

# Sjukvården – mellan plan och marknad?

Av Hans Bergström

**Läkarens kunskapsövertag och kundens benägenhet att övergardera sig i försäkringssystemet gör att sjukvårdskostnaderna riskerar att stiga brant i ett system med fri konkurrens. Den svåra uppgiften blir att försöka förena marknadens goda egenskaper, individens trygghetsbehov och samhällets krav på kostnadshänsyn, skriver Hans Bergström.**

DEN SVENSKA MODELLEN fungerar inte väl. Inget annat färdigt nationellt system finns dock att ta över.

Detta är den dubbla frustrationen i debatten om sjukvården. Var och en kan se att sjukdomssikten rörande dagens svenska system har spritt sig långt in i socialdemokratins led. Men det är en insikt som inte förenas med synlig bot. Vart man än blickar i världen finner man liknande eller andra stora problem med sjukvårdens finansiering och prestationer.

Vad är det då man är ute efter att uppnå? Om man ser till sjukvårdssektorn som helhet borde man nå tre slag av effektivitet, som gör att sjukvårdens bidrag till välfärden kontra dess in-skränkning på övrig välfärd blir optimal:

## Rätt saker på rätt sätt

**Allokeringseffektivitet.** Enkelt uttryckt: att en lagom mängd resurser används för hälso- och sjukvård. Både för lite och för mycket blir fel.

För lite kan innebära att man inte gör insatser som verkligen skulle höja befolkningens "kvalitetsjusterade sparade levnadsår", såsom trygghet och stimulanser för åldersdementa,

höftledsoperationer som ökar rörlighet och tar bort värk.

För mycket innebär att man gör insatser som är överdrivna i förhållande till kostnader och resultat, som är tekniskt korrekta men djupare sett inhumana (som viss intensivvård för att hålla en döende gamling vid liv ytterligare en månad) och som gör att sjukvården tar för mycket resurser från andra inslag i livet: möjligheter att resa, bo väl, ha



HANS BERGSTRÖM är ledarskribent på Dagens Nyheter.

hygglig ledighet med mera under ens friska år. Livets mål är inte att vårdas. Döden är viss och livet ska levas, inte botas. Behovet av vård och olika typer av hälsoundersökningar kan göras oändligt, vilket framgår av det lika populära som underliga begreppet "friskvård". Alltså finns ett hushållningsproblem. Vård måste vägas mot andra inslag i livet.

**Struktureffektivitet.** På hälso- och sjukvårdens område bör mixen vara rationell mellan olika typer av insatser och vårdnivåer.

Det gäller kurativa insatser i förhållande till preventiva, sjukhem och ålderdomshem gentemot akutsjukvård, egenvård i förhållande till läkarvård, allmänläkare i relation till specialistvård. Om man för en given kostnad skulle kunna nå bättre vårdresultat eller med samma vårdresultat en lägre kostnad, vid en annan struktur i de här avseendena så är strukturen inte den mest effektiva.

Man skulle också kunna tala om en etisk struktureffektivitet, nämligen att typer av vårdinsatser som har avgörande betydelse för individers hälsa, liv och välbefinnande i första hand fungerar. Den femgradiga prioriteringsordning som upprättats i Norge är här ett bra test. En vanlig slutsats för olika länder är att insatser mot det akut livshotande fungerar, liksom för det inte alls viktiga (intyg för sjukskrivning), medan bristerna är eller hotar bli stora på nivån strax under trafikolyckorna och hjärtinfarktarna, såsom demensomsorg, reumatologi och cancervård.

**Klinikeffektivitet.** Här är kravet att varje specifik tjänst produceras till minsta kostnad, med tillräckligt god kvalitet.

Vi talar här om mixen av produktionsfaktorer, till exempel kapital/arbetskraft (graden av utnyttjande av utrustning och lokaler under veckans timmar), läkare/kringpersonal, utbildningsin-

vestering läkare/antal arbetstimmar per år – men även om motivation och arbetsinriktning.

