sup> Det nyligen publicerade arbetena i vilka Calltorp (1988, 1989) jämför det svenska sjukvårdssystemet med andra länders, är speciellt intressanta. Arbeten som diskuterar möjliga reformer av det svenska systemet är bl. a. Jönsson och Rehnberg (1986, 1987), Saltman och von Otter (1987), och Lindgren (1989).

<sup>2</sup> Se de arbeten som citerats i fotnot 1, och tidigare diskussioner av Ståhl (1979) och Blomqvist (1980).

En viktig fråga som inte diskuteras i denna uppsats rör integrationen mellan sjukvården och den del av sjukförsäkringen som betalar sjukpenning till dem som inte arbetar på grund av sjukdom. En utförlig diskussion av den frågan finns i Jönsson och Rehnberg (1987) och Landstingsförbundet (1988).

och ökad konkurrens kan användas för att höja effektiviteten i *produktionen* av sjukvård, givet sjukförsäkringssystemet. (Eftersom primärvård och slutenvårdstjänster ger upphov till något olika frågor, diskuteras de i separata delavsnitt.) I det andra avsnittet diskuterar jag frågor som hör samman med *sjukförsäkring*, som t. ex. hur stor del den täcker, patientens kostnadsandel och frågan om hur försäkringssystemet bör reagera på de möjligheter och utmaningar som uppkommer genom den fortgående utvecklingen av ny medicinsk teknologi. Jag tar också upp frågan om alternativa former av försäkring. Bör patienter erbjudas ett val bland olika offentliga försäkringsalternativ, och vilken roll, om någon, bör privat sjukförsäkring spela i det svenska sjukvårdssystemet? Det tredje avsnittet innehåller slutligen en kort sammanfattning av uppsatsen i dess helhet och några avslutande kommentarer.

## Effektiv sjukvårdsproduktion

Som tidigare beskrivits är landstinget beslutsenheten i systemet för sjukvårdsproduktion i Sverige. Varje landsting är ansvarigt för produktionen av sjukvård till befolkningen inom dess gränser, inom ramen för de budgetrestriktioner som sätts av de intäkter de får från landstingsskatten. Det är intressant att observera att respektive landsting kan uppfattas spela en roll liknande en amerikansk Health Maintenance Organization. I likhet med ett landsting har en HMO också enligt avtal påtagit sig att förse sina medlemmar med nödvändig sjukvård. Det måste också arbeta inom en given total budget, även om den i HMOs fall härrör från periodiska medlemsavgifter snarare än från en skatt. Och precis som ett landsting kan tvingas höja skatterna om kostnaderna överstiger intäkterna så kan HMO tvingas höja medlemsavgifterna om kostnaderna ökar.

Som tidigare hävdats finns orsaker *a priori* att förvänta sig att HMOs organisationsform innebär ett effektivt sätt att leverera sjukvårdstjänster. Empiriska fakta från Förenta Staterna bekräftar detta: HMO verkar vara i stånd att leverera vård till relativt låga kostnader utan uppenbar försäring av vårdkvaliteten. En intressant fråga är därför om man kan förvänta sig att en sådan tendens kan komma att observeras i det svenska systemet.

Det är naturligtvis svårt att ge ett definitivt svar på denna fråga eftersom Sverige inte har något annat produktionssystem med vilket landstingen kan jämföras. Som enda producent av sjukvård inom sina gränser är varje landsting i grunden en monopolist på sjukvårdsmarknaden.

Det faktum att de är monopol betyder emellertid att landstingen befinner sig i en mycket annorlunda situation jämfört med de amerikanska HMO. Till skillnad från HMO utsätts de inte för någon konkurrens från alternativa produktionsformer. Eftersom något konkurrenstryck inte existerar i det svenska systemet är det osannolikt att man till fullo utnyttjat de potentiella effektivitetsvinsterna hos en organisationsform av HMO-typ.

I det följande diskuterar jag möjligheterna att stärka graden av konkurrens mellan alternativa producenter och distributionsformer i det svenska systemet. I nästa avsnitt hävdar jag att detta kan göras utan att ge avkall på principen om jämlikhet vad gäller tillgången till vård, en princip som är

grundläggande för svensk sjukvårdspolitik. Reformen som leder till ökad konkurrens är emellertid inte enda vägen att sätta press på systemet att höja effektiviteten: I viss utsträckning kan effektiviteten också förbättras genom administrativa åtgärder av mindre dramatisk natur inom ramen för det nuvarande systemet.

*Effektivitetsförbättringar i det nuvarande systemet.* Ett problem som alla organisationer av de svenska landstingens storlek (för att inte nämna Storbritanniens National Health Service) står inför är naturligtvis hur man förhindrar dem från att utveckla en stor, otymplig och inflexibel intern byråkrati. Generellt ligger uppenbarligen svaret i principen om decentralisering. Frågor som t. ex. vilka funktioner inom sjukvårdssystemet som bör decentraliseras, till vilken nivå de skall decentraliseras, och vilka administrativa styrmekanismer som finns tillgängliga för att få ett decentraliserat system att fungera effektivt, har alla varit i centrum för den svenska politiska debatten. (De har varit ännu mer framträdande i Storbritannien där den nyligen publicerade vitbokens förslag bara representerar de senaste i en lång rad av administrativa reformer som har genomförts eller debatterats allt sedan tillskapandet av NHS i slutet av 1940-talet.)

För närvarande görs stora ansträngningar för att öka inslagen av decentraliserat beslutsfattande inom landstingssystemen. Under det nya systemet kommer cheferna för individuella produktionsenheter som t. ex. primärvårdscentraler eller individuella sjukhuskliniker att ges avsevärt ökade befogenheter att hantera sina egna finansiella och personella resurser. Den grundläggande tanken bakom detta och liknande försök är att chefer på dessa nivåer har lättare att snabbt få tillgång till information än beslutsfattare högre upp i hierarkin och därför kan fatta bättre beslut när förhållandena ändras.

En detaljstudie av dessa administrativa reformer faller utanför syftet med denna uppsats. Det är emellertid viktigt att notera att man för att få ett decentraliserat system att fungera väl måste ha kontinuerlig tillgång till information som möjliggör *övervakning* och *jämförelse* av de individuella produktionsenheternas och deras chefers prestationer. Vill vi t. ex. belöna chefer som producerar tjänster till låg kostnad och av hög kvalitet, måste vi ha information som gör det möjligt att bedöma kostnaden och vårdkvaliteten i speciella produktionsenheter, jämfört med andra som arbetar under liknande omständigheter.

