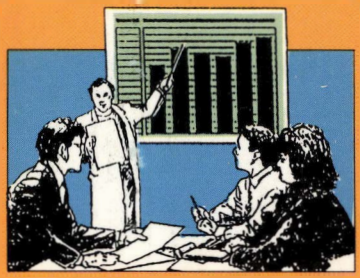
DEN SVENSKA SJUKVÅRDEN



Politik och marknad i framtidens sjukvård

Göran Arvidsson Bengt Jönsson

SNS FÖRLAG

DEN SVENSKA SJUKVÅRDEN

Politik
och marknad
i framtidens
sjukvård

Göran Arvidsson Bengt Jönsson

Under medverkan av
Åke Blomqvist

Politik och marknad i framtidens sjukvård

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon 08-453 99 50
Telefax 08-20 62 06

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – har till syfte att främja forskning och insiktsfull debatt om viktiga samhällsfrågor. SNS vill föra ut och nyttiggöra kvalificerad samhällsvetenskaplig forskning samt tillhandahålla ett obundet forum för diskussion av aktuella politiska och samhällsekonomiska frågor för att därigenom skapa bättre underlag för beslut i privat och offentlig sektor. SNS inflytande i svensk samhällsdebatt bygger på medverkan av framstående forskare och ledande företrädare för näringsliv, politik och media.

Verksamheten bedrivs genom
- tillämpad samhällsforskning genom ett nätverk av akademiska forskare i Sverige och utomlands;
- utgivning av böcker i samhällsvetenskapliga ämnen på eget förlag;
- konferenser och möten i Sverige och utomlands.

SNS grundades 1948 som en allmännyttig ideell förening och är politiskt och intressemässigt obundet. Verksamheten finansieras genom individuella medlemsavgifter, företagsabonnemang, forskningsanslag, bokförsäljning och konferensavgifter.

Politik och marknad i framtidens sjukvård
Göran Arvidsson och Bengt Jönsson
Första upplagan
Första tryckningen

© 1997 Författarna och SNS Förlag
Omslag och typografi: Rickard Frölich
Sättning och tryck: Kristianstads Boktryckeri AB, Kristianstad 1997

ISBN 91-7150-567-9

Innehåll

Förord 7

Inledning 9

1. Sjukvårdens resurser, kostnader och finansiering 11

2. Sjukvårdens organisation: Privat eller offentlig produktion? 26

3. Finansieringsproblemet: Vem skall besluta om sjukvårdsutgifternas totalnivå – och varifrån skall pengarna tas? 37

4. Marknader som resursfördelningsinstrument inom sjukvården: Separering av finansiering och produktion 47

5. Vårdkapacitet, kapitalallokering och strukturbeslut 57

6. Patientens valfrihet och vårdens kvalitet 63

7. Läkemedel 69

8. Tandvård 76

9. Sjukvård och äldreomsorg 83

10. Den medicinsk-teknologiska utvecklingens betydelse 89

11. Politikernas roll i framtidens sjukvård 95

12. Sammanfattande diagnos och skiss till behandlingsprogram 105

Referenser 119

Bilaga 1: SNS-projektet ”Nya spelregler för hälso- och sjukvården” – en beskrivning 121

Bilaga 2: SNS-projektet om sjukvården – en översikt av *Åke Blomqvist* 127

Författarna

Göran Arvidsson är docent i företagsekonomi och forskningsledare vid SNS. Han har varit projektledare för SNS sjukvårdsprojekt.

Bengt Jönsson är professor och chef för Centrum för hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm. Han har varit vetenskapligt huvudansvarig för SNS sjukvårdsprojekt.

Åke Blomqvist är professor i nationalekonomi och verksam vid University of Western Ontario, Kanada.

Förord

Denna bok utgör en sammanfattning av SNS projekt "Nya spelregler för hälso- och sjukvården" som startades 1990. Den är också den sista av totalt tretton böcker som, utöver ett antal mer tekniska rapporter, publicerats inom projektets ram. Projektets syfte var att bidra till en fördjupad diskussion i en central samhällsfråga som rör såväl välfärdspolitiken och samhällsekonomin som det privata företagandets villkor. Ambitionen var också att vidga kretsen deltagare i denna diskussion genom att engagera både utländska bedömare och personer i svenskt näringsliv som inte dagligdags är engagerade i vårdfrågor. Ett uttalat mål var att med fakta, analyser och idéer, baserade på vetenskapliga studier, bidra till omprövning och förändring av den svenska hälso- och sjukvården.

Projektet har omfattat både mer övergripande, principiellt inriktade analyser och specialstudier av olika delområden. Till den förra kategorin hör studier av frågor rörande prioriteringar, finansierings- och prissättningsformer, patienters valfrihet och konkurrens mellan vårdgivare. Specialstudierna har avsett bland annat läkemedel och tandvård. Såväl försäkringssystemen som uppgiftsfördelningen och samspelet med näringslivet har varit föremål för särskilt intresse. Ett internationellt perspektiv har anlagts dels genom att framstående utländska forskare har medverkat i flera studier, dels genom att erfarenheter från sjukvård, tandvård etc i andra länder har beskrivits och jämförts med förhållandena i Sverige.

Samtliga rapporter och medverkande forskare finns förtecknade i bilaga 1. Boken bygger i hög grad på de tidigare rapporterna. Göran Karlsson och Clas Rehnberg, båda vid Handelshögskolan i Stockholm, har uppdaterat materialet om tandvård respektive privata aktörer i vården. Anders Anell, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), och Per Carlsson, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT), har gett värdefulla synpunkter på manuskriptet.

I bilaga 2 finns en översiktsartikel över projektets delstudier. Den skrevs på eget initiativ av den i Kanada verksamme, svenske hälsoekonomen professor Åke Blomqvist för publicering i Ekonomisk Debatt. Den ursprungliga versionen var dock för lång för tidskriftens format. Åke Blomqvist samtyckte då till att den längre versionen skulle ingå i denna bok. Även om vi inte delar alla hans bedöm-

ningar anser vi att artikeln ger en god och tankeväckande bild av både projektet och svensk sjukvård.

The European Healthcare Management Association tilldelade projektet 1994 års Baxter Award för framstående bidrag till hälso- och sjukvårdsadministration i Europa.

Projektet har finansierats med anslag från Sven och Dagmar Saléns Stiftelse samt Apoteksbolaget, Astra, Folksam, LIC Care, Läkemedelsindustriföreningen, Länsförsäkringsbolagen, PT Vård, Praktikertjänst, Procordia, SAS Service Partner, Skandia, Trygg-Hansa och Wasa Försäkring.

Arbetet har bedrivits i samspel med en referensgrupp med direktör Marcus Storch, AGA, som ordförande och i övrigt sammansatt av företrädare för finansiärerna. Referensgruppen har redovisat sina samlade slutsatser i ett uttalande som publiceras samtidigt med denna bok.

Under hela projektet har kontakterna med viktiga företrädare för Sjukvårdssverige varit omfattande. Det har inom SNS ram skett vid konferenser, seminarier och möten, arrangerade centralt och i SNS lokalgrupper. Beslutsfattare och opinionsbildare har engagerats som kommentatorer till de olika delstudierna. Därutöver har såväl undertecknade som andra medverkande i projektet deltagit i möten, utredningar m m som arrangerats av andra. Det har gett inspiration till vårt arbete i projektet och även varit ett sätt att successivt sprida resultaten. Mycket är således redan sagt. Men det kan finnas skäl att samla slutsatserna och med stöd av dem peka framåt.

Svensk sjukvård kännetecknas i dag av pessimism och villrådighet. Den faktiska situationen motiverar inte detta tillstånd. Förutsättningarna är goda, men det behövs åtgärder som åter ger svensk sjukvård, och alla som är beroende av den, grundad anledning till självförtroende och framtidstro. Vi presenterar i slutet av boken en skiss till en reformerad sjukvårdsmodell, där alla aktörer kan finna en meningsfull och konstruktiv uppgift, och som vi tror kan bidra till en positiv framtidsvision för svensk sjukvård. Som alltid i SNS-publikationer är det författarna ensamma som svarar för innehållet.

Stockholm i december 1996

Göran Arvidsson
projektledare

Bengt Jönsson
vetenskapligt huvudansvarig

Inledning

Det är dystert i sjukvården. Resurserna räcker inte. Vårdköerna ökar. Kvaliteten ifrågasätts. Dessutom blir vi allt äldre och mer vårdkrävande. Vi brukar ha råd med ny, dyrbar medicinsk teknologi, som kan ge bot och bättring åt allt fler och åt allt svårare sjuka, men nu verkar det vara slut med det. Att sjukhus läggs ner och patientavgifterna ökar hjälper inte. I den stora hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU 2000, beräknas ”vårdgapet” mellan vad vi ”behöver” och vad vi ”har råd med” till miljardbelopp. Och till råga på allt finns ingen lösning i sikte.

Efter många år av politiskt och administrativt styre av sjukvården gjorde marknadskrafterna sitt intåg. Det skedde delvis i form av privatiseringar och upphandling under konkurrens men främst genom införande av interna köp- och säljsystem och ökade valmöjligheter för patienterna. På många håll ökade produktiviteten väsentligt. Men det skedde i form av ökad vårdproduktion, inte i form av minskade kostnader. Snarare tvärtom. Landstingen brottas med stora underskott och köerna växer igen. Och som en följd av detta börjar privata sjukvårdsförsäkringar dyka upp på nytt. Hur skall det då gå med vår ”vård på lika villkor”?

Bland sjukvårdspersonalen växer protesterna mot både politikernas och marknadskrafternas härjningar. Snart är gränsen nådd. Man kan inte längre ta ansvar för verksamheten. I allt från den mest högspecialiserade vården till omsorgen om de gamla kan man (snart) inte längre ge patienterna en anständig behandling. Personalens lösning heter ”mera pengar”, pengar som ingen kan tillföra.