## Planerare spelar Svarte Petter

Att plansystem inte klarar de här effektivitetskraven väl är lika uppenbart som för annan produktion. Den har samma grundmekanismer inom sjukvården som vi känner också i övrigt, och mest tydligt från Östeuropa:

– **Ransonering och köer.**

– **Ansvarsflykt;** det viktiga för en enskild kugge i maskineriet blir ofta inte att lösa problemen, utan att inte vara den som får ansvar för misslyckanden.

– **Dubbelspråk;** systemen är för ineffektiva för att kunna producera vad ledarna säger, varpå följer en total kontrast mellan ord och verklighet. De styrande säger "jämlighet" och

"plånboken ska inte styra", men verkligheten blir att bara den som har tjock plånbok och/eller goda kontakter kan lita på snabb operation.

– **Orsaksflykt;** ansvariga politiker ägnar mängder av sammanträden, ord och papper åt att diskutera det de inte behärskar (enskilda sjukdomar), sådant som inte är avgörande (insatsresurserna) och faktorer som rör blott ytan (ministers eller fabrikschefens person) men undviker att göra något åt systemets grundlogik.

Vad gäller grundlogiken är några frågor särskilt centrala:

– **Genom vad får man sina pengar?** Är det genom prestationer och kunders betalning eller genom att vara smart i budgetspel?

– Stimuleras de professionellt verksamma att titta uppåt, (efter direktiv och "har vi hållit kostnadsbudgeten") eller neråt (efter vårdresultat och konsumentreaktioner)?

– Är organisationen vänd inåt (personelhänsyn, fack, trögheter som finns på varje arbetsplats)

forts.

**Behovet av vård kan göras oändligt, vilket framgår av det lika populära som underliga begreppet "friskvård".**

eller utåt? Vilka krav tvingar organisationen att övervinna inre motstånd mot att förändra? Vilket beteende belönas: besparing eller rationalisering? Jagar man kostnader eller resultat?

– Stannar ansvaret tydligt hos en kompetent chef eller styrelse på verksamhetsnivån – eller kan man skjuta det ifrån sig till någon annan nivå?

Den svenska planhushållningen via landstingen har en ansamling av dåliga systemegenskaper i de här avseendena. Pengar följer av budgetspel, ej prestationer. Produktionen är regelstyrd, ej efterfrågestyrd. Inget effektivt externt tryck (konkurshot och konkur-

rens) finns för att övervinna inre trögheter att rationalisera. Den rymmer många styrelser och nivåer som möjliggör Svarte Petter-spel med ansvaret; politiker kan skjuta obehag neråt, klinikchefer uppåt. Man har vaga politiker i styrelser även för drift, mer benägna att omdefiniera problem än att verkligen lösa dem. Det rör sig i många fall om gigantiskt stora organisationer på ett område där förmåga till variation, flexibilitet i användningen av resurser, synlighet och stimulans till den enskilde anställde samt känslighet för kunderna är A och O. Det som myndighetssystem i grunden är byggda för – enhetlig regeltillämpning – passar sällsynt illa för tjänsteproduktion där produkten skapas i mötet mellan människor och där varje fall är unikt.

Dock har systemet förutsättningar till framgång som ransoneringsinstrument, genom den