För närvarande verkar inte systemet för insamling av information beträffande tjänster och kostnader inom sjukvården vara speciellt lämpat för denna uppgift. Försök att samla in mer tillförlitlig information om styckkostnaden för vissa typer av sjukvård, eller för typiska "paket" av tjänster som utnyttjas för att behandla speciella sjukdomar, kan därför vara värdefulla som ett sätt att få decentraliseringen att fungera bättre. Ett bra exempel på en ansats enligt dessa linjer är systemet med "diagnosrelaterade grupperingar" (DRG) som har utvecklats i det amerikanska Medicare-systemet.<sup>3</sup>

Även om DRG inte används som grund för faktisk ersättning till sjukhus (som sker i Förenta Staterna) skulle de kunna användas som *norm* för jämförelser av den relativa effektiviteten hos sjukhus som producerar likartade tjänster. En av de största svårigheterna med att jämföra sjuk-

<sup>3</sup> Det generella behovet av bättre informationsbaser betonades starkt av Enthoven i hans utvärdering av det svenska systemet (1988). Forskning rörande möjligheten att i Sverige använda DRG som ett styrmedel beskrivs i Calltorp (1989, pp. 50–51).

husprestationer ligger i det faktum att olika sjukhus behandlar olika slags patienter. DRG-systemet utgör ett försök att komma förbi detta problem genom att dela in patienterna i kategorier som är relativt homogena vad gäller de tjänster de bör erhålla, och som därför bör kosta ungefär lika mycket att behandla på sjukhus med jämförbar effektivitet.

Liknande försök till standardisering kan även vara användbara i samband med primärvården. En primärvårdscentral som betjänar en äldre befolkning kan till exempel uppenbarligen förväntas ha högre kostnader än en central med ett lika stort men ungt befolkningsunderlag. För att jämföra primärvårdcentralernas effektivitet måste således olika kostnadsnormer användas för olika kategorier av patienter.

Utvecklingen av en bättre informationsbas enligt dessa riktlinjer bör därför ges hög prioritet även om försöken till sjukvårdsreformer begränsas till en ökad decentralisering av beslutsfattandet inom ramen för det nuvarande systemet. Tillgången till bra kostnadsinformation torde emellertid också vara av avgörande betydelse om systemet skulle reformeras på ett sådant sätt att det gav utrymme för ökad användning av finansiella incitament som en mekanism för att styra allokeringen av sjukvårdsresurser.

Sådana finansiella incitament skulle i viss utsträckning kunna användas inom det nuvarande systemet. Primärvårdscentraler eller sjukhuskliniker som kunde producera vård till en kostnad under budgetnormen kunde till exempel tillåtas att behålla en del av överskottet för att fördela det bland personalen, eller för att användas till saker som, till exempel förbättring av arbetsmiljön.

En ännu radikalare ansats vore att använda finansiella incitament i samband med reformer som skulle tillåta ökad konkurrens, mellan olika producenter som arbetar inom samma organisationsform (som t.ex. privatpraktiserande allmänläkare), eller mellan producenter inom olika organisationsformer (t.ex. privatpraktiserande läkare och primärvårdscentraler). Konkurrensens betydelse blir speciellt stor om finansiella incitament i stor omfattning utnyttjas för att stimulera till kostnadsminskningar i systemet. I den utsträckning incitamenten är effektiva, behöver man en mekanism som kan se till att vårdkvaliteten bibehålls på en hög nivå. Att tillåta konkurrens mellan producenter är ett sätt att åstadkomma detta, som vi diskuterat i föregående kapitel.

### *Konkurrens i sjukvårdsproduktionen: Allmänna synpunkter*

Om sjukvårdssystemet är så organiserat att det finns många konkurrerande producenter som köparna av sjukvårdstjänster tillåts välja bland, är det möjligt att använda konkurrensen som ett verkningfullt medel att stimulera både till låga kostnader och till hög kvalitet på de producerade tjänsterna.

Finansiering av de produktionsresurser som används av *säljarna* av sjukvårdstjänster (som t.ex. privatpraktiserande läkare, primärvårdscentraler, sjukhus, laboratorier etc.) skulle kunna göras beroende av de intäkter dessa säljare skulle ta in genom att teckna kontrakt med köpare (som kan vara patienter, tredje part som står för betalningen som t.ex. privata försäkringsbolag eller landsting, eller producenter som t.ex. primärvårdscentraler eller sjukhus som skulle köpa en del av de tjänster de behövde

från andra producenter). Genom att tillåta sådana köpare att teckna kontrakt med någon bland flera säljare skulle säljarna ha ett kraftfullt incitament att erbjuda tjänster som utgjorde en attraktiv kombination av kvalitet och kostnad.

Som betonats i de föregående kapitlen skulle konkurrensens effektivitet i detta avseende bero på de speciella betalningsmekanismer som används, dvs. på utformningen av kontrakten mellan köpare och säljare. Konkurrensen skulle till exempel troligtvis vara svag i ett system där medicinsk vård produceras på basis av ersättning per behandlingstillfälle, för patienter med konventionell försäkring.

Å andra sidan finns det många andra kontraktsformer (som t. ex. per capita betalning) som potentiellt innebär starkare konkurrenstryck. I de följande avsnitten skisserar jag ett antal kontraktsformer som efter lämplig bearbetning skulle kunna användas i ett system som det svenska. Det är emellertid viktigt att betona att ett faktiskt reformprogram inte nödvändigtvis måste innebära att myndigheterna väljer någon viss typ av betalningssystem. Som implicit antyds i den brittiska regeringens vitbok (diskuterad i kapitel 3) kan man låta frågan om vilken speciell kontraktsform som är den lämpligaste i en given situation bli besvarad genom förhandling mellan köpare och säljare.

### *Konkurrens inom primärvården*

Från administrativ synpunkt skulle det vara relativt lätt att göra om det nuvarande systemet för primärvård så att det blev mer konkurrensinriktat. Ett element i en sådan förändring skulle vara att ge enskilda produktionsenheter (primärvårdscentraler eller privatpraktiserande läkare) ökade befogenheter att själva administrera sina finansiella och personella resurser. Försök enligt dessa linjer pågår redan. Ökad frihet för patienter att välja vilken vårdcentral eller vilket sjukhus de vill behandlas vid, innebär också ökad konkurrens. Mer valfrihet av det slaget har nyligen införts i flera landsting.

Ett ytterligare steg skulle vara att göra de finansiella resurserna hos varje enhet åtminstone delvis beroende av kontrakt som förhandlats fram med vårdköparna (i nuvarande system, landstingen). En bra modell för denna typ av arrangemang kan vara det brittiska per capita systemet för betalning för tjänster utförda av allmänpraktiserande läkare. Detta system kan ses som ett kontraktsarrangemang under vilket de allmänpraktiserande läkarna åtar sig att producera vård (dvs. en rad tjänster specificerade i kontraktet) för de patienter som slutit avtal med praktiken, mot en fastställd periodisk betalning. (Eftersom olika patientkategorier kräver olika mängd vård, är det rimligt att betalningen i ett sådant system skulle variera med faktorer som till exempel patientens ålder eller tidigare sjukdomshistoria.) Dessutom kunde, liksom i Storbritannien, ett betydande konkurrenselement föras in om patienterna tillåts sluta avtal med någon annan primärvårdsproducent om de inte är nöjda med sin nuvarande.<sup>4</sup>

De tjänster som skulle produceras enligt denna typ av primärvårdskontrakt skulle antagligen vara ungefär desamma som de som för närvarande tillhandahålls av befintliga svenska primärvårdscentraler. De flesta människor skulle i början sluta avtal med den central som de för närvaran-

<sup>4</sup> En av de åtgärder som föreslås i vitboken är att göra det lättare för NHS patienter att byta allmänläkare, genom att förenkla den administrativa proceduren för att göra detta.

de tillhör och fortsätta att söka vård från den centralen. Liksom i Storbritannien skulle patienterna periodvis ha möjlighet att övergå till en annan producent om de så önskade. Om primärvårdscentralernas anslag från landstingen beror på antalet anslutna patienter skulle de ha ett starkt incitament att bibehålla en hög servicekvalitet för att behålla sina patienter.