Den svenska sjukvården förefaller ha kommit tillbaka till ”GÅ”, till situationen omkring 1990 då det allmänt talades om Vårdkrisen. Den vårdkris som försvann vid närmare analys och visade sig bestå av hanterliga problem av ungefär samma slag som fanns i alla andra

utvecklade länder. Men nu är den här, på riktigt, krisen i sjukvården. Det är värre nu än då.

Ungefär så ser bilden av svensk sjukvård ut i debatten, kanske inte överallt men på många håll. Frågan är vad som är retorik och stämningar och vad som är realiteter. Det är viktigt att veta när man skall bestämma om framtiden. Den fortsatta utvecklingen är nämligen inte given. Frågan om avvägningen mellan politik, marknad och professionella avgöranden inom sjukvården hör till de stora framtidsfrågorna.

I den här boken vill vi ge vårt bidrag till diskussionerna om vad som bör göras. Vi utgår från de speciella förutsättningar som kännetecknar sjukvården och resonerar kring olika utvecklingsalternativ. Vi bygger på tidigare studier, framför allt de som utförts inom ramen för SNS-projektet "Nya spelregler för hälso- och sjukvården".

Boken är disponerad i ett dussin korta kapitel. I vart och ett sammanfattar vi vad vi anser är väsentligast för bedömning av läget och vad som behöver göras. Självklart gör vi inte anspråk på att sitta inne med hela sanningen eller på att presentera ett komplett reformprogram. Ambitionen sträcker sig till att peka på viktiga fakta och samband och till att anvisa tankemodeller, sätt att tänka på och föra diskussion om de avvägningsfrågor som alltid kommer att finnas i sjukvården: allt ifrån hur mycket som totalt bör satsas på sjukvård av samhällets resurser till hur patientavgifter, läkemedelssubventioner och andra ekonomiska styrmedel kan användas för att styra vårdefterfrågan och vårdutbud. Den som vill läsa mer kommer att finna hänvisningar till framför allt de delstudier som utförts inom projektet.

Vi inleder med att beskriva svensk sjukvård i ekonomiska termer och jämför därvid med andra länder. Vad skiljer och vad förenar oss?

1. Sjukvårdens resurser, kostnader och finansiering

- *Satsar vi mer eller mindre på sjukvård än andra länder?*
- *Är det sant att sjukvårdsresurserna minskar i Sverige – till skillnad från vad som sker i andra länder?*
- *Hur betalar vi för sjukvården? Vilken är den offentliga respektive privata andelen? Hur är det i andra länder?*

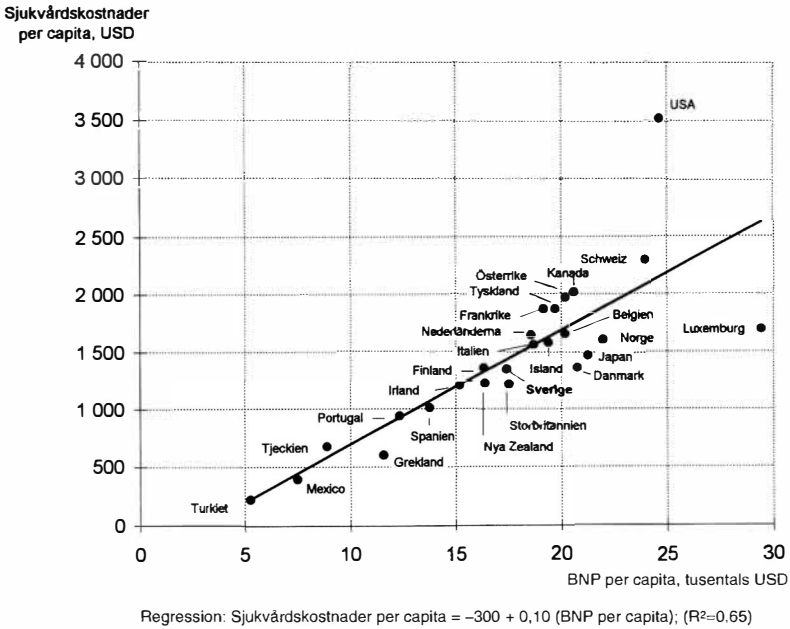
Sjukvårdskostnader i internationell jämförelse

Kostnaderna för hälso- och sjukvården (inklusive tandvård) i Sverige är ca 125 miljarder kronor eller i runda tal 14 000 kronor per invånare. Sjukvårdens resurser ökade i reala termer med ett par procent per år under 1980-talet, men har sedan stagnerat. Sjukvårdskostnaderna uttryckta som andel av bruttonationalprodukten (BNP) ligger strax under 8 procent.

Våra sjukvårdskostnader per capita (=per person) ligger på samma nivå som Danmarks och Finlands. Exempelvis Storbritannien ligger lägre, medan flertalet västländer ligger högre, vilket framgår av figur 1.1. Vi svenskar har emellertid de sjukvårdskostnader som kan förväntas med hänsyn till vår ekonomiska standard. Varken mer eller mindre. Flertalet västländer har numera högre BNP-nivå än vi.

Den internationella jämförelse av sjukvårdskostnaderna i Sverige och andra länder som presenterades 1991 i boken *Sjukvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?* (Arvidsson och Jönsson, red) visade att nivån på sjukvårdskostnaderna var den som kunde förväntas med hänsyn till nivån på bruttonationalprodukten. Detta gällde även 1994. Av figur 1.1 framgår att sjukvårdsutgifterna per person är mycket starkt relaterade till bruttonationalprodukten per person. Sverige ligger precis intill linjen.

Figur 1.1 Sjukvårdskostnader och BNP per invånare 1994, köpkraftspariteter (USD)



Källa: OECD-statistik och egen beräkning.

Som framgår utmärker sig USA genom att ha väsentligt högre kostnader än vad som kan förklaras med landets ekonomi. Förklaringen är emellertid inte "mer sjukvård" utan snarare "extra dyr sjukvård". Beaktas den relativa prisnivån på sjukvårdstjänster i förhållande till prisnivån i stort ligger även USA "på linjen". Att USA har så höga sjukvårdskostnader, 14 procent av BNP jämfört med 7–9 procent i flertalet andra OECD-länder, är alltså i hög grad en fråga om höga relativpriser. Den höga prisnivån på sjukvårdstjänser i USA återspeglar dels en hög betalningsvilja för vårdtjänser, dels att det amerikanska vårdsystemet medger att motsvarande köpkraft kanaliseras till sjukvård. De skattemässiga och andra fördelar som privata sjukförsäkringar är förknippade med är också en viktig förklaring till varför privata försäkringar spelar en så mycket större roll i USA än i andra länder. Om vi enbart ser på konsumtionen av offentligt finansierad vård, spenderar USA ungefär lika stor andel av BNP som Sverige och andra jämförbara länder.

I Japan är situationen den omvända. Sjukvård är där billig i förhållande till den allmänna prisnivån. Luxemburg utmärkte sig 1994 för låga kostnader i förhållande till sin höga BNP-nivå. Den faktiska utgiftsnivån var emellertid ungefär densamma som i grannländerna Belgien och Nederländerna.

Den långsiktiga tendensen inom OECD har varit att sjukvårdskostnaderna ökat både i pengar och som andel av BNP. Se tabell 1.1. År 1980 hade Sverige den högsta BNP-andelen av alla: 9,4 procent mot 9,1 i USA, 8,7 i Irland, 8,4 i Tyskland osv. Sedan dess har BNP-andelen sjunkit i Sverige till strax under genomsnittsnivån.

Tabell 1.1 Totala sjukvårdskostnader som andel av BNP 1980–1995, urval av OECD-länder, procent av BNP

	1980	*1985*	*1990*	*1991*	*1992*	*1993*	*1994*	*1995*
USA	9,1	10,7	12,7	13,5	14,0	14,3	14,3	14,5
Frankrike	7,6	8,5	8,9	9,1	9,4	9,8	9,7	9,9
Österrike	7,9	8,1	8,4	8,5	8,9	9,4	9,7	9,6
Tyskland	8,4	8,7	8,3	9,0	9,3	9,3	9,5	9,6
Schweiz	7,3	8,1	8,4	9,0	9,4	9,5	9,6	–
Kanada	7,3	8,5	9,2	9,9	10,3	10,2	9,8	9,5
Nederländerna	7,9	7,9	8,4	8,6	8,8	9,0	8,8	8,8
Australien	7,3	7,7	8,3	8,6	8,7	8,6	8,5	8,4
Finland	6,5	7,3	8,0	9,1	9,3	8,8	8,3	8,2
Island	6,2	7,3	7,9	8,1	8,2	8,3	8,1	8,1
Belgien	6,6	7,4	7,6	8,0	8,1	8,3	8,2	8,0
Irland	8,7	7,8	6,7	7,0	7,3	7,4	7,9	–
Italien	6,9	7,0	8,1	8,4	8,5	8,6	8,3	7,7
Sverige	*9,4*	*8,9*	*8,6*	*8,4*	*7,6*	*7,6*	*7,7*	*7,7*
Spanien	5,7	5,7	6,9	7,1	7,2	7,3	7,3	7,6
Portugal	5,8	6,3	6,6	7,1	7,2	7,4	7,6	–
Nya Zeeland	7,2	6,4	7,4	7,8	7,8	7,3	7,5	–
Norge	6,1	5,9	6,9	7,2	7,4	7,3	7,3	–
Japan	6,4	6,7	6,0	6,1	6,4	6,6	6,9	7,2
Storbritannien	5,6	5,9	6,0	6,5	7,0	6,9	6,9	6,9
Danmark	6,8	6,3	6,5	6,5	6,7	6,8	6,6	6,5
Luxemburg	6,2	6,1	6,2	6,2	6,3	6,2	5,8	–
Grekland	3,6	4,1	4,3	4,3	4,5	4,6	5,2	–
Turkiet	3,3	2,2	2,9	3,4	2,9	2,6	4,2	–
OECD Europa[1]	6,7	6,8	7,1	7,4	7,6	7,6	7,7	8,2
OECD totalt[1]	6,8	7,1	7,5	7,8	8,0	8,0	8,1	8,6

[1] Ovägt medeltal avseende angivna länder.