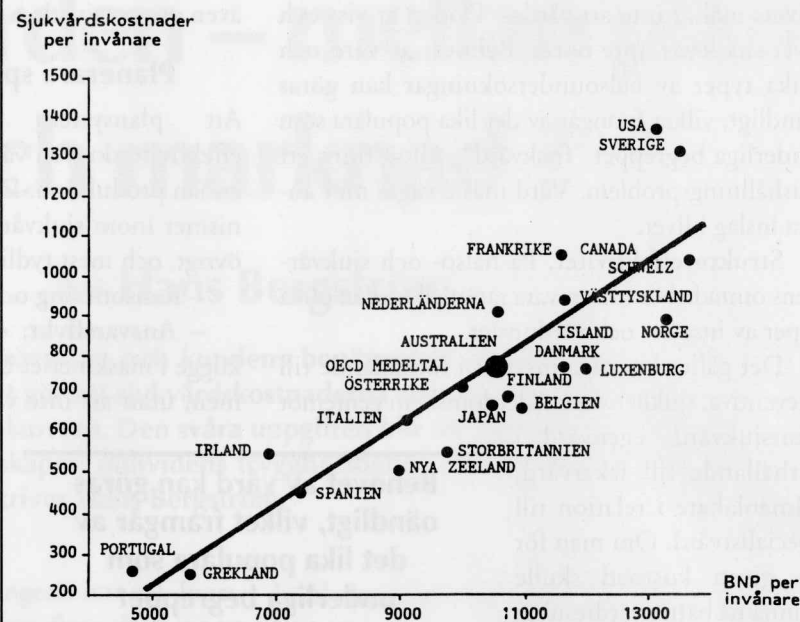
närmast totala myndighetskontrollen av pengar, patienter och producenter.

### Friska prioriteras

Föga förvånande är det svenska sjukvårdssystemet ineffektivt i de tre tidigare angivna avseendena:

1. Det medför inte en optimal allokering av resurser till sjukvården. På den politiska marknaden kommer ledigheter och transfereringar till de friska lätt att väga alltför tungt i förhållande till insatser för de sjuka.

2. Det har inte medfört en effektiv struktur. Alltför många gamla upptar dyra sjukhusplatser fast de behöver ålderdomshem och liknande former av tryggt boende. Vårdens första linje – allmänläkaren – är för svag. Flexibiliteten i användningen av resurser över landet är dålig. Inte ens inom ett landsting klarar man detta. Ett ex-



Figur 2:1. Sambandet mellan hälso- och sjukvårdskostnader och BNP per invånare inom OECD-länderna. Konvertering från lokala valutor till USA-dollar med användande av s k köpkraftspariteter. Källa: OECD 1987.

empel är när Södersjukhuset i Stockholm ställde in höftledsoperationerna på dagtid vardagar under slutet av 1990, medan Löwenströmska sjukhuset, i samma län, samtidigt gjorde samma operationer på fyra gånger så dyr övertid. Ambitiösa klinikchefer på Falu lasarett, i Trollhättan och på andra ställen kan berätta hur hopplöst det är att sälja ledig kapacitet för operationer och eftervård, trots att patienter samtidigt väntar i årtal på just de utbudna tjänsterna i andra delar av landet.

3. **Klinikeffektiviteten** är generellt sett låg. Mängder av studier visar detta. De är särskilt relevanta för dels olika typer av operationskliniker, dels vårdcentralerna. Exempel från Västerås och andra håll visar att 50–100 procent höjd produktivitet går ganska lätt att åstadkomma när en normalt driven vårdcentral ersätts eller kompletteras av en primärvård driven av entreprenörer. Eldsjälar med goda resultat finns även i den offentliga produktionen, och professionalitet kan ibland kompensera negativa system, men de är inte typiska för systemet.

### Marknaden svårskapad

Marknadsekonominns egenskap är just att kunna lösa de tre effektivitetsproblemen (plus tillhålladynamik). Den ska säkra intern effektivitet i organisationer, en effektiv struktur, samt leda till att en viss typ av produktion har den andel av välfärden som svarar mot konsumenternas preferenser. Varför kan den inte klara det här i fråga om sjukvård?

Två skäl anförs i litteraturen:

Det ena är **informationsasymmetrin**. Sjukvård kräver så specialiserad kompetens att konsumenten har svårt att själv pröva vårdbehov, vårdinsats, vårdresultat och alternativ.