Det skulle också vara möjligt att inlemma privatpraktiserande läkare i systemet så att patienter hade möjlighet att välja att sluta avtal med en enskild läkare. (Individuellt praktiserande läkare kunde sedan gå samman i kooperativ för tillhandahållande av primärvårdstjänster som de själva inte producerar, eller själva teckna kontrakt med primärvårdscentraler i detta syfte.) Alternativt kunde patienter ha avtal med en primärvårdscentral men centralen kunde i sin tur teckna avtal med en privatpraktiserande läkare för att förse dem med läkartjänster. Eftersom det inte finns någon orsak att vänta sig att samma slags kontrakt är det bästa i alla sammanhang, skulle det uppenbart vara en fördel att tillåta en betydande flexibilitet i dessa arrangemang.

*HMO-alternativet.* De kontraktsmässiga arrangemang som ovan beskrivits påminner om ett HMO-kontrakt i den meningen att de bygger på principen om per capita betalning. De skiljer sig emellertid från HMO i så måtto att de endast täcker primärvård medan HMOs avtal vanligen täcker även slutenvård. Detta är uppenbarligen en viktig skillnad eftersom amerikanska erfarenheter visar att en huvudorsak till HMOs kostnadsfördel ligger i deras möjlighet att kombinera primärvård och slutenvård på ett effektivt sätt.

Även om fullständiga avtal av HMO-typ kan komma att utgöra en del av ett reformerat sjukvårdssystem på lång sikt torde de representera en alltför radikal förändring för att vara realistisk på kort sikt. Å andra sidan, som amerikanska experiment med "managed care"<sup>5</sup> och en del av förslagen i den brittiska vitboken antyder, är det möjligt att utforma en avtalsstruktur som innehåller incitament för primärvårdsproducenterna att använda slutenvård på ett mer ekonomiskt sätt.

Enligt de brittiska förslagen kommer till exempel en del allmänläkarpraktiker att få egna budgetar, med vilka de ska finansiera köp av vissa specificerade typer av slutenvård till sina patienter. Med andra ord får primärvårdsproducenter med denna typ av arrangemang en högre per capita-ersättning per patient än när kontraktet täcker endast primärvård. I gengäld är de emellertid ansvariga för en del eller hela kostnaden för den slutna vård som deras patienter får. Även om detta inte är ett fullständigt HMO-kontrakt som täcker *alla* tjänster, utgör det i alla fall en mellanform mellan ett sådant kontrakt och ett kontrakt som täcker endast primärvård.

Vid utformandet av denna typ av kontrakt för tillämpning i det svenska systemet skulle man få lov att ta ställning till ett antal praktiska frågor. Skall till exempel ersättning för slutenvård betalas per behandlingstillfälle eller enligt någon form av per capita-kontrakt mellan t. ex. sjukhus och primärvårdscentraler? Om den sker per betalningstillfälle, vad händer då om primärvårdscentralen har otur och dess patienter behöver stora mängder av dyrbara sjukhustjänster?

Även om dessa frågor är viktiga skulle det uppenbarligen vara möjligt att formulera avtal som skulle bevara åtminstone *några* av de önskvärda

<sup>5</sup> Se Gibson (1983) för en kort diskussion.

incitamenten hos primärvårdsproducenter att hushålla med användandet av slutna vård för sina patienter, samtidigt som de begränsade de risker de skulle utsättas för. Liknande resonemang kan föras vad gäller användningen av läkemedelsförskrivning. Eftersom de flesta beslut som rör patienters medicinerings fattas av läkare är det uppenbart önskvärt att det avtal enligt vilket de producerar vård ska ålägga dem åtminstone något ansvar för kostnaderna för de mediciner deras patienter använder.

Även om den föregående diskussionen fokuserat enbart på olika former av per capita-avtal, finns det ingen orsak till varför inte en del primärvårdstjänster skulle kunna produceras enligt avtal som bygger på konventionell betalning per behandlingstillfälle. Om till exempel individer som så önskar tillåts att ersätta offentlig försäkring med privat skulle läkarna kunna tillhandahålla primärvård på basis av betalning per behandlingstillfälle till patienter med privat försäkring. (Denna fråga diskuteras närmare nedan.) Dessutom finns ingen orsak varför primärvårdsproducenter som tillhandahåller tjänster till sina patienter på per capita-basis inte i sin tur skulle kunna sluta avtal om köp av en del av dessa tjänster från andra privatpraktiserande producenter, på basis av betalning per behandlingstillfälle.

### *Incitament och konkurrens inom den slutna vården*

Liksom i fallet med primärvården kan man utskilja tre typer av ansatser för att lösa problemet med att främja effektiviteten i produktionen av sjukhus- och andra slutenvårdstjänster: (1) ökad decentralisering av beslutsfattandet; (2) ökad användning av finansiella incitament; och (3) ökad konkurrens mellan producenter.

Som redan noterats pågår redan försök att öka graden av decentralisering i beslutsfattandet inom sjukhusystemet i Sverige. Cheferna för sjukhusklinikerna har redan givits ökade befogenheter att själva fatta beslut om användningen av de resurser som de har till sitt förfogande.

Dessa försök blir troligtvis värdefulla i sig själva. De kan också ses som förutsättningar för en ökad användning av finansiella incitament. Om incitament ska vara effektiva måste de som utsätts för dem ha befogenhet att fatta beslut som är i överensstämmelse med dem.<sup>6</sup>

Vad gäller finansiella incitament inom den slutna vården, har ett stort antal metoder antingen prövats eller föreslagits i flera länder. Den avgörande faktorn är att sjukhusen betalas i enlighet med någon förutbestämd norm och därefter tillåts behålla en del av, eller hela, det överskott som de kan åstadkomma genom att klara av sina åtaganden till en kostnad som ligger under normen.

Incitament av denna typ kan åstadkommas vare sig sjukhusen finansieras genom enskilt förhandlade allomfattande budgetar (den metod som traditionellt använts i Storbritannien, Kanada och Sverige), eller genom någon form av per capita eller DRG-system av den typ som används i det amerikanska Medicare. Fördelen med de två senare metoderna är naturligtvis att de möjliggör systematiska jämförelser av ett enskilt sjukhus prestationer med de övriga inom systemet. Dessutom kan de användas för direkta prisjämförelser av köpare av tjänster, om någon grad av konkurrens förs in i systemet.