Källa: OECD Health Data 1996.

Sjukvårdskostnadernas förändring

Det påstås ofta att Sverige har minskat sjukvårdsutgifterna som andel av BNP mer än flertalet andra länder. Det förefaller också så av statistiken. Den registrerade nedgången är dock till stor del skenbar och beror främst av statistikomläggningar. 1985 omklassificerades omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda till socialtjänst och utbildning, och 1992 överfördes genom den s k Ädelreformen sjukhemmen till kommunernas socialtjänst. Genom denna reform minskade kostnaderna för vad som klassificeras som sjukvård med ca 1,1 procentenheter av BNP. Totalt har statistikomläggningarna minskat sjukvårdskostnadernas andel av BNP med nästan 2 procentenheter. BNP-andelen har således i realiteten minskat mycket lite sedan 1980. Från 1992 till 1993 var andelen oförändrad, 7,6 procent. Detta återspeglar en faktisk minskning av sjukvårdsutgifterna mellan de åren, eftersom BNP samtidigt minskade något. Sedan 1993 har BNP-andelen legat på ca 7,7 procent och BNP har ökat något.

Tabell 1.2 visar olika mått på sjukvårdskostnadernas utveckling 1990–95.

Tabell 1.2 Sjukvårdskostnadernas utveckling 1990–1995

	1990	*1991*	*1992*	*1993*	*1994*	*1995*
Löpande priser, mdr SEK	117	122	109	111	118	125
Fasta priser, mdr SEK	117	118	100	99	104	108
Köpkraftspariteter, mdr USD	12,5	12,2	11,3	11,3	11,9	12,1
Andel av BNP, procent	8,6	8,4	7,6	7,6	7,7	7,7

Källa: OECD-data samt egna beräkningar.

Som framgår har kostnaderna sjunkit i fasta priser. Ädelreformen överförde emellertid ca 14 miljarder i kostnader. Det innebär att de jämförbara sjukvårdskostnaderna i fasta priser faktiskt var något högre 1995 än 1990.

Följande kalkyl illustrerar detta: Ädelreformen motsvarade 1,1 procent av BNP. Om vi lägger till 1,1 procent på andelen 1995 skulle de totala sjukvårdskostnaderna uppgå till 8,8 procent av BNP, dvs 0,2 procentenheter högre än 1990. Den egentliga sjukvårdens andel av BNP minskade således inte från 1990 till 1995. Bruttonationalprodukten i fasta priser minskade under 1991, 1992 och 1993 med

totalt knappt 5 procent. 1994 och 1995 ökade BNP med ungefär 3 procent per år. För perioden som helhet ger det en liten BNP-ökning, ungefär 0,5 procent. Eftersom andelen som går till sjukvården, korrigerat för Ädelreformen, också har ökat så har de totala sjukvårdskostnaderna faktiskt ökat något under perioden, om än mycket lite: mindre än 1 procent i fasta priser.

Hur kan vi då förklara den allmänna bilden av stora neddragningar och besparingar under perioden? För det första var det en faktisk kostnadsminskning under ett par år. Då ökade emellertid produktiviteten, så någon allmänt ökad resursknapphet kände man inte av. När nu kostnadsnivån återställts har samtidigt intäktssidan försvagats med besparingsprogram som följd.

En förmodligen viktigare förklaring till de krisstämningar som finns, inte minst inom sjukhusvården, ligger i att det skett stora omfördelningar mellan olika delar av sjukvården. Den slutna vården har reducerats, främst genom en neddragning av antalet vårdplatser. Däremot har den öppna vården och läkemedelskonsumtionen stigit kraftigt. Besparingarna inom den slutna vården uppfattas också som kraftigare genom att det skett kraftiga personalminskningar, främst vad gäller sjukvårdsbiträden. Denna minskning sammanhänger delvis med minskad sjukfrånvaro och ökad arbetstid för den personal som är kvar. Överföringen av sjukhemsvården och ansvaret för de färdigbehandlade (s k klinikfärdiga) patienterna till kommunerna har också medfört en ökad belastning på akutsjukvården. Vidare har vårdproduktionen på många håll i sjukhussektorn ökat kraftigt under denna tid utan samtidigt tillskott av resurser. Man har presterat mer vård för pengarna. Den ökade produktiviteten har naturligtvis inte tillkommit utan ansträngning.

Det som måste diskuteras är därför inte bara om sjukvården skall ha större totala resurser, utan också om den omfördelning som skett från den slutna vården till öppenvård och läkemedelskonsumtion är rimlig och önskvärd. Den är i huvudsak en följd av politiska beslut att öka primärvården och av utformningen av ersättningssystemen för privata specialister och läkemedel. Blev konsekvenserna de önskade? Finns det anledning att i dag öka den andel av sjukvårdens resurser som går till den slutna akutsjukvården för att kunna bibehålla nuvarande struktur och kapacitet? Eller är det snarare så att en strukturförändring inom givna ramar först bör komma till stånd? Svaren på dessa frågor är av stor betydelse för vilka

åtgärder som behövs. Att enbart fokusera på neddragningarna av personal (eller på minskade intäkter för de sjukhus som betalas med prestationsrelaterad ersättning) i den slutna vården ger en mycket partiell bild av utvecklingen av sjukvårdens kostnader och resurser under 1990-talet.

Vad påverkar sjukvårdskostnaderna?

I en stor ekonometrisk studie för OECD (Bengt Jönsson, Ulf Gerdtham m fl, 1995) analyserades hur olika faktorer bidrar till sjukvårdskostnadernas storlek och utveckling i OECD-länderna. Denna studie visar, liksom tidigare studier, att det är bruttonationalprodukten per invånare, dvs den ekonomiska utvecklingen, som är den viktigaste förklaringsfaktorn.

Vad betyder då ålderssammansättningen? Enligt OECD-rapporten har åldersfaktorn ingen signifikant inverkan. Men vi har ju en äldre befolkning än andra och borde väl därför också ha högre vårdutgifter. Det stämmer att vi har den största andelen 65-åringar och äldre och en något högre medellivslängd än nästan alla andra länder. Något tydligt samband mellan åldersstruktur och sjukvårdskostnader i olika länder finns emellertid inte. (Vad det ökande antalet äldre kan betyda för vården i framtiden behandlas i kapitel 9.)

Nyssnämnda OECD-studie visar att inte heller bakgrundsvariabler som alkoholkonsumtion, kvinnlig förvärvsverksamhet eller arbetslöshet förklarar skillnader i vårdkostnader. Däremot har länder med en större andel rökare högre kostnader.

Samma studie analyserar också hur kostnadsutvecklingen beror av sjukvårdens organisation och finansiering i olika länder. Resultaten är dock svårtolkade, och den som letar efter det "bästa" sjukvårdssystemet med hänsyn till kostnadskontrollen blir besviken. Sjukvårdssystem med primärvårdsläkare som "grindvakter" och en lägre andel sluten vård tycks ha lägre kosnader. Men sjukvårdssystem med hög läkartäthet och som betalar läkarna och sjukhusen med prestationsrelaterade ersättningar ("fee-for-service") har inte högre kostnader och inte heller sjukvårdssystem med högre andel offentlig finansiering.

Den internationella statistiken visar således att skillnader i sjukvårdsutgifter per capita nästan helt förklaras av BNP per capita,

med beaktande av de relativa prisnivåerna. Det är intressant. En möjlig implikation är att storleken på de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna i ett land har mycket lite att göra med politiska prioriteringar på nationell nivå, såvida inte det osannolika gäller att politikerna i skilda länder på samma BNP-nivå medvetet eller omedvetet ger samma relativa prioritet till sjukvården. En annan förklaring skulle kunna vara att det finns någon sorts jämviktspunkt vid varje BNP-nivå kring vilken sjukvårdsutgifterna tenderar att koncentrera sig.

En slutsats skulle kunna vara att vi i OECD-länderna har ungefär den nivå på sjukvårdsutgifterna som vi förtjänar i respektive land. Krav på mer resurser med hänvisning till utgiftsnivåerna i andra länder bör därför granskas noga.

Kostnadskontroll

Sedan slutet av 1980-talet har det ekonomiska problemet för svensk sjukvård inte gällt hur successivt ökade finansiella resurser skulle komma till bästa användning. Bekymren har tvärtom gällt hur vi skall kunna ha råd med vården i framtiden, den vård som befolkningen förväntar sig och anser sig ha rätt till. Man har talat om kostnadskrisen som väntade. Den svenska sjukvårdsmodellen kan kritiseras för mycket. Det är emellertid fullt klart att den är väl förenlig med krav på totalkostnadskontroll. Kostnaderna har visserligen ökat i löpande priser under både 1980-talet och 1990-talet (med korrigeringar gjorda för överföringen av omsorgsverksamheter från landsting till primärkommuner). I fasta priser har ökningen dock varit mycket svag den senaste tioårsperioden. Senare års personalreduceringar har balanserat ökningar i bl a läkemedelskostnaderna. Någon kostnadsexplosion som vissa befarade för en del år sedan har således inte inträffat.