Det andra är att sjukdom är **oförutsägbart** och rymmer så stora konsekvenser att försäkringar

krävs. Och så snart man har försäkring får man problemet att två gör upp (patient och läkare) och skickar räkningen till en tredje (försäkringsgivaren, vare sig denna är ett försäkringsbolag eller staten). Försäkringsgivaren har svårt att gå in och störa den ömtåliga relationen mellan patient och läkare. Det handlar om något helt annat än att till exempel ge byggnormer för tvätumsplank istället för tretums.

Problemet är alltså att det är svårt att skapa en verklig marknad, med konsumentval och realistiska priser.

En modell är då den socialistiska, med nollpris, monopol och ransonering. Den ger köer och ineffektivitet.

En annan modell är en mer frihetlig, med nollpris, etableringsfrihet och obegränsat utbud. Den resulterar i utgiftsexplosion samt en massa behandlingar på fel

nivå, samtidigt som viktigare behov inom främst åldringsvården lätt eftersätts. Denna typ av marknad blir kanske effektiv i produktionen av den enskilda tjänsten, men den ger inte en optimal vårdstruktur och ej heller god allokeringseffektivitet. För mycket resurser tenderar att gå till sjukvård.

Medan socialismen ger för lite socialt, tenderar kapitalismen, vid nästintill nollpris, att ge en för stor vårdproduktion.

Försök att reglera bort problemet möter samma motstrategier som vid all annan prisreglering. Följden blir besvärande byråkratisering, taxeglidning, fiffel och båg (att patienter skrivs ut och sedan snabbt skrivs in igen), samt omdefiniering av produkten.

### Konsumentmakt fordras

Den svåra men ofrånkomliga uppgiften är att söka finna naturliga mekanismer för att förena det ekonomiska trygghetskravet för individen med

forts.



Här ligger en verklig konsument

marknadens goda egenskaper och samhällsekonomin, liksom den samlade välfärdsfunktionen, krav på kostnadshänsyn.

Det är denna besvärliga ekvation som man måste medge att ingen nation löst väl, bara mer eller mindre dåligt. Erfarenheter går att ta till sig från olika håll, även USA, men inte något existerande nationellt system. Utrymmet för sociala innovationer är här stort.

En lösning är att i högre grad använda **marknad fullt ut**, även vad gäller betalning. Informationsproblemet är överdrivet. Det är inte lättare att välja verkstad för bilreparation än att välja läkare och metoderna kan vara ungefär desamma

(lyssna på grannars erfarenhet, ta råd av specialister, läsa studier och tidningsgranskningar).

Det mesta av även hälso- och sjukvård (85 procent av fallen enligt en amerikansk studie) är inte katastrofer utan har betydligt mer måttlig karaktär. Det är värt att pröva att individen själv får betala tandvård, mediciner, hembesök av läkarbil, telefonråd med mera själv, fullt ut (kanske med vissa högkostnads skydd och med möjlighet till privata försäkringar med självrisker). De flesta vårdbesök gäller faktiskt inte hjärtinfarkter och trafikolyckor.

En variant är att söka **skapa en verklig konsument** (utöver katastrofer och långvård) med en typ av voucher-system enligt vilket individen kontant erhåller en del av skillnaden mellan vad han

tillåts belasta försäkringssystemet med och vad han faktiskt utnyttjat under ett år.

En allt vanligare inriktning i andra länder är att åstadkomma mer av **professionella motviker**. Sjukhus drivs professionellt. Försäringsgivare eller primärvård upphandlar för patienten. Politiska församlingar övervakar systemet och inrättar professionella medicinska kontrollorgan.