<sup>6</sup> Det är en intressant fråga huruvida decentralisering från landstingsnivå till enskilda kliniker utgör den mest angelägna typen av reform. Det kanske är minst lika viktigt att ge större befogenheter till dem som ansvarar för ledningen av själva sjukhusen. Om det sedan är lämpligt kan dessa i sin tur ge större befogenheter till cheferna för enskilda kliniker.

En speciellt komplicerad fråga som påverkar både decentralisering och finansiella incitament i detta sammanhang är förhållandet mellan sjukhusadministrationen och den medicinska personalen vid enskilda sjukhus. För att åstadkomma effektiv kostnadskontroll och lämplig resursallokering inom alla olika delar av ett enskilt sjukhus måste de som är ansvariga för sjukhusets totala verksamhet ges avsevärda befogenheter. Detta kan emellertid leda till att sjukhusledningen hamnar i konflikt med den medicinska personalen som kan tänkas uppfatta begränsningar av deras möjlighet att kontrollera resurser som en inskränkning av deras "kliniska frihet" att förse patienter med alla de resurser som de anser önskvärt. Om å andra sidan den faktiska beslutsrätten delegeras till den medicinska personalen kan skarpa konflikter uppstå mellan representanter för olika specialiteter eller avdelningar, och avsevärda resurser kan slösas bort i den process genom vilken resurserna fördelas bland olika konkurrerande intressen. Med tanke på karaktären hos sjukhusens produktionsprocess tycks det inte finnas någon enkel lösning på detta dilemma.

*Konkurrensens roll inom den slutna vården.* Liksom i fallet med primärvården kan konkurrens också användas i samband med finansiella incitament, som ett medel för att stimulera både till låg kostnad och till hög vårdkvalitet.

Till skillnad mot vad fallet är inom primärvården görs vanligtvis inte valet mellan konkurrerande producenter av slutenvård av individuella patienter, utan av en tredje part som t. ex. landsting, primärvårdsproducenter eller privata försäkringsbolag (om de tillåts i systemet). Således skulle konkurrensen om produktionen av sjukhus tjänster t. ex. involvera förhandlingar om avtal mellan sjukhus å ena sidan och dessa köpare å den andra.

Som noterats, kan avtal om slutenvård baseras på per capita-betalning (som inom primärvården), betalning i enlighet med DRG-system, eller konventionell betalning per behandlingstillfälle. Kombinationer av alla tre metoderna är självklart också möjliga. Det är osannolikt att samma typ av kontrakt skulle vara "bäst" överallt. I glesbefolkade delar av landet kommer till exempel konkurrensen mellan sjukhus inte att fungera speciellt effektivt och den lämpliga avtalsformen där (t. ex. betalning enligt DRG) kan vara annorlunda än i stora städer med många sjukhus. Även om per capita-betalning eller DRG-baserade avtal kan vara lämpliga för en rad relativt vanliga sjukdomar eller behandlingsmetoder, kan dessutom konventionell betalning per behandlingstillfälle vara den bästa lösningen för patienter med relativt ovanliga sjukdomar som kräver komplex och dyrbar behandling.

Även om syftet med denna uppsats är att diskutera reformer på ett mera allmänt plan, snarare än specifika reformförslag, skulle jag trots allt vilja fästa uppmärksamheten på två faktorer som enligt min åsikt pekar på att ett DRG-baserat system seriöst borde övervägas i den svenska politiska debatten.

För det första, även om DRG-baserad betalning kan anses som en form av betalning för utförda tjänster, får det inte problemet med informationsasymmetri att framstå som lika allvarligt som i system med direkt betalning till läkare per behandlingstillfälle. Orsaken är att "köpbeslutet" i

fallet med sjukhustjänster väsentligen fattas av en köpare som är välinformerad, nämligen den remitterande läkaren. Om dessutom den remitterande läkaren eller primärvårdscentralen ges finansiella incitament att hålla nere kostnaderna för sjukhustjänster, kan ett DRG-baserat system skapa avsevärt tryck på sjukhusen att producera vård med låg kostnad och hög kvalitet.

För det andra kunde ett flexibelt DRG-baserat system utformas på ett sådant sätt att man undvek det slags flaskhalsar som skapat långa köer för vissa slags tjänster (starr-, kranskärl- och höftledsoperationer). Genom att höja DRG-betalningen för dessa tjänster skulle sjukhusen få ett ökat incitament att utnyttja sin utrustning intensivare och få fler operationer utförda. Dessutom skulle köerna kunna minskas ytterligare genom att man gav privata kliniker möjlighet att utföra dessa tjänster på samma villkor som för sjukhusen.

Ett förslag om att det existerande systemet för sjukhusfinansiering helt skulle bytas ut mot ett DRG-system är naturligtvis orealistiskt, och individuellt förhandlade totalbudgetar (eller per capita-arrangemang) kommer att förbli en del av systemet under överskådlig framtid. Samtidigt är det inte svårt att föreställa sig "hybrid"-system i vilka DRG-betalningar används i vissa sammanhang, och vilka kunde utformas för att skapa starka incitament för effektivare produktion av sjukhusvård.

*Kompletterande åtgärder i syfte att säkerställa vårdens kvalitet.* Som tidigare betonats utgör konkurrens ett effektivt medel för att sätta tryck på sjukvårdsproducenter att producera vård av hög kvalitet, även när de har ett finansiellt incitament att begränsa kostnaderna. När patienter kan välja fritt bland primärvårdsproducenter och läkare kan välja bland olika sjukhus och laboratorier när de remitterar sina patienter, kommer alla producenter och institutioner att ha ett incitament att förvärva och bibehålla ett rykte om vård av hög kvalitet.

Icke desto mindre, om ett beslut tas om att öka användningen av finansiella incitament kan det även anses önskvärt att förstärka rättssystemets roll för att sätta tryck på producenterna att bibehålla vårdkvaliteten.

En möjlig ansats kunde vara att lägga större tonvikt på att sjukvårdsproducenter kunde anses ha kontraktbunden förpliktelse att producera vård av hög kvalitet, och att lägga mer av bevisbördan på producenten. I fall där utgången av en behandlingsepisod blev väsentligt sämre än väntat skulle producenten åläggas finansiellt straff om han inte kunde bevisa att den givna vården varit av acceptabel kvalitet.

En sådan ansats skulle skapa ett incitament för både läkarkåren och domstolarna att lägga ned mera resurser på att utarbeta klara regler för vad acceptabel vårdkvalitet faktiskt innebär i olika fall. Ett sådant klagande kan vara önskvärt även bortsett från de legala aspekterna.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Den typ av lagreformer som här föreslås skall ses som ett komplement till, inte ett substitut för, de regler som används för att fastställa ansvarsskyldighet i felbehandlingsmål som innebär brottslig försumlighet. I dessa fall måste bevisbördan uppenbarligen ligga på målsägaren, och separata straff för svaranden och skadestånd till målsägaren skulle i allmänhet utmätas vid fällande dom.

## Försäkringsfrågor

De möjliga reformer av systemet för produktion och finansiering av sjukvårdstjänster som skisserades i föregående avsnitt skulle kunna ge-

nomföras utan några väsentliga förändringar i det försäkringsskydd som svenska medborgare för närvarande har.