Förmågan att anpassa ”mun till matsäcken” förefaller dock finnas i alla sjukvårdsmodeller. När det verkligen är nödvändigt, och så har varit fallet inte bara i Sverige med sina ekonomiskt mycket dåliga år sedan 1991, finner alla länder medel att begränsa kostnaderna. Utvecklingen i USA kan tyckas jäva detta påstående, men det finns i dag tydliga tecken på att utvecklingen av ”managed care”, med hårdare kostnadskontroll från finansiärernas sida, kommit in i

en fas där kostnaderna pressas tillbaka. Detta underlättas av det faktum att de höga kostnaderna i USA framför allt, som visats ovan, är en konsekvens av höga relativpriser på sjukvård.

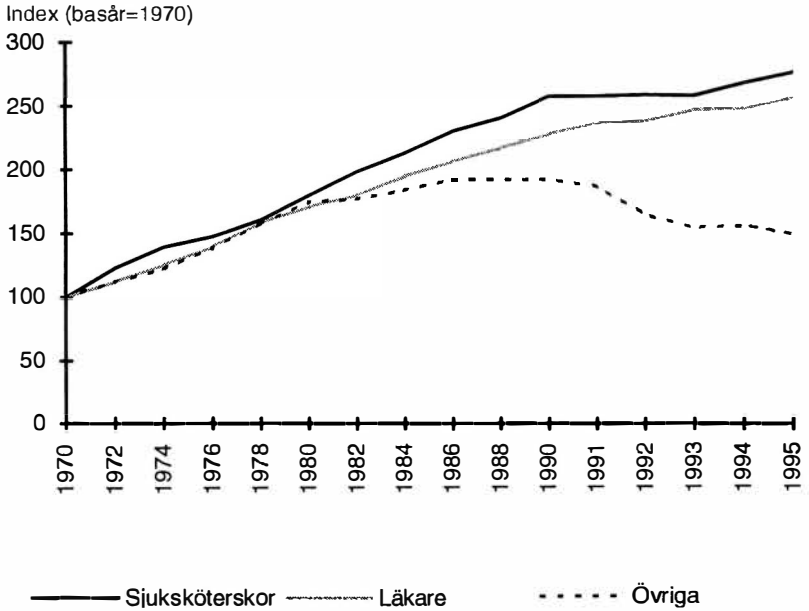
Reala resurser

Att diskutera sjukvårdskostnader uttryckta som BNP-andelar är egentligen ganska ovidkommande om man är intresserad av vårdens faktiska resurser. En minskad BNP-andel behöver varken betyda mindre resurser eller, för den delen, ökad effektivitet. Sjukvård produceras inte av BNP-andelar. Utgiftsmått ger heller inte en bra bild. Högre utgifter kan återspegla både ökade priser och ökad resursanvändning. Sjukvård produceras genom användning av reala – materiella och immateriella – resurser som vårdpersonalens arbetsinsatser, läkemedel, lokaler, utrustning m m. Beträffande alla dessa resurser måste läget i svensk sjukvård bedömas vara mycket gott. (Se *Sjukvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?,* Arvidsson och Jönsson, red, 1991.)

Personalresurser

Det anförs ibland att det råder brist på personal i sjukvården. När det gäller landet som helhet är situationen i korthet följande. Som framgår av figur 1.2 (som är hämtad från Anell och Persson, 1996) mer än fördubblades antalet läkare och sjuksköterskor mellan 1970 och 1990. Mellan 1990 och 1995 har inga stora förändringar skett. Någon minskning har inte ägt rum när det gäller dessa personalkategorier. (1970 hade vi ca 10 000 läkare och 35 000 sjuksköterskor; 1990: 24 000 läkare och 89 000 sjuksköterskor; 1995: 27 000 läkare och 95 000 sjuksköterskor.) Övrig vårdpersonal har först ökat och sedan minskat. (1970: 103 000 personer, 1990: 196 000 och 1995: 150 000.) All sjukvårdspersonal, inklusive de i primärkommunal äldrevård och privat vård ingår. Även om arbetstidsförkortningar, ändrat vårdinnehåll m m givetvis har stor betydelse för tolkningen av innebörden av utvecklingen, kan konstateras att de senaste årens dåliga ekonomi och besparingsprogram inte minskat antalet läkare och sjuksköterskor men däremot övrig vårdpersonal.

Figur 1.2 Antal läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal 1970–1994 (inklusive äldrevård och privat vård)



Källa: Anell och Persson, 1996.

Neddragningarna av antalet undersköterskor, sjukvårdsbiträden och övrig personal har bl a påverkat omsorgskvaliteten, som på en del håll anses ha blivit mycket sämre. Personalminskningen innebär dock inte att arbetsinsatsen reducerats lika mycket; t ex minskade sjukfrånvaron kraftigt. Ökad närvaro innebär ju att färre personer erfordras för att klara bemanningen. En annan förklaring till den registrerade personalminskningen är att en del av denna personals arbetsuppgifter lagts ut på entreprenad.

Flera landsting räknar med avsevärda personalminskningar under de närmaste åren. De torde i huvudsak avse sjukvårdspersonal. Vad dessa personalminskningar, om de realiseras, kommer att innebära för det faktiska vårdarbetet är svårt att bedöma. Det beror dels på vilken kompetens och vilka arbetsinsatser som försvinner, dels på vilket vårdarbete som den kvarvarande personalen kan och vill prestera. Prioriteringar, ledarskap och incitament kommer att vara avgörande för vilka konsekvenserna blir. Möjligheterna till

fortsatta förbättringar av både produktivitet och kvalitet är stora. Samtidigt ökar dock krav och förväntningar, och det är inte givet att effektivitetsvinster skall tas ut i form av lägre kostnader. Det är lika rimligt att överväga om de skall tas ut i form av mer och bättre vård. För övrigt finns det inget entydigt samband mellan antal anställda och totalkostnaderna. Dessa kan mycket väl öka trots personalminskningar, om den personal som är kvar arbetar mera och effektivare och därmed också får högre lön.

Jämfört med andra länder har vi gott om personalresurser i sjukvården. Sverige ligger relativt högt när det gäller läkartäthet: ca 3 läkare per 1 000 invånare 1994. I Europa ligger Grekland och Spanien högst med ca 4 läkare per 1 000 invånare. En direkt jämförelse med länder i Sydeuropa är dock missvisande eftersom antalet sjuksköterskor samtidigt är litet. Det är mera relevant att jämföra med länder i Nordeuropa. Då framgår att Norge och Tyskland ligger strax över vår nivå samt Danmark och Finland strax under. Storbritannien ligger på ungefär halva vår nivå. Australien, Japan, Kanada, Nya Zeeland och USA ligger alla i intervallet 1,8–2,5 läkare per 1 000 invånare. Beträffande sjuksköterskor ligger Sverige högt: ungefär 9 sjuksköterskor per 1 000 invånare 1994, vilket är ungefär 30 procent högre än vad som gäller i Danmark och USA och dubbelt så högt jämfört med Storbritannien.

När det gäller tillgången till kvalificerad vårdpersonal ligger alltså Sverige internationellt sett bra till, också med korrigering för deltidsarbete. Även med de reduceringar som förutses i landstingen kommer vi att ha en relativt sett hög personaltäthet, jämfört med situationen i dag i flertalet andra länder.

Personalantalsmått säger emellertid mer om resurspotentialen än om den faktiska resursinsatsen. Ett visst antal läkare kan utföra fler eller färre läkartimmar, läkartimmarna kan användas till mer eller mindre viktiga arbetsuppgifter, och dessa kan utföras mer eller mindre väl. Det slutliga utbytet, dvs effekterna och nyttan, av personalresurserna påverkas i hög grad av sättet att prioritera, av professionella normer, incitament att arbeta mycket och att arbeta väl m m. Finns det personalbrist i svensk sjukvård beror den snarare på brister i dessa avseenden än på att antalet anställda är litet.

Behovet av arbetsinsatser inom den renodlade sjukvården beror på många faktorer av vilka den medicinsk-teknologiska utvecklingen är den sannolikt viktigaste framöver. I äldreomsorgen betyder

demografiska förändringar mest. Vår bedömning är att det knappast kommer att råda personalbrist i sjukvården framöver, vilket inte utesluter brist på vissa slag av specialister. Inom omsorgen kan det däremot bli allt mera problematiskt att finansiera anställning av all den personal som man bedömer behövas. Detta överensstämmer med slutsatserna i Anell och Persson (1996).

Ökad effektivitet och produktivitet i sjukvården är en samhällsekonomisk vinst men reducerar inte nödvändigtvis kostnaderna. I professionellt styrda verksamheter utan direkt betalande kunder finns det en inneboende tendens att effektivitetsförbättringar tas ut i ökad kvantitet och kvalitet i produktionen eller i ökade ersättningar till producenterna. I Sverige har hittills det förstnämnda varit fallet. Kraven på löneökningar i sjukvården kan emellertid förväntas bli stora i framtiden om reallönerna fortsätter att öka inom den privata sektorn och kan naturligtvis också motiveras med produktivitetsökningarna. Till detta kommer effekten av att relativlönerna för läkare och sjuksköterskor långsiktigt dels påverkas av lönerna i andra länder, dels måste följa löneutvecklingen för kvalificerad personal inom övriga delar av arbetsmarknaden. Detta talar för ökade relativpriser på sjukvård. I motsatt riktning verkar den svaga betalningsförmågan hos vårdens finansiärer, där skuldsanering och ökad konkurrens om skattemedlen begränsar tillväxten i sjukvårdens offentliga finansiering.

Betyder högre kostnader mer och bättre vård?

Det kan till sist behöva understrykas att det föreligger ett komplicerat samband mellan vårdens kostnader och dess effekter. Det är inte så enkelt att högre kostnader betyder bättre effekter eller, för den delen, att låga vårdkostnader tyder på hög effektivitet.

