

DANNE NORDLING:

## Effektivitet och valfrihet i sjukvården

*Trots att sjukvårdskostnaderna idag svarar för 10% av BNP är kostnadsmedvetandet lågt och det finns tendenser till överkonsumtion av sjukvård, konstaterar pol mag Danne Nordling. På näringslivets område strävar statsmakterna efter att begränsa monopolen men i fråga om sjukvården tillämpas inte samma tes. För att komma tillrätta med problemen föreslår författaren ett system med servicecheckar. Varje medborgare får en check på ett belopp motsvarande dagens offentliga utgifter per person och kan själv välja att anlita den sjukvård han önskar. Olika sjukvårdsproducenter måste då konkurrera med varandra vilket leder till bättre effektivitet och högre kvalitet i sjukvården.*

Den svenska sjukvårdssektorns andel av BNP har ökat från ca 5 procent vid mitten av 60-talet till ca 10 procent i dag. Samtidigt har den ekonomiska tillväxten medfört att BNP ökat i volym med nästan 50 procent. Sjukvårdsutgifternas expansion i absoluta tal har således varit synnerligen snabb. Trots detta har det knappast förrän under de senaste åren förekommit någon diskussion om det rationella i att ständigt öka sjukvårdsresurserna.

Politikerna har kunnat pumpa in miljard efter miljard i den offentliga sektorn utan större debatt medan den privata sektorn nagelfarits och angripits med de mest futtiga argument: tex genom ifrågasättandet av det berättigade i att marknadsföra potatisskalare med bruna skaft som riskerar att kastas bort med potatisskalen ...

Sverige har genom den ekonomiska krisen ett alldeles särskilt skäl att göra en samhällsekonomisk granskning av användningen av de resurser som går till offentlig verksamhet. Sjukvårdssektorn är en viktig del av denna verksamhet eftersom många studier av vad ytterligare satsningar på ökad sjukvård egentligen innebär visat att bidraget till förbättrad hälsa är ytterst marginellt.

### Lågt kostnadsmedvetande

Sjukvårdens ekonomiska problem i Sverige är likartade dem i andra utvecklade industriländer. Förutom det osäkra sambandet mellan behandling och resultat är sjukvårdens största problem det låga kostnadsmedvetandet, den långsamma produktivitetsutvecklingen och i viss mån tendenserna till överkonsumtion av sjukvård. Även den otillfredsställande anpass-

ningen till sjukvårdskonsumenternas önskemål kan ses som ett ekonomiskt problem.

Ett ofta åberopat argument för att detta problemkomplex näst intill är en naturlag är förhållandet att USA använder lika stor andel av BNP till sjukvård som Sverige trots att "i stort sett hela sjukvården i USA är privat". Detta är nu inte helt korrekt. Uppgifterna om jämförelsen mellan USA och Sverige härrör från en OECD-undersökning publicerad 1977 och som avser förhållandena 1974. Sverige använde då 7,3 procent av BNP till sjukvård och därav utgjorde offentliga utgifter 6,7 procentenheter. USA använde 7,4 procent av BNP, varav 3,0 procentenheter var offentliga utgifter.

Men inte heller dessa siffror är rättvisande när det gäller att komma åt orsaken till sjukvårdens ekonomiska problem. Ungefär 95 procent av sjukhusen i USA drivs för närvarande av institutioner utan vinstintressen antingen i privat eller offentlig regi.

Den ekonomiska teorin säger att monopol inte är bra för konsumenterna eller för den samhällsekonomiska effektiviteten. Konsumenternas inflytande blir dåligt och produktivitet-utvecklingen långsam. Därför har statsmakterna gjort stora ansträngningar för att förhindra uppkomsten av monopol inom näringslivet. Ja, det är tom i många fall straffbart att försöka begränsa konkurrensen. Men vad som gäller näringslivet gäller inte den offentliga sektorn.

Orsakerna till detta är knappast att den ekonomiska teorin skulle fungera annorlunda för offentligt driven verksamhet. Det torde i stället vara ganska mycket slentriantänkande som ligger bakom underlåtenheten att analysera den offentliga verksamhetens samhällsekonomiska

effektivitet. Många har helt enkelt trott att tjänster, som av politiska skäl skall tillhandahållas gratis eller nästan gratis, också måste produceras i samma former som övrig offentlig förvaltning.

### Servicecheckar

Men detta är inte alls nödvändigt. Med det system med servicecheckar, som jag föreslog i en artikel i SvT nr 8, 1980, borde en stor del av sjukvårdens ekonomiska problem kunna lösas. Ett liknande system, dock begränsat enbart till sjukvården, har för övrigt också föreslagits av professor Åke G Blomqvist, verksam i Ontario i Kanada och professor Ingemar Ståhl i Lund.

På ekonomisk-teknisk jargong kallas denna anordning, som skall ge bättre hushållning inom offentlig verksamhet i fördelningspolitiskt acceptabla former, för ett voucher-system. Denna term är för de flesta totalt obegriplig och dessutom svår att uttala. Jag föredrar att använda termen servicecheck-system.

Vad är då en servicecheck? Jo, det är ett bevis för att en invånare i Sverige har rätt att anlita offentlig service för ett visst belopp (som motsvarar dagens offentliga utgifter per person) hos vilken producent av denna service som helst. Den offentliga sektorn kan på detta sätt precis som i dag med skattemedel se till att vissa tjänster tillhandahålls gratis eller nästan gratis men utan att dessa tjänster utförs av den offentliga byråkratins förvaltning.