Alla skulle fortfarande kunna ha tillgång till skattefinansierad allmän försäkring på lika villkor. I den utsträckning reformerna innebar större valfrihet för individer att välja bland primärvårdsproducenter kunde de ses som en förbättring av försäkringsskyddets kvalitet i jämförelse med nuvarande system. Om de dessutom skulle lyckas få produktionssystemet att fungera effektivare skulle problem av typen köer för icke akut kirurgi kunna minskas. Detta skulle uppenbarligen också innebära en förbättring av försäkringsskyddets kvalitet.

I diskussionen av försäkringssystemen i olika länder i kapitel 2, diskuteras också vissa andra aspekter på "försäringsskvalitet". En var försäkringsskyddets utsträckning. Detta begrepp hänför sig både till omfattningen av de tjänster som hade försäkringstäckning och till den utsträckning i vilken patienterna måste bidra till kostnaderna för den sjukvård de mottog. Det inkluderar också frågor som rör patientens tillgång till nya avancerade teknologier som blir tillgängliga allteftersom den biomedicinska forskningen framskrider. En annan aspekt på "försäringsskvalitet" rör patientens frihet att själv välja bland olika typer av försäkring, som t. ex. konventionell försäkring för tjänster producerade av läkare som får ersättning genom betalning per behandlingstillfälle, eller system med lägre premier men höga självrisker.

### *Försäkringsskyddets fullständighet*

I jämförelse med de sjukvårdssystem som diskuterades i kapitel 2 erbjuder det nuvarande svenska systemet ett jämförelsevis brett försäkringsskydd om man ser på omfattningen av de tjänster som inkluderas i det offentliga systemet. Vad gäller patientens kostnadsandel innebär å andra sidan det faktum att patienterna måste betala en betydande avgift för varje primärvårdsbesök en tyngre finansiell börda för patienterna än i vare sig Storbritannien eller Kanada, där patienterna inte betalar avgifter av något slag för de flesta tjänster som täcks av försäkringar.

Enligt min åsikt bör ingendera av dessa frågor stå högt på dagordningen för politiska reformer. I en del kanadensiska provinser har man försökt att kontrollera kostnaderna genom att begränsa omfattningen av de tjänster som täcks av provinsens försäkringssystem ("sektiv avförsäkring"). I den utsträckning de tjänster som ska exkluderas är nära substitut till andra tjänster som fortfarande har täckning finns det risk att besparingseffekterna inte blir så värst stora (eftersom patienterna kommer att gå över till de substitut som fortfarande är försäkrade). Nettobesparingarna för försäkringssystemet kanske därför inte blir så stora, och den totala produktionen av sjukvård kan bli mindre effektiv.

*Patientens kostnadsandel.* Frågan om patientens kostnadsandel eller "avgifter", verkar ha varit mycket mindre kontroversiell i Sverige än i många andra länder. I Kanada till exempel har ökade kostnadsandelar för patienten blivit häftigt kritiserade för att det skulle innebära en omfördelning av sjukvårdens betalningsbörda från skattebetalarna i stort till dem som förhållandevis ofta utnyttjar systemet. Men "regelbundna använda-

re" inkluderar patienter i olika högriskgrupper, som äldre personer och personer med kroniska hälsoproblem. Att öka den finansiella bördan för de människor som tillhör dessa kategorier utan egen förskyllan, uppfattas som orättvist.<sup>8</sup>

Å andra sidan anser andra att måttliga patientavgifter fyller en viktig funktion genom att stävja "lätsinnigt" eller omotiverat utnyttjande av sjukvårdssystemet. Dessutom kan det anses vara ett mål i sig att minska skattebördan för det offentliga, speciellt i samhällen där skattetrycket har blivit så högt att det medför väsentliga snedvridande effekter på ekonomin.

Lösningen på detta dilemma måste uppenbarligen bli en kompromiss som beror på rådande samhällsvärderingar och på i vilken utsträckning låginkomsttagarna skyddas på annat sätt (som t. ex. genom ökade socialbidrag) för att minska den börda som patientavgifterna innebär.

**Teknologi och försäkring.** Det kan ibland vara till hjälp att tänka sig att det finns ett "implicit kontrakt", motsvarande de försäkringsavtal som erbjuds av privata försäkringsföretag, som reglerar de tjänster som produceras i ett offentligt finansierat och administrerat sjukvårdssystem. De totala kostnaderna för sjukvårdssystemet beror självklart inte bara på vilka slags tjänster som täcks, utan också på den konventionella tolkningen av vilka försäkringsgivarens åtaganden är, i form av tjänster som skall produceras i olika fall. Mindre formellt uttryckt beror kostnaderna till stor del på de "standardprotokoll" som läkarna följer när de behandlar olika sjukdomar. Dessa protokoll påverkar i sin tur, och påverkas av, de personalresurser och den utrustning som sjukhus, laboratorier och andra institutioner förvärvar.

Allteftersom ny medicinsk teknologi blir tillgänglig förändras dessa protokoll (eller annorlunda uttryckt, innehållet i det "implicita försäkringskontraktet"). Detta är ett annat sätt att inse varför processen varigenom nya teknologier ges en systematisk utvärdering är så viktig för att hålla sjukvårdskostnaderna under kontroll. Den påverkar kostnaderna därför att den påverkar tolkningen av det implicita försäkringskontraktet.

På senare år har man inom den medicinska professionen alltmer insett det potentiella värdet av en mer systematisk ansats när det gäller frågan om hur det bästa standardprotokollet skall se ut under olika betingelser. Ett bevis på detta är de så kallade "consensuskonferenserna" som arrangerats i Sverige och på andra håll för att diskutera lämplig behandling för olika sjukdomar. På liknande sätt har, som diskuterades i kapitel 3, avsevärda resurser lagts ned på tillskapandet av institutioner som har till uppgift att utvärdera nya teknologier i ett antal länder.

Enligt min åsikt är dessa ansatser mycket viktiga och kan potentiellt få ett stort inflytande över de framtida kostnaderna och kvaliteten inom svensk sjukvård. Än så länge verkar arbetet vid de institutioner som arbetar inom detta område i Sverige ha koncentrerats på att bedöma om nya teknologier är medicinskt effektiva eller inte (dvs. har en positiv inverkan på patientens hälsostatus) och att de investeringar i nya lokaler och utrustning som krävs för att använda dem fördelas på ett rimligt sätt över sjukvårdssystemet, dvs. att dubblering och underutnyttjande undviks.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Hur kraftig opposition mot avgifter har varit kan man få en uppfattning om genom titeln på monografin av Barer, Evans och Stoddart (1979): "Controlling Health Care Costs by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion?" (Att kontrollera sjukvårdskostnader genom direkta patientavgifter: försåt eller bedrägeri?). Denna bok har haft stort inflytande på den kanadensiska debatten och kan ha varit en bidragande orsak till införandet av 1984 års Canada Health Act som definitivt förbjöd alla slags avgifter i provinsernas program.

<sup>9</sup> Se bidraget av G. Lamnevik till 1988 års konferens arrangerad av Statens Beredning för Utvärdering av Medicinsk Metodik (1988, sid. 71 - 73).

Enligt min mening är det emellertid viktigt att processen går längre och att man också överväger tillämpning av kostnadsöverväganden när det gäller att ransonera tillgången till en del nya teknologier. I detta sammanhang kan frågor som offensiv behandling av för tidigt födda barn eller valet mellan offensiv terapi och tillfällig lindring, i vården av mycket gamla patienter, få allt större betydelse, som noterats i kapitel 2.

*Val mellan olika former av försäkringar.* En viktig fråga i ett samhälle med allmän sjukförsäkring är om alla invånare måste vara försäkrade enligt samma system eller om det vore önskvärt med valmöjligheter mellan två eller fler alternativa former.

I Sverige och Kanada är för närvarande nästan alla invånare försäkrade genom samma system. Även i Storbritannien tillhör alla National Health Service. Det offentliga har emellertid inte sökt motverka den kraftiga tillväxten alternativa privata försäkringar som ägt rum under senare år.<sup>10</sup>

I Förenta Staterna har däremot även de individer som täcks av de offentliga systemen avsevärda möjligheter att själva välja vilket försäkringsskydd de vill ha. Endast en del av det kompletta Medicarepaketet (Part A) är till exempel obligatoriskt för alla medborgare över 65 års ålder. Part B är frivilligt och de som väljer att vara täckta av detta måste betala en månatlig avgift. I praktiken erbjuder således Medicaresystemet ett val mellan två försäkringar med olika självrisker. Dessutom kan med nuvarande regler de som är anslutna till Medicare välja att få sin täckning genom en HMO. Om de gör det får de tillbaka en del av de inbesparingar för det offentliga som blir resultatet eftersom den summa som det offentliga betalar för HMO-medlemskap är lägre än den förväntade kostnaden för konventionell Medicare täckning.

Min personliga åsikt är att mycket talar för att man bör erbjuda någon möjlighet att välja bland alternativa former av offentlig försäkring och för att man skall finansiellt belöna dem som väljer lågkostnadsalternativ. Å andra sidan är det emellertid klart att försök att utforma alternativ enligt dessa riktlinjer skulle ge upphov till komplicerade administrativa problem, och det skulle med all säkerhet bli mycket kontroversiellt, delvis för att det i hög grad skulle beröra jämlikhetsfrågor.

Ett annat sätt att erbjuda ökade valmöjligheter när det gäller sjukförsäkring är att välja den brittiska vägen och tillåta privata sjukförsäkringar att spela en större roll.

Protester hörs ibland, utifrån rättviseargument, mot ett system i vilket folk har möjlighet att köpa alternativa privata försäkringar som förser dem med "bättre" skydd än vad den allmänna försäkringen gör. De som täcks av dyrare privata försäkringar i Storbritannien har till exempel ofta tillgång till viss slags kirurgi utan att behöva köa, vilket NHS-patienter måste göra, eller till högre sjukhusstandard. De som motsätter sig framväxten av alternativa privata försäkringar har hävdats att detta inte står i överensstämmelse med de jämlikhetsideal som utgör grunden för NHS universalitetsprincip.

Oppenbarligen kommer värdeomdömen in här och *de gustibus non est disputandum*. Min personliga åsikt är att principen om "jämlik tillgång" (till sjukvård) kan anses motsvara ett universellt försäkringskontrakt vilket garanterar att ingen medborgare ska förnekas "nödvändig" sjukvård i fall

<sup>10</sup> I 1989 års vitbok föreslår regeringen att premier för privat sjukförsäkring för individer över 60 år bör göras avdragsgilla vid deklaration av beskattningsbar inkomst (s. 69).

av sjukdom. I detta sammanhang är frågan vilka tjänster som bör klassificeras som "nödvändiga" (dvs. som bör inkluderas i det universella kontraktet) i grunden ett medicinskt och politiskt beslut.

Att säkerställa att varje medborgare verkligen har försäkringsskydd (direkt eller indirekt) genom ett sådant kontrakt är således den offentliga sektorns grundläggande ansvar. Som jag ser det finns emellertid ingen orsak till varför individer som vill och kan köpa alternativa privata försäkringar inte bör tillåtas att göra detta. Eftersom människor som väljer att "gå ur" det offentliga försäkringssystemet (dvs. avstår från sin rätt att få försäkringsskydd inom det offentliga systemet) bidrar till att minska det offentligas förväntade kostnader för sjukvårdsproduktion, finns det också anledning att återbetala åtminstone en del av dessa besparingar, till exempel genom en skattereduktion.

En politik som tillåter individer att "gå ur" på detta sätt har flera potentiella fördelar. Den är ekonomiskt effektiv eftersom den ökar välfärden för dem som köper privat försäkring utan att (om den hanteras på rätt sätt) minska välfärden för dem som inte gör det. Det minskar också skattebördan för det offentliga. Slutligen, vilket de brittiska erfarenheterna tycks indikera, behöver privat sjukförsäkring inte bara innebära ett alternativ för en privilegierad minoritet utan kan också tjäna som en viktig konkurrenskontroll på kvaliteten hos de tjänster som produceras inom det offentliga systemet.<sup>11</sup>

En detaljerad analys av hur denna typ av politik skulle kunna genomföras i praktiken faller utanför syftet med denna uppsats. Återigen tycks det emellertid för mig vara en fråga som borde förtjäna en seriös diskussion i den offentliga debatten.

## Sammanfattning och avslutande kommentarer

Tydliga brister i sjukvårdssystemet har blivit hett debatterade i Sverige liksom i andra länder. När brister har identifierats finns ofta en tendens att dra slutsatsen att mer resurser måste allokeras till sjukvårdssystemet för att ta itu med dem.<sup>12</sup> Sjukvårdens möjligheter att bidra till en hög hälsoliv hos befolkningen kan emellertid också förbättras, genom att, för att citera A.C. Harberger, "använda de resurser som finns på ett effektivare sätt".

Den jämförande analysen i denna uppsats har identifierat flera idéer och principer som utförligt analyserats, eller faktiskt använts, av dem som varit ansvariga för sjukvårdssystemen i andra länder, och som skulle kunna utnyttjas för att åstadkomma detta i svenska sammanhang.

Vad gäller produktionen av primärvård är det viktigaste förslaget följande: (1) Inför ett element av konkurrens genom att tillåta större möjlighet för patienterna att välja mellan olika producenter; (2) använd någon form av per capita-system för att betala för primärvård, för att ge producenterna ett incitament att ge vård på ett effektivt sätt; (3) skapa incitament för producenterna av primärvård att hushålla med användningen av andra sjukvårdstjänster (de som produceras av sjukhus, laboratorier etc),

<sup>11</sup> En vanlig invändning mot att tillåta individer att byta ut offentliga försäkringar mot privata är att detta indirekt kan gynna dem som är så lyckligt lottade att de har låga sjukdomsrisker, t ex därför att de är unga eller generellt friska. Det är möjligt att visa att det offentliga inte inser att de som mest sannolikt utnyttjar sig av dessa möjligheter är människor med låg risk, leder det lätt till att de som gör det överkompenseras.

Det finns emellertid två sätt att hantera detta problem. Det första är att differentiera den statliga skattereduktionen eller rabatten för dem som väljer privat försäkringsskydd efter identifierbara riskkaraktäristika så att t.ex. en äldre person som köper privat försäkring får en större skatterabatt än en yngre person som gör detta. Det andra är att börja med att anta att individer som utnyttjar dessa möjligheter har lägre sjukvårdskostnader än genomsnittet och anpassa skattereduktionen eller rabatten därefter.

<sup>12</sup> Denna uppfattning uttrycks kraftfullt och värtaligt i ett antal publikationer från Landstingsförbundet (1987, 1988a, b).

genom att göra dem åtminstone delvis ansvariga för kostnaderna för de tjänster som utnyttjas av deras patienter.

För produktionen av sjukhusvård stödjer jag förslagen att införa någon form av system som är baserat på diagnosrelaterade grupperingar (DRG) både som ett sätt att skapa en uppsättning normer som kan användas för att jämföra den effektivitet med vilken olika sjukhus använder resurser, och möjligen också som en partiell grund för ersättning som skulle ge institutionerna ett starkt *incitament* att vara effektiva.

Jag stödjer också förslaget att ge patienter större frihet att välja sina primärvårdsproducenter, och primärvårdsproducenterna möjlighet att välja de sjukhus till vilka de remitterar sina patienter. Den konkurrens som skulle bli resultatet om detta genomfördes skulle ge dessa producenter och sjukhus ett incitament att uppehålla en hög kvalitet på vården. Dessutom skulle reformer som gör producenterna mer kostnadsmedvetna kunna kompletteras av mer precisa definitioner av landstings och vårdproducenters lagliga skyldighet att ge sina patienter vård av hög kvalitet, samt regler för att utdöma skadestånd när dessa skyldigheter inte uppfylldes.

En mer precis specificering av lagliga skyldigheter skulle antagligen kräva mera explicita formuleringar, i huvudsak från den medicinska professionens sida, av vad som är lämplig medicinsk praxis i olika fall. "Consensuskonferenser" liknande dem som hållits vid ett antal tillfällen för att diskutera behandlingen av speciella sjukdomar kan kanske utnyttjas till att tjäna detta syfte. Speciellt föreslås att sådana konferenser skulle hållas regelbundet för att formalisera de principer som skall tillämpas när man måste ransonera tillgången till ny avancerad teknologi.

Slutligen föreslås att individer och grupper som önskar "gå ur" den allmänna sjukförsäkringen genom att skaffa sig alternativt privat sjukförsäkringsskydd skulle tillåtas göra detta, och att de som gör detta val skall få en skattereduktion motsvarande de förväntade kostnader som det offentliga skulle ha ådragit sig för att producera den sjukvård som nu skulle betalas genom privata försäkringar. En sådan reform skulle erbjuda privata försäkringsföretag och sjukvårdsproducenter en möjlighet att konkurrera med det offentliga systemet, medan det på samma gång bibehöll det övergripande skydd som är själva kvintessensen hos de offentliga systemen i Sverige, Storbritannien och Kanada.

## Referenser

- Aaron, Henry J., and Schwartz, William B., *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*, Washington, D.C.: The Brookings Institution, 1984.
- Arrow, Kenneth J., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, Vol. 53, 1963 sid. 941 – 73.
- Barer, Morris L., Robert G. Evans och Greg L. Stoddart, *Controlling Health Care Costs by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion?* Toronto: Ontario Economic Council, 1979.
- Blomqvist, Åke G., *The Health Care Business: International Evidence on Private vs. Public Health Care Systems*, Vancouver: The Fraser Institute, 1979.
- Blomqvist, Åke G., "Konsumentönskemål och effektivitet i sjukvården", *Ekonomisk Debatt*, Vol. 8, Nummer 1, 1980.
- Blomqvist, Åke G., "The Doctor as Double Agent: Information Asymmetry, Health Insurance and Medical Care", manuskript, University of Western Ontario, 1989.
- Blomqvist, Åke G. och Henrik Horn, "Public Health Insurance and Optimal Income Taxation", *Journal of Public Economics*, Vol. 24, 1984 sid. 353 – 373.
- Brook, Robert H. et.al., "Does Free Care Improve Adults' Health? Results from a Randomized Clinical Trial", *New England Journal of Medicine*, Vol. 309, 1983 sid 1426 – 34.
- Brooks, Richard G., *The Development and Construction of Health Status Measures: An Overview of the Literature*, Report 1986:4, Lund: IHE-The Swedish Institute for Health Economics 1986.
- Bruzelius, Nils, *Health Maintenance Organizations: En Översikt*, Meddelande 1986:5, Lund: IHE, Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi 1986.
- Calltorp, Johan, *Prioritering och Beslutsprocess i Sjukvårdens Frågor*, Uppsala: Institutionen för Socialmedicin, Uppsala universitet 1989.
- Calltorp, J., "Jämförelse mellan Sjukvårdsmodeller", *Läkartidningen*, Vol 85, 1988, sid. 2447 – 51, 2521 – 4.
- Danzon, Patricia M., *Medical Malpractice: Theory, Evidence, and Public Policy*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press 1985.
- Enthoven, Alain, "Satsa på Experiment och Oberoende Organisationer: Ni kan Skapa Världens Bästa Informationssystem", *Läkartidningen*, 85, sid. 2713 – 5, 1988.
- Enthoven, Alain, "The Simple Mathematics of Maximization", Appendix till *The Economics of Defense in the Nuclear Age*, av Charles J. Hitch och Roland N. McKean, New York: Athenum, 1965.