Vad som sker i kedjan kostnader➔resurser➔vård➔effekter är inte givet. Vilka reala resurser man får ut av kostnaderna beror bl a på resurspriserna och på vad de finansiella resurserna används till: löner, läkemedel, lokaler, utrustning osv. Vad resurserna avkastar i form av vårdprestationer beror på effektiviteten i resursanvändningen. Vilken nytta vårdprestationerna i sin tur leder till beror på vilka effekter de har för patienterna och folkhälsan. Alla dessa steg i processen kan i hög grad påverkas.

Under senare år (särskilt 1992 och 1993) har produktivititeten, dvs prestationerna i förhållande till resursinsatsen, ökat påtagligt i sjukvården, och särskilt i sjukhusvården. Det förefaller framför allt ha skett genom bättre organisation av vårdarbetet samt restriktivare provtagningar och dylikt. Tydligare ekonomiskt ansvar i kombination med nya betalningsformer har bidragit till detta. (Se t ex Anell, *Sjukhusens kontrakt*, 1994, samt utvärderingar av bl a den s k Stockholmsmodellen.) Däremot har strävanden att nå effektivare resursutnyttjande genom bättre samspel mellan olika vårdnivåer och arbete i patientflöden ännu inte fått genomslag på bred front.

Hur sambanden mellan vård och effekter utvecklats är svårt att avgöra. Det står dock klart, bl a genom utvärderingar av medicinsk metodik och jämförande studier av vårdgivares behandlings- och läkemedelsförskrivningsmönster, att en inte obetydlig del av vårdinsatserna har ingen eller ringa medicinsk effekt.

Vår bedömning är därför att det vid dagens kostnadsnivå finns en avsevärd potential för både mer och bättre vård, en potential som kan utnyttjas för att kompensera för minskade finansiella resurser till vården. Svensk sjukvård har på senare år varit bra på att ge ”mer vård för pengarna”. Det finns goda möjligheter att även vara framgångsrik i att ge ”lika bra vård för mindre pengar”. Om detta räcker för att motsvara anspråken på sjukvården i framtiden beror både på hur potentialen utnyttjas och på vilka anspråken kommer att vara. Vi instämmer i mångas bedömning att anspråken på och kostnaderna för sjukvården kommer att öka på sikt, men vi är samtidigt övertygade om att ”mer pengar” inte är vad som just nu är viktigast för sjukvården. Till denna fråga återkommer vi i kapitel 3.

Finansiering

När det gäller relationen mellan offentlig och privat finansiering av sjukvården ligger Sverige bland de länder som har störst offentlig andel. Vi ligger över genomsnittet i OECD men inte högst. 1994 var den offentliga andelen 83 procent, vilket är lägre än de ca 90 procent som gällde från mitten av 1970-talet fram till början av 1990-talet. Se tabell 1.3.

Tabell 1.3 Offentlig andel av totala sjukvårdskostnader 1980–1995, procent

	1980	*1985*	*1990*	*1994*	*1995*
Luxemburg	92,8	89,2	98,5	–	–
Norge	98,4	96,5	94,5	94,5	–
Belgien	83,4	81,8	88,9	87,9	87,8
Storbritannien	89,4	85,8	84,1	84,1	–
Island	88,2	87,0	86,8	84,0	84,1
Sverige	*92,5*	*90,2*	*89,7*	*83,4*	–
Danmark	85,2	84,4	82,3	83,0	–
Japan	71,3	70,7	77,1	79,1	–
Frankrike	78,8	76,9	74,5	78,4	78,4
Spanien	79,9	81,1	78,7	78,6	78,2
Nederländerna	74,7	75,1	72,4	77,6	77,5
Nya Zeeland	83,6	86,3	82,2	76,9	–
Irland	82,2	77,4	74,7	76,0	–
Grekland	82,2	81,0	84,2	–	–
Finland	79,0	78,6	80,9	75,2	–
Tyskland	75,0	73,6	71,8	73,5	73,5
Kanada	75,1	75,1	74,6	71,8	–
Schweiz	67,5	66,1	68,4	71,8	–
Italien	80,4	77,1	78,1	70,6	70,0
Australien	62,9	71,7	68,1	68,5	–
Österrike	68,8	66,7	66,1	63,4	–
Turkiet	27,3	50,2	35,6	58,1	–
Portugal	64,3	54,6	54,6	55,8	56,0
USA[1]	42,4	40,7	40,8	44,3	48,4
OECD Europa	78,4	77,5	77,1	76,2[2]	–
OECD totalt	76,1	75,7	75,3	74,4[2]	–

[1] Värdena för USA är underskattade eftersom effekten av skatteavdrag för arbetsgivaravgifter till sjukvårdsförsäkringar inte ingår. Detta torde höja den uppskattade BNP-andelen på senare år med 8–9 procentenheter.
[2] Ovägt medeltal, exklusive Grekland och Luxemburg.

Källa: OECD Health Data.

Privat försäkringsfinansiering är nästan försumbar i Sverige. Det handlade 1994 om några promille av de totala sjukvårdskostnaderna och ett par procent av de privata sjukvårdskostnaderna. (Se Rehnberg och Garpenby, *Privata aktörer i svensk sjukvård*, 1995, s 103.) I början av decenniet fanns på sina håll stora förväntningar om en växande privat försäkringsmarknad. Det gällde främst komplette-

rande försäkringar för personer som själva eller vilkas arbetsgivare inte accepterade väntetider i vårdköer eller ville kunna välja vård i privata kliniker. I takt med produktivitetsförbättringar i den offentliga vården försvann en del av underlaget för sådana försäkringar. För flertalet bolag har antalet försäkringstagare varit oförändrat sedan 1992. Marknaden stagnerade då efter flera år av kraftig ökning. Ett undantag under de senaste åren är det franska UAP som efter att ha introducerat gruppförsäkringar till ett antal företag nästan fördubblat antalet försäkringstagare. Se tabell 1.4.

Tabell 1.4 Utvecklingen av antalet försäkringstagare med privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige 1981–1995/96

	1981	*1985*	*1988*	*1990*	*1991*	*1992*	*1993*	*1994*	*1995/96*	*Andel i procent*
Skandia	–	2 000	6 040	14 860	18 720	19 840	18 360	18 300	20 000	43
WASA	–	–	850	1 800	4 100	8 830	8 640	9 800	9 000	19
Trygg-Hansa	–	–	3 500	5 000	5 500	6 000	6 000	6 000	6 000	13
UAP	25	200	500	1 200	4 000*	4 700	5 100	5 400	11 000	23
Övriga	–	–	–	–	100	550	550	500	1 000	2
Samtliga	25	2 200	10 890	22 860	32 420	39 920	38 650	40 000	47 000	100

*Från år 1991 ingår kollektiva försäkringar som endast UAP har introducerat.

Källa: Rehnberg och Garpenby (1995) för 1981–1994; uppgifter från respektive försäkringsbolag för 1995/96.

Inom branschen är man beredd på en ökning av försäljningen de kommande åren. Den främsta anledningen anses vara besparingarna i den offentliga vården och den därmed försämrade tillgängligheten med ökade väntetider m m. Intresset för privata, kompletterande vårdförsäkringar har alltså väckts på nytt.

Idéer om att sjukvårdsfinansieringen i stort skulle läggas ut på konkurrerande, privata försäkringsgivare har också funnits, men har knappast någon reell aktualitet. Förebilder finns förvisso utomlands. I Västeuropa finns försäkringsbaserade system i Beneluxländerna, Frankrike, Schweiz, Tyskland och Österrike, medan skattefinansiering dominerar i Norden, Irland, Storbritannien och medelhavsländerna. I praktiken är emellertid även de försäkringsbaserade systemen i huvudsak offentligt finansierade och närmast av

socialförsäkringskaraktär. Försök med konkurrerande försäkringsgivare i Nederländerna har avbrutits – på initiativ av försäkringsgivarna.

När det gäller direkta patientavgifter ligger Sverige snarast högt vid en internationell jämförelse. Så har t ex Tyskland och Kanada och även Danmark lägre patientavgifter. Frågan om på vilken nivå patientavgifter för sjukvård respektive läkemedel och tandvård bör ligga har analyserats i tidigare SNS-skrifter (Söderström, *Hur skall sjukvården betalas?*, 1991; Söderström," A Case for Patient Charges?" Occasional paper No 43, 1993; Gerdtham och Jönsson, *Läkemedelsförmånen*, 1993; respektive Jönsson och Karlsson, *Tandvården – en ekonomisk analys*, 1994). Enligt dessa studier kunde patientavgifter på högre nivåer än tidigare motiveras av effektivitetsvinster. De höjningar som nyligen skett av patientavgifterna för läkarvård och läkemedel har sannolikt inspirerats av analyserna i SNS-studierna. Reformerna har varit välmotiverade och i huvudsak inneburit rimliga konstruktioner av subventioner och högkostnadsskydd. Det är viktigt att reformerna följs upp så att icke avsedda styreffekter tidigt uppmärksammas.

Patientavgifter kan och bör utnyttjas för att styra vårdefterfrågan till kostnadseffektiva vårdformer och för att stimulera förebyggande insatser. De har dock en mycket begränsad roll som finansieringskälla för sjukvården. Den ojämna fördelningen mellan individer av vårdbehov och vårdkostnader sätter en gräns för hur stor andel av kostnaderna som kan betalas av patienterna i direkt samband med vårdkonsumtionen. Däremot kan man tänka sig system för omfördelning av utgifter över tiden, "hälso- och sjukvårdskonton", som skulle kunna reducera den andel av sjukvårdskostnaderna som betalas kollektivt via skatter eller obligatoriska försäkringsavgifter. Om ett sådant "sparande" är praktiskt och politiskt genomförbart är det för tidigt att uttala sig om.

2. *Sjukvårdens organisation: Privat eller offentlig produktion?*

- *Är vårdproduktionen i Sverige organiserad som i andra länder?*
- *Vilken kombination av privata och offentliga vårdgivare har vi och andra?*
- *Hur bör offentlig och privat vård samspela?*

Offentlig vård dominerar

Det som särskilt utmärker svensk sjukvård i internationell jämförelse är att den i så hög grad domineras av offentliga vårdgivare. (Utförliga jämförelser finns i Arvidsson och Jönsson, red, *Sjukvård i andra länder*, 1991, och i Rehnberg och Garpenby, *Privata aktörer i svensk sjukvård*, 1995.) Över tre fjärdedelar av de totala sjukvårdsutgifterna spenderas i den offentliga vården. Offentlig vård kan omhänderhas av statliga, regionala eller lokala organ i olika konstellationer. I Sverige dominerar landstingen totalt, både som finansiärer och vårdproducenter.

Den integrerade landstingsmodellen, i vilken parallella, geografiskt avgränsade, politiskt styrda organisationer har hand om såväl totalekonomin som huvuddelen av både öppen och sluten vård, är specifikt svensk. Alternativa modeller har studerats av bl a den statliga hälso- och sjukvårdsutredningen HSU 2000. Ett alternativ byggde på en nationell vårdförsäkring med vården utförd av fristående offentliga eller privata vårdgivare. Enligt en annan modell skulle en kommunanknuten primärvård förfoga över en samlad sjukvårdsbudget för invånarna. De vårdtjänster man inte själv tillhandahöll kunde köpas från sjukhus och specialistkliniker. Förebilder till dessa modeller finns i andra länder. Något uppbrott från landstingsmodellen är dock inte sannolikt på kort sikt. Nu aktuella reformer bygger på att landstingen består.

Vården i andra länder

Det är svårt att generellt och mer kortfattat än i nyssnämnda böcker jämföra Sverige med andra länder, eftersom sättet att organisera och finansiera sjukvården skiljer sig kraftigt åt mellan länderna. Tabell 2.1 visar en översiktlig karaktäristik av sjukvården i olika länder. Beskrivningen är grov men ger en bild av hur det förhåller sig i viktiga avseenden: andel patientavgifter, andel offentligt ägda vårdplatser, betalning efter prestation respektive enligt kapitation (dvs per ansluten person), läkares inkomstslag (lön eller näringsinkomst) samt förekomst av "grindvakt" i primärvården (i princip detsamma som remisstvång).

Tabell 2.1 Sjukvårdskaraktäristika, ett urval länder 1991

Land	*Andel egenbetalning, procent*	*Andel offentliga vårdplatser, procent*	*Betalning efter prestation*[1]	*Betalning efter kapitation*[1]	*Läkarersättning med fast lön*[1]	*"Grindvakt i primärvården"*[1]
Australien	30	60	1	0	0	0
Belgien	14	45	1	0	0	0
Danmark	15	100	0	1	0	1
Finland	18	96	0	0	1	0
Frankrike	19	65	1	0	0	0
Italien	25	80	0	1	0	1
Japan	13	32	1	0	0	0
Kanada	18	98	1	0	0	1
Nederländerna	29	55	0	1	0	1
Norge	10	100	1	0	0	1
Nya Zeeland	2	65	1	0	0	1
Schweiz	9	80	1	0	0	0
Spanien	10	70	0	0,4	0,6	1
Storbritannien	7	93	0	1	0	1
Sverige	*6*	*92*	*0*	*0*	*1*	*0*
Tyskland	8	50	1	0	0	1
USA	25	19	1	0	0	0
Österrike	16	70	1	0	0	1

[1] 1 = Ja 0=Nej

Källa: Jönsson, Gerdtham m fl, 1995.

I svensk sjukvård utförs alltså den största delen av vården i offentligt ägda institutioner. Som visas i tabellen är andelen privata vård-

platser låg, liksom för övrigt i alla nordiska länder. Andelen privat verksamma läkare är också låg. I tabellen återspeglas detta i att endast en liten del av vården sker enligt ersättning för prestation (fee-for-service), vilket är en vanlig ersättningsform för privata vårdgivare. Undantag finns dock, t ex Storbritannien där primärvårdsläkaren (GP) ersätts per patient (kapitation). Primärvården har varit relativt svag i Sverige och något krav på remisstvång för vård vid sjukhusens öppna specialistmottagningar har i princip ej funnits. Under hösten 1996 beslutade emellertid fem landsting om krav på remiss för besök hos specialist. Ytterligare tre införde remisskrav fr o m 1997. Sverige närmar sig därigenom bl a Storbritannien, där en remiss fordras för besök hos specialist.

Genom införandet av husläkarreformen 1994 har Sverige blivit mer likt länder som Danmark, Nederländerna och Storbritannien där medborgaren kan välja en husläkare som ersätts efter antalet patienter plus ersättning för vissa speciella tjänster. Svenskarna går till läkare något oftare än tidigare, i genomsnitt två–tre gånger per år varav ca hälften i primärvården. Det är ungefär hälften av genomsnittet i Västeuropa och avsevärt lägre än frekvensen i Tyskland med ca tolv besök per invånare och år. Där ersätts läkaren per besök och vidtagna åtgärder.

Jämfört med flertalet andra västeuropeiska länder har vi färre vårdplatser per 1000 invånare, men fler än t ex Danmark, Spanien och Storbritannien. Vi har också relativt korta medelvårdtider.

Den svenska sjukvårdens organisation uppvisar alltså såväl likheter som olikheter med den i andra länder. Även i andra länder sker stora förändringar, varför dessa likheter och olikheter varierar över tiden. Som exempel kan nämnas NHS (National Health Service) i Storbritannien som varit en starkt centraliserad verksamhet och nu är regionaliserad. Sjukvårdsdistrikt och primärvårdsläkare agerar som köpare av vård och fristående sjukhus (trusts) svarar för huvuddelen av vårdutbudet. Reformeringen av NHS har varit en viktig inspirationskälla till det svenska husläkarsystemet. Skillnader finns dock. I Storbritannien finns inga patientavgifter i primärvården som i Sverige och svenska husläkare har ingen budget för köp av vård eller något ansvar för läkemedelsbudgeten. Införandet i Storbritannien av systemet att primärvårdsläkaren har en budget för köp av specialistvård för patienterna (s k GP fund-holding) underlättades av att systemet med husläkare sedan länge fanns eta-

blerat. I Sverige kan vi förvänta att överförandet av ansvaret för läkemedelskostnaderna till landstingen kommer att innebära att primärvårdsläkarna får ett större ekonomiskt ansvar för läkemedelskostnaderna. Om det kommer att ske i form av faktiska budgetar eller ”indikativa”, som i Storbritannien, återstår att se.

Strukturen är inte allt

Det finns många internationella, jämförande studier av sjukvård. Det samlade resultatet är att det inte finns ett sätt att organisera sjukvården som är bättre än andra. Sjukvården är ett komplicerat medicinskt, ekonomiskt och politiskt system där utfallet i form av vårdresultat och kostnader bestäms av många samverkande faktorer. Flera av de problem vi ser i den svenska sjukvården bottnar i brister i organisationsstrukturen, men långt ifrån alla. (Samtal med många insiktsfulla personer verksamma i vården pekar på att det främst handlar om ledningsproblem, dvs om otydligt, svagt, inkonsekvent eller oansvarigt ledarskap. Förutsättningarna för en effektiv ledning och styrning – management – bestäms i hög grad av organisationen, men dåligt management kan finnas i alla system.) Strukturproblem finns på flera nivåer, allt ifrån den nationella ner till den enskilda kliniken. Även om stora förändringar på den övergripande nivån inte kommer att ske finns mycket att göra. Vi kommer att peka på flera områden i de följande kapitlen. Det ”stora systemskiftet” är för övrigt orealistiskt. Erfarenheten säger att reformer inom sjukvården sker stegvis. Det är endast undantagsvis som större, genomgripande reformer är påkallade och möjliga. Där är vi inte (än)nu.

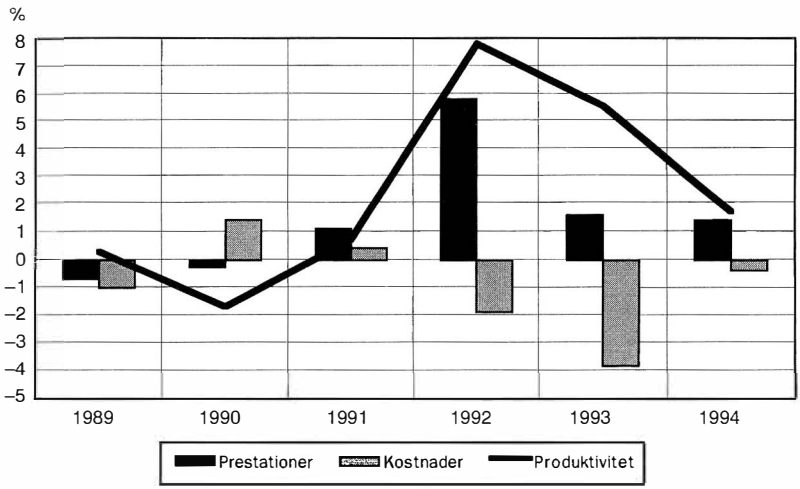
Vårdproduktionen i Sverige

Vi visade i kapitel 1 att sjukvårdens resurser inte ökat påtagligt under 1990-talet. Ändå har sjukvårdsproduktionen ökat i stora delar av sjukvården och på en del håll ökat kraftigt. Ett annat sätt att uttrycka detta är att produktiviteten har ökat. Det har blivit mer vård för pengarna. Studier publicerade av Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) visade på fallande produktivitet i

sjukvården under 1970- och 1980-talen (Ds Fi 1985:3 och 1994:22). Då ökade kostnaderna snabbare än prestationerna. På 1990-talet har hittills prestationerna ökat men inte kostnaderna.

Enligt beräkningar av Landstingsförbundet (*Landstingens ekonomi*, augusti 1995) ökade den totala hälso- och sjukvårdens produktivitet med ca 3 procent vardera åren 1992 och 1993. (Man mätte prestationerna – intagningar, vårddagar, operationer, läkarbesök m m – och relaterade sedan dessa till kostnaderna.) Stora förändringar i bl a primärvården, Ädelreformen m m gjorde emellertid totalberäkningarna osäkra. Prestations-, kostnads- och produktivitetsutvecklingen 1992–1994 inom läns- och regionsjukvården, vilken svarar för ca 80 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader, undersöktes därför särskilt. Inom denna ökade prestationerna, och kostnaderna sjönk, med en kraftig produktivitetsutveckling som resultat. Se figur 2.1. Det var dock stora skillnader mellan landstingen.

Figur 2.1 Prestations-, kostnads- och produktivitetsutvecklingen i läns- och regionsjukvården 1989–1994. Procentuell förändring jämfört med föregående år



Källa: Landstingsförbundet, 1995.

Under 1992 infördes kraftiga incitament att öka prestationerna: vårdgarantin, kommunalt betalningsansvar för färdigbehandlade äldre patienter, prestationsersättning m m. Enligt studier av bl a

Ernst Jonsson vid IKE, Stockholms universitet, uppmättes den starkaste produktivitetsökningen i landsting som infört interna vårdmarknader, men även de med traditionell ekonomistyrning, via budgetar m m, visade ökad produktivitet (Jonsson, 1993).

Privat och offentlig vård

En central aspekt på sjukvården som ekonomiskt system är distinktionen mellan finansiering och produktion och vilken roll offentliga respektive privata aktörer har när det gäller dessa två funktioner. Den svenska sjukvården kännetecknas av stor dominans för kombinationen offentlig finansiering och offentlig produktion. Dock finansieras en del av den offentliga produktionen privat, av patientavgifter, och huvuddelen av den privata sjukvården finansieras av offentliga medel. Argumenten för offentlig finansiering och offentlig produktion är dock helt olika, och en stor del av förvirringen i debatten kring sjukvården beror på att man inte gör denna distinktion. Argumenten för offentlig finansiering hänger främst samman med vårdens tillgänglighet, dvs argument rörande folkhälsa och vård på lika villkor. Argumenten för offentlig respektive privat produktion måste sökas i den effektivitet med vilken tjänsterna kan produceras.

Den privata vårdsektorns roll i svensk sjukvård har i SNS-projektet belysts i studien av Rehnberg och Garpenby (1995). En mer aktuell beskrivning och analys finns i utredningen *Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer* (SOU 1996:91). Den pri-

Tabell 2.2 Sjukvårdskonsumtionen i Sverige 1993, miljoner kr

Finansiering		*Produktion*	
Landsting och stat	73 820	Offentlig sjukvård och tandvård	77 881
– därav staten	(5 836)	– därav sjukvård	(ca 73 750)
Socialförsäkringen	14 151	– därav tandvård	(ca 4 130)
		Privatläkare och tandläkare	11 055
Patientavgifter	17 910	Läkemedel	13 815
		Diverse sjukvårdsmaterial	3 130
Totalt	105 881	Totalt	105 881

Källa: Nationalräkenskaperna 1996.

vat tillhandahållna sjukvårdsproduktionen omfattar drygt 20 procent av de totala sjukvårdsutgifterna. Då ingår privata vårdproducenter, läkemedel, glasögon och andra sjukvårdsartiklar. Se tabell 2.2.

Den privata vårdens omfattning

Ungefär hälften av den privata vården finansieras via den offentliga sektorn. Den privata finansieringen avser främst patientavgifter hos privatpraktiserande läkare och tandläkare. I fortsättningen i detta kapitel behandlas enbart privat vård hos läkare och sjukgymnaster. Läkemedel och tandvård tas upp i kapitel 7 respektive 8.

Den totala ersättningen till privata vårdgivare uppgår till ca 3 miljarder kronor varav drygt en halv miljard i patientavgifter. 1995 uppgick läkarvårdsersättningen till 2,1 miljarder kronor, varav ungefär 400 miljoner utgjordes av patientavgifter. Den totala ersättningen för privat sjukgymnastik var knappt en miljard kronor, varav 160 miljoner kronor var patientavgifter.

Även om privatvården ökat i omfattning under senare år så är verksamheten ur kvantitativ synvinkel av blygsam omfattning. Detta visar sig också i andelen privat verksamma läkare: Av närmare 30 000 läkare var ca 2 000 verksamma som privatläkare under 1995. Antalet varierar starkt mellan länen. 1995 fanns det i Stockholms län 54 privatläkare per 100 000 invånare, i Kalmar, Västernorrland och Västerbotten vardera 5. Samma år fanns det ca 10 000 legitimerade sjukgymnaster i Sverige, varav 2 300 var privatpraktiserande och 1 300 privat anställda (SOU 1996:91).

Antalet privata vårdgivare ökade mellan 1993 och 1995. Nettotillskottet av privatläkare var 221 (12 procent) och av sjukgymnaster drygt 600 (36 procent). Samtidigt minskade antalet besök per vårdgivare för både läkare (14 procent) och sjukgymnaster (18 procent). Totalt gjordes 1995 fyra miljoner besök hos privatläkare (–4 procent jämfört med 1993) och 4,6 miljoner besök hos privat verksamma sjukgymnaster (+8 procent).

Den 1 juli 1994 infördes ett nytt ersättningssystem med en ny taxa, ersättningstak och högre arvoden. Dessa förändringar bedöms ha bidragit till ersättningsökningar med 25–35 procent för läkare och sannolikt något högre för sjukgymnaster. Landstingens kostna-

der, dvs totalkostnaderna för privatvård minus patientavgifter, ökade kraftigt mellan 1993 och 1995 (med 44 procent), men avsevärt mindre än väntat. Landstingsförbundets prognos för 1995 var i mars samma år en kostnad på 3 miljarder kronor. Utfallet blev 2,5 miljarder kronor. Allt enligt SOU 1996:91. Det är ännu oklart om kostnadsökningen och produktivitetsminskningen (mätt som antalet besök per vårdgivare) vägs upp av de kvalitetsförbättringar som var ett av syftena med reformen.

Ett annat mått på den privata vårdens omfattning är andelen privata slutenvårdsplatser. Av tabell 2.3 framgår att Sverige (och Finland) år 1990 hade en internationellt sett låg andel. Det framgår också att en stor del av de privata vårdplatserna i andra länder finns i icke vinstinriktade institutioner. (Se vidare Rehnberg och Garpenby, 1995, s 27ff.)

Tabell 2.3 Andelen privata slutenvårdsplatser fördelade mellan vinstinriktade och ej vinstinriktade institutioner 1990

Land	*Ej vinst-inriktade*		*Vinst-inriktade*	*Totalt*
Australien	4,7		34,4	39,1
Finland		4,7		4,7
Frankrike	15,7		19,3	35,0
Grekland		30,0		30,0
Japan		67,3		67,3
Nya Zeeland		35,5		35,5
Portugal	13,7		3,3	17,0
Spanien	13,6		15,7	29,3
Sverige		*6,8*		*6,8*
Tyskland		50,2		50,2
USA	70,7		10,9	81,6

Källa: Rehnberg och Garpenby, 1995.

Vad händer med den privata vården?

Den privata sjukvårdssektorns framtid är i hög grad oviss. I de ursprungliga direktiven till HSU 2000 angavs att "etableringsfrihet successivt skall införas och konkurrensen mellan olika alternativ därmed öka". Etableringsfrihet infördes också under den senaste borgerliga regeringsperioden. Problemen att förena kostnadskon-

troll och etableringsfrihet när finansieringen sker av tredje part är dock betydande. Det är också svårt att förena etableringsfrihet med den modell för sjukvårdsfinansiering som valts, dvs att i princip alla resurser skall slussas via landstingen.

Etableringsfriheten har numera upphävts för den som vill ha ersättning från det offentliga. Det krävs vårdavtal med respektive landsting. Privata vårdgivare som är beroende av offentlig finansiering är således i praktiken en form av underleverantörer till landstingen. Hur landstingen sköter upphandlingsfunktionen är därför helt avgörande för privatvården. Helt privat sjukvård, dvs sådan som baseras på avtal mellan privata vårdförsäkringsgivare och privata vårdgivare, är en marginell företeelse (men kan givetvis betyda mycket för vissa individer).

Konkurrens och/eller samverkan?

En särskild samverkansdelegation har tillsatts av regeringen för att undersöka och stödja samverkan mellan det offentliga sjukvårdssystemet och privata vårdgivare. Numera är det samarbete och samverkan som är honnörsorden, inte konkurrens. Samtidigt är det klart att en konkurrens alltid kommer att finnas i ett vårdsystem med begränsade resurser och flera potentiella vårdgivare. Konkurrens, liksom samverkan, har både fördelar och nackdelar. (Se Arvidsson och Jönsson, red, *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*, 1991, och Ernst Jonsson, *Konkurrens inom sjukvården. Vad säger forskningen om effekterna?*, Spri 1993.) Det reella problemet gäller hur man, beroende på de lokala förutsättningarna, skall finna en god avvägning mellan konkurrens *och* samverkan. Att konkurrens och samverkan inte utesluter varandra finns det många exempel på, även inom svensk sjukvård.

En nödvändig (men inte tillräcklig) förutsättning för reell konkurrens mellan privata och offentliga vårdgivare är att en separering av finansiering och produktion kommer till stånd. Konkurrensen kan då innebära att olika vårdgivare konkurrerar om "kontrakt" med finansiärerna. Samtidigt kan dessa med patienternas bästa och de ekonomiska betingelserna för ögonen arrangera ett effektivt samspel mellan olika vårdgivare, det som numera brukar kallas "managed care". Sådan konkurrens *om* en marknad gäller alltså

kontrakt avseende framtida vårdprestationer till skillnad från konkurrens *på* en marknad, där olika producenter löpande bjuder ut sina tjänster. För stora delar av sjukvården är den förstnämnda typen av konkurrens den mest realistiska. (I kapitel 4 återkommer vi till frågor som rör användning av marknadsmekanismer i sjukvården inklusive beställar/utförarmodeller.)

Att privat vård inom vissa sektorer hävdar sig mycket väl jämfört med offentlig vård framgår av jämförelser av privat och offentlig vuxentandvård (se *Tandvården – en ekonomisk analys*, Jönsson och Karlsson, 1994) och – helt nyligen – av specialistvård i Stockholmsområdet (Svalander och Lindqvist, 1996).

Den viktigaste åtgärden om man vill åstadkomma en mer "hälsosam" konkurrens mellan offentliga och privata vårdgivare är att utveckla ett ersättningssystem för den öppna specialistvården som tillgodoser tre krav: konkurrens på lika villkor, incitament till effektivitet och kostnadskontroll. Det s k DRG-systemet för den slutna vården, enligt vilket ersättningen kopplas till diagnosen, kan vara en förebild. Den amerikanska RBRVS-modellen (resource based relative value scale) är en annan. Den diskuteras nu i Sverige (SOU 1996:91, kap 7 och 12). Erfarenheterna av de täta förändringarna av ersättningssystemen i delar av sjukvården talar för att ett fjärde krav också måste tillgodoses: stabilitet och förutsägbarhet.

Landstingen och privatvården

I den situation som råder i dag är det således landstingen som har det avgörande inflytandet över de privata aktörernas framtid. Det är svårt att förutsäga vilken strategi de väljer. Det är naturligtvis möjligt att inom landstingsmodellens ram åstadkomma en klar separation av finansiering och produktion. Det fordrar dock att vårdgivarna inom landstinget ges en självständigare ställning och får tävla om kontrakt på samma villkor som andra vårdgivare. I framför allt storstadsregionerna finns ekonomiska förutsättningar för en sådan utveckling. I glesbygden är förutsättningarna för parallella vårdutbud givetvis begränsade. Det behöver inte utesluta kontrakt med privata vårdgivare, men upphandlingssituationen blir givetvis annorlunda. Exempelvis kan privata läkare driva offentligt ägda vårdcentraler med managementavtal. (Entreprenadupphand-

ling i primärvården behandlas i Socialstyrelsens rapport "Den planerade marknaden", 1996.)

Med nuvarande roll för landstingen som i praktiken enda vårdköpare skulle både landstingen och de privata aktörerna vinna på att tillsammans utforma en samverkansstrategi för framtiden. Det ligger knappast i landstingens långsiktiga intresse att radera ut den privata vården. Å andra sidan kan kortsiktiga besparingsmål få en sådan effekt. (Det kan vara lättare dra in på entreprenader än att inskränka den egna verksamheten.) För att privata vårdgivare skall kunna agera på ett rimligt sätt fordras fasta spelregler som möjliggör en långsiktig planering. Samtidigt som landstingen måste beakta kravet på långsiktighet måste de privata vårdgivarna beakta det ansvar som finns för kostnadsutvecklingen inom sjukvården och de övergripande mål för bl a verksamhetens effektivitet som måste finnas. Ingen av parterna torde vinna på att tillämpa "hit and run"-strategier.

Argumentet för ett samarbete med inriktning på långsiktighet är främst att sjukvården totalt sett skulle tjäna på en sådan utveckling. De privata aktörerna kan bidra med en betydande dynamik i systemet och med rätt incitament ge sjukvården som helhet en bättre utveckling än vad som annars vore möjligt. Erfarenhet och forskning talar för att pluralism på lång sikt är bättre än monopol.

3. *Finansieringsproblemet:*
Vem skall besluta om sjukvårdsutgifternas totalnivå – och varifrån skall pengarna tas?

- *Vem bestämmer egentligen om sjukvårdens resurser, totalt och lokalt?*
- *Varför skärs vårdens resurser ner, när alla undersökningar visar att svenska folket vill satsa mer på sjukvården?*
- *Kommer landstingen att ha råd att ge oss den vård vi behöver?*
- *Vad betyder ökade patientavgifter och privata sjukvårdsförsäkringar?*
- *Är en nationell vårdskatt lösningen? Eller att ta av överskottet i sjuk(penning)försäkringen?*

Undersökning efter undersökning visar att svenska folket vill satsa mer på vård och omsorg. Varför sker inte detta? En del av förklaringen är att utrymmet för att rikta privat köpkraft mot vården är begränsat med det finansieringssystem vi har. En annan del av förklaringen är den offentliga sektorns finansiella underskott. Det som framför allt begränsar sjukvårdssektorns expansion är således möjligheterna att finansiera en kostnadsökning. Tabell 3.1 visar underskottet i de offentliga finanserna som procent av BNP i olika länder. Vi ser att alla länder utom Norge har underskott 1994 och 1995, men också att situationen i Sverige har drastiskt försämrats under 1990-talets djupa ekonomiska nedgång.

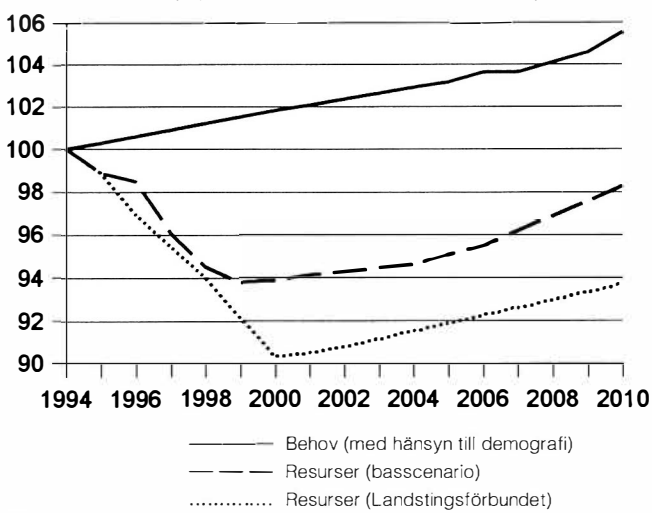
Detta är bakgrunden till besparingsprogrammen i sjukvården de senaste åren. För att nå balans i landets ekonomi har utgiftsbegränsningar i hela den offentliga sektorn ansetts nödvändiga; i landstingen har de blivit ofrånkomliga. För de närmaste åren räknar landstingen med ett successivt minskat finansiellt utrymme för vården. Det gör även HSU 2000 i sitt hösten 1996 publicerade delbetänkande *Behov och resurser i vården – en analys* (SOU 1996:163) från vilket figur 3.1 är hämtad.

Tabell 3.1 Överskott (+) respektive underskott (–) i de offentliga finanserna (budgetbalansen) i några OECD-länder, procent av BNP

	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Australien	–1,7	+0,6	–2,7	–4,0	–3,8	–4,0	–2,4
Belgien	–8,9	–5,8	–6,7	–7,1	–6,7	–5,3	–4,4
Danmark	–3,3	–1,5	–2,1	–2,9	–3,9	–3,5	–1,8
Finland	+2,9	+5,4	–1,5	–5,8	–8,0	–6,3	–5,6
Frankrike	0,0	–1,6	–2,2	–4,0	–5,8	–5,8	–5,0
Grekland	–2,6	–16,1	–11,5	–12,3	–14,2	–12,1	–9,2
Irland	–12,2	–2,3	–2,3	–2,4	–2,4	–2,3	–2,4
Island	+1,3	–3,3	–2,9	–2,8	–4,5	–4,7	–3,4
Italien	–8,6	–10,9	–10,2	–9,5	–9,6	–9,0	–7,2
Japan	–4,4	+2,9	+2,9	+1,4	–1,6	–2,1	–3,9
Kanada	–2,8	–4,1	–6,6	–7,4	–7,3	–5,3	–4,2
Nederländerna	–4,3	–5,1	–2,9	–3,9	–3,2	–3,2	–3,3
Norge	+5,2	+2,6	+0,2	–1,7	–1,5	+0,4	+3,1
Spanien	–2,2	–4,1	–4,9	–4,1	–7,5	–6,9	–6,2
Storbritannien	–3,4	–1,2	–2,5	–6,3	–7,8	–6,8	–5,7
Sverige	*–4,0*	*+4,2*	*–1,1*	*–7,8*	*–12,3*	*–10,8*	*–8,1*
USA	–1,4	–2,7	–3,3	–4,4	–3,6	–2,3	–2,0
Österrike	–1,7	–2,2	–2,6	–2,1	–4,3	–4,4	–6,2

Källa: OECD Economic Outlook.

Figur 3.1 "Vårdgapet": behov och resurser inom hälso- och sjukvården 1994–2010. 1994 = 100 (varje procentenhet motsvarar ca 900 miljoner kronor)



Källa: SOU 1996:163.

”Vårdgapet”

Som framgår av figuren räknar utredningen med ett ”vårdgap” som växer fram till år 2000. Med utredningens basscenario skulle gapet för landstingen då uppgå till omkring 7 miljarder kronor eller 8 procent av resursbehovet. (För kommunernas äldreomsorg ser