### Konkurrens leder till högre kvalitet

På sjukvårdens område innebär servicecheckarna att sjukvårdsproducenterna måste tjäna

in sina intäkter genom att locka till sig patienter i konkurrens med varandra. Servicecheckerna använder medborgarna/patienterna som betalning för ett "försäkringskontrakt" med en sjukvårdsproducerande organisation. Det kan tex vara fråga om ett visst sjukhus med tillhörande läkarstab eller ett försäkringsföretag som driver t ex de kirurgiska avdelningarna på sjukhus i olika delar av landet. Även andra varianter är möjliga.

Konsumenternas valfrihet innebär en ekonomisk risk för de producentorganisationer som erbjuder sjukvårdstjänster av låg standard. Ett sådant företag förlorar patienter och får då minskade intäkter vilket skapar ett tvång att förbättra verksamheten. Annars tar någon som är skickligare över verksamheten.

Valfriheten skapar också incitament för sjukvårdsföretagen att hålla kostnaderna nere. Onödiga kostnader (som konsumenterna finner omotiverade) måste obönhörligen skäras bort – annars stiger premierna som konsumenterna skall betala till en icke konkurrenskraftig nivå. Resultatet av detta system blir en bättre effektivitet i sjukvården utan att vårdstandarden sjunker.

Det finns naturligtvis en rad praktiska problem som måste lösas i ett check-system. Sjukvårdskostnaderna varierar t ex för olika försäkringstagare. Detta skulle i princip fordra att personer som innebar en större risk för försäkringsföretagen skulle tilldelas ett större checkbelopp för att kunna betala de högre premierna som skulle bli följden. För att undvika denna administrativt komplicerade apparat kan man i stället stadga att försäkringsföretagen inte skulle kunna vägra att teckna kontrakt med någon. Checkerna och premierna skulle bara få vari-

era med relativt enkla kriterier såsom ålder och kön.

Checkbeloppen skulle också anpassas till den ekonomiska utvecklingen i samhället. Inflation och stigande reallöner skulle automatiskt öka checkbeloppen. Minskade resurser i samhället skulle analogt med detta ge utslag i minskade checkbelopp. För att möjliggöra större valfrihet i den senare situationen borde det också vara tillåtet för patienterna att själva betala för vissa tilläggsförsäkringar.

Ytterligare ett skäl till en differentiering av checkbeloppen är de regionala skillnader som finns mellan storstäder och mindre tätorter. Det är svårare för sjukvårdsföretagen att åstadkomma låga kostnader genom att utnyttja stordriftsfördelar i mindre orter, vilket kan kompenseras med högre checkbelopp.

Stordriftsfördelar kommer med detta system emellertid knappast att vara ett lika prioriterat mål som i dagens sjukvårdssystem. Kundernas rätt till valfrihet torde sannolikt komma att leda till mindre företag med mera personlig service. Detta får dock marknadskrafterna slutligen avgöra. I USA finns det ett antal ganska stora försäkringsföretag som samtidigt bedriver sjukvård – sk prepayment plans. Dessa finns främst i storstadsregionerna och de har visat sig konkurrenskraftiga jämfört med de konventionella sjukvårdsproducenterna som tar betalt för varje tjänst de producerar. En orsak till detta är att försäkringsföretagen använder mindre av de dyra sjukhustjänsterna än de konventionella företagen.

#### **Sjukhusvård – öppenvård**

För att möjliggöra konkurrens även på mindre

orter kan man dela upp sjukvårdsföretagen och försäkringarna i två typer med en försäkring som gäller för sjukhusvård och en försäkring för öppenvård. Öppenvårdcentraler eller to m enskilda privatläkare skulle kunna fungera som sjukvårdsföretag på små orter, vilket skulle ge konkurrens och valfrihet för alla åtminstone på en del av sjukvårdens område.

Jag föreställer mig att det lämpligaste vore att medborgarna/patienterna ansluter sig till ett öppenvårdsföretag enligt minimikraven i ett standardkontrakt (med möjlighet till individuella kompletteringar eller önskemål om självrisker etc). Försäkringstagarna beslutar sedan i samråd med öppenvårdsföretaget om tecknandet av en sjukhusvårdsförsäkring som skall användas när slutna vård är nödvändig.

#### **Kombinera systemet med ett försäkringssystem**

Genom att kombinera servicechecksystemet med ett försäkringssystem undviker man de vanliga problemen vid privat sjukvård. Producenternas övertag när det gäller information om olika behandlingsmetoder kan inte användas för att få kunderna att betala så mycket som möjligt – dvs det går inte att utan vidare övertyga patienterna att "det dyraste är det

bästa".

Liknande gäller för de sk irreversibla effekterna. Patienterna är i en valsituation där betalning skall ske för varje utförd tjänst benägna att satsa på så dyra metoder som möjligt för att undvika ett misslyckande som kanske inte kan repareras. Detta leder uppenbarligen till överkonsumtion, vilket kanske är en orsak till att USA använder en så förhållandevis stor del av sin produktion för sjukvård. Ett försäkringssystem har inte dessa nackdelar.

Sjukvårdstjänster konsumeras trots all ganska sällan. Ett sjukvårdssystem som skall fungera med konkurrens förutsätter därför sannolikt att det förekommer konsumentupplysning av olika slag och att olika företag testas och att deras behandlingsmetoder diskuteras i massmedia. En del av servicecheckarna kan tex användas för att särskilda företag skall skaffa fram sådan information.

En annan möjlighet vore att låta de politiska partierna arbeta ut rekommendationer om vilken försäkringskombination och vilka företag som "är bäst" om det skulle visa sig svårt för individerna att välja. I ett nyliberalt samhälle skall inga möjligheter vara uteslutna. De som vill ha kvar dagens system kan överlämna sina servicecheckar till sitt politiska parti och låta andra bestämma – precis som i dag.