- Evans, Robert G., "Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications", sid. 162–73 i Mark Perlman, red., *The Economics of Health and Medical Care*, London: MacMillan, for the International Economics Association, 1974.
- Evans, Robert G., *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*, Toronto: Butterworths, 1984.
- Evans, Robert G. och Gregg L. Stoddart, *Medicare at Maturity: Achievements, Lessons, and Challenges*, Calgary: The University of Calgary Press for The Banff Centre for Continuing Education, 1986.
- Feeny, David, Gordon Guyatt, och Peter Tugwell, red., *Health Care Technology: Effectiveness, Efficiency, and Public Policy*, Montreal: The Institute for Research on Public Policy, 1986.
- Feldstein, Paul J., *Health Care Economics*, Third Edition, New York: John Wiley & Sons, 1988.
- Fuchs, Victor R., *Who shall Live?* New York: Basic Books, 1974.
- Gibson, Rosemary, "Quiet Revolutions in Medicaid", i Meyer, red. 1983, sid 75–102.
- Ginsburg, Paul B., "Market-Oriented Options in Medicare and Medicaid", i Meyer, red. 1983, sid. 103–18.
- Ham, Christopher, *Health Policy in Britain*, London, Macmillan 1985.
- Jönsson, Bengt, och Clas Rehnberg, *Effektiva Sjukvård Genom Bättre Ekonomistyrning*, (rapport till ESO, Ds Fi 1986:3), Stockholm: Finansdepartementet 1986.
- Jönsson, Bengt, och Clas Rehnberg, *Integrering av sjukvård och sjukförsäkring*, (rapport till ESO, Ds Fi 1987:11), Stockholm: Finansdepartementet, 1987.
- Landstingsförbundet, *Sjukvård och Sjukförsäkring i Samverkan*, Stockholm: Landstingsförbundet 1988.
- Landstingsförbundet, *Bättre Vård: Har Vi Råd?* Bilaga 26 till Långtidsutredningen 1987 (SOU 1987:3), Stockholm: Landstingsförbundet 1987.
- Landstingsförbundet, *Bevare Mig Väl: Debattskrift om Myt, Makt och Medmänsklighet i Hälso- och Sjukvården*, Stockholm: Landstingsförbundet 1988(a).
- Landstingsförbundet, *Sjukvård och Sjukförsäkring i Samverkan*, Stockholm, Landstingsförbundet 1988(b).
- Lindgren, Björn, *Konsumentinflytande och Konkurrens i Svensk Sjukvård: Är det Möjligt?* Manuskript, Lund, IHE, Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi 1989.
- Manning, H.G., A. Leibowitz, G.A. Goldberg, W.H. Rogers och J.P. Newhouse, "A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practice on Use of Services", *New England Journal of Medicine*, Vol. 310, 1984, sid. 1505–10.
- Meyer, Jack A. red., *Market Reforms in Health Care: Current Issues, New Directions, Strategic Decisions*, Washington: American Enterprise Institute, 1983.
- Olson, Mancur, red., *A New Approach to the Economics of Health Care*, Washington, D.C.: The American Enterprise Institute, 1981, sid. 131–171.

- Organization for Economic Cooperation and Development, *Measuring Health Care 1960–1983: Expenditures, Costs, and Performance*, Social Policy Studies No. 2, Paris, OECD 1985.
- Organization for Economic Cooperation and Development, *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*, Social Policy Studies No. 4, Paris, OECD 1987.
- Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*, Social Policy Studies No. 7 Paris: OECD, 1990.
- Pauly, Mark V., "Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy", *Journal of Economic Literature*, Vol. 24, 1986 sid. 87–99.
- Raffel, M.W., red., *Comparative Health Systems*, University Park och London: Pennsylvania State University Press 1984.
- Reinhardt, Uwe E., "The Theory of Physician-induced Demand: Reflections After a Decade", *Journal of Health Economics*, 4, June 1985, sid. 187–94.
- Rosenthal, M., *Dealing with Medical Malpractice: The British and Swedish Experience*, London, Tavistock 1987.
- Saltman, Richard B. och Casten von Otter, "Public Competition versus Mixed Markets: An Analytic Comparison", *Health Policy*, Vol. 11, 1989, sid. 43–55.
- Sidel, V., and Sidel, R., *A Healthy State: An International Perspective on the Crisis in United States Medical Care*, New York, Pantheon Books 1977.
- Statens Beredning för Utvärdering av Medicinsk Metodik (SBU), *Värdering av Medicinska Metoder och Sjukvårdens Effektivitet*, (rapport från en konferens på Rosenbad), Stockholm, 1989.
- Stiglitz, Joseph E., "The Theory of "Screening", Education, and the Distribution of Income", *American Economic Review*, Vol. 65, 1975, sid. 283–300.
- Storbritannien, *Working for Patients, The Health Service: Caring for the 1990s*, London, HMSO 1989.
- Ståhl, Ingemar, "Sjukvården: Problem och Lösningar", *Ekonomisk Debatt*, Vol. 7, 1979, sid. 476–82.
- Sverige, *Regeringens Skrivelse 1988/89:153* (Överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman, m.m.), Stockholm 1989.
- Söderström, Hans Tson, red., *Den Svenska Modellen Inför 90-talet* (Konjunkturrådets rapport), Stockholm: SNS Förlag 1988.
- Torrance, George W., "Measurement of Health Status Utilities for Economic Appraisal: A Review", *Journal of Health Economic*, Vol. 5, 1986 sid. 1–30.
- Ware, John E. Jr. *et al.*, "Comparison of Health Outcomes at Health Maintenance Organizations with those of Fee-for-service Care", *Lancet*, May 3, 1986, sid. 1017–1022.



## Bilagor till långtidsutredningen 1990

Nr Namn	Författare
1. Metoder, modeller och beräkningar	Finansdepartementet
2. Ekonomiska konsekvenser för Sverige av EG:s inre marknad	Harry Flam och Henrik Horn Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet
3. Svenskt näringsliv och den europeiska integrationen	Lars Lundberg Industrins utredningsinstitut
4. Konsekvenser av fri arbetskraftsrörlighet mellan Sverige och EG	Per Lundborg Industrins utredningsinstitut
5. Finansiell integration, resursfördelning och penningpolitik	Lars Svensson Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet
6. Det framtida arbetskraftsutbudet	Statistiska centralbyrån
7. Sveriges framtida befolkning	Statistiska centralbyrån
8. Skogsnäringen: Miljöfrågor, avreglering, framtidsutsikter	Lars Hultkrantz och Sören Wibe Lantbruksuniversitetet i Umeå
9. Tillväxt och miljö – en studie av målkonflikter	Lars Bergman Handelshögskolan i Sthlm
10. Den internationella utvecklingen	Kjell Andersen och Derek Chambers
11. Svensk hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv	Åke Blomqvist University of Western Ontario, Canada
12. Det omedvetna valet – nationell politik och regional obalans	Expertgruppen för forskning om regional utveckling
13. Kunskapsbildning för strukturell förnyelse	Lennart Ohlsson
14. Landsting för välfärd	Landstingsförbundet
15. Bostadsmarknaden under 1990-talet	Bengt Turner m. fl. Statens institut för byggnadsforskning
16. Samhällsekonomins transport- och kommunikationsförsörjning	Folke Snickars
17. Privat tjänstesektor	Statens industriverk
18. Industrin till år 2000 – ett tillväxtdecennium?	Statens industriverk
19. Inkomst- och förmögenhetsfördelningen 1967–1987	Kjell Jansson Statistiska centralbyrån
20. Kommunerna på 90-talet – krav och restriktioner	Svenska kommunförbundet
21. Energi – miljö – ekonomi	Statens energiverk
22. Utbildning för 2000-talet	Karl-Gustav Andrén, Erik Wallin och Bengt Christer Ysander
23. Kvinnors roll i ekonomin	Christina Jonung och Inga Persson (red.) Lunds universitet
24. Svensk lönebildning – teori, empiri, politik	Bertil Holmlund Uppsala universitet
25. Miljöproblemen i framtiden	Lars Lundgren m. fl. Naturvårdsverket
26. Den offentliga sektorn	Stefan Fölster







## ALLMÄNNA FÖRLAGET

---

BESTÄLLNINGAR: ALLMÄNNA FÖRLAGET, KUNDJÄNST, 106 47 STOCKHOLM,  
TEL: 08-739 9630, FAX: 08-739 9548.  
INFORMATIONSBOKHANDELN, MALMTORGSGATAN 5 (VID BRUNKEBERGSTORG), STOCKHOLM.