### Prenumerera på doktorn

En i vart fall teoretiskt mycket innovativ lösning bygger på en **konstruktion av försäkringssystemet som ger rätt incitament** i beslutsögonblicket. I USA kallas det HMO (Health Maintenance

Organization). Grundprincipen är den gamla kinesiska: läkaren får betalt så länge patienten är frisk. Varje individ väljer fritt sin allmänläkare. Denne erhåller försäkringsersättning, som en fast årsprenumeration. Han klarar det mesta själv, men upphandlar specialisttjänster av sjukhus. Han fungerar som en konsult för patienten och håller reda på var hela människan befinner sig i systemet. Han har inte råd med övervård eller felvård ty då förlorar han pengar. Han har heller inte råd med undervård, ty då blir fallet mer komplicerat och dyrt längre fram, han får dåligt rykte och tappar kunder samt riskerar skadestånd.

Professor Åke Blomqvist, verksam i Kanada, rekommenderar i sin intressanta bilaga till långtidsutredningen om

### De flesta vårdbesök gäller faktiskt inte hjärtinfarkter och trafikolyckor.

"Svensk hälso- och sjukvårdspolitik i internationellt perspektiv" att Sverige inför HMO-systemet i kombination med att sjukhusen görs självständiga och professionellt drivna, säljande sina tjänster (definierade efter DRG-gruppering, ett amerikanskt system för ersättning av sjukvårdskostnader som bygger på att alla diagnoser indelas i grupper) till patientens läkare/läkargrupp. Vidare vill Blomqvist att staten ska tillåta privata sjukvårdsförsäkringar till vilka individen får ta med sig en viss del av vad som har betalats in för honom till den offentliga försäkringen.

Så länge man inte tycker sig kunna ha en full marknad på sjukvårdsområdet tvingas man till kompromisser, som lätt leder till problem för ekonomi och effektivitet. Av nationella system kommer såväl det amerikanska som de mest socialistiska i västvärlden illa ut, om man ser till medborgarnas bedömning av dem. USA är dock ett experimentfält där det alltid finns saker att lära. Bland länder är sådana som Kanada, Tyskland och Holland av störst intresse. De kombinerar offentligt ansvarstagande och fullgoda försäkringar med strävan efter professionell drift av

sjukhus, utrymme för privatläkare och entreprenörer, valfrihet för medborgarna, rimlig och därmed möjlig roll för politikerna, goda löner och utvecklingsmöjligheter för kvalificerad vårdpersonal och inga eller små köer för behandlingar.

Inget av dessa bästa nationers system är befriat från kostnadsproblemet. Men i en ofullkomlig värld där det perfekta ibland inte går att få torde det ändå vara att föredra att Sverige tar vissa risker i fråga om sjukvårdens ökade andel av ekonomin för att i gengäld slippa lidandet i operationsköerna och öka produktiviteten. Vi bör dock göra vad som är möjligt för att när vi konstruerar nya

försäkringssystem ta hänsyn till erfarenheterna av kostnadsrisker. När systemen för sjukvård och försäkringar

vänts rätt bör den politiska energin därefter främst ägnas åldringsvården.

Utrymmet har inte tillåtit att jag beskrivit sjukvårds- och försäkringssystemen i andra västländer, i jämförelse med Sverige. Här dock tips på några färskasådana framställningar:

Bergström Hans: "Sjukvård och marknad: Vad kan vi lära från USA?". Marknadsekonomisk Tidskrift Nr 3/1989 (särtryck finns).

Blomqvist Åke: "Svensk hälso- och sjukvårdspolitik i internationellt perspektiv". Bilaga 11 till Långtidsutredningen 90.

Fölster Stefan: "Den offentliga sektorn". Bilaga 26 till LU 90.

Gerdtham Ulf G & Jönsson Bengt: "Pris och kvantitet i internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdsutgifterna". Ekonomisk Debatt 1990:7.

Jönsson Bengt, Carlsson Per, Rehnberg, Clas: "Hälso- och sjukvården i Kanada" samt "Hälso- och sjukvården i Schweiz", rapport 8 respektive 9 till "Utredningen om landstingets framtida uppgifter", Regionplan och trafikkontoret, Stockholms läns landsting 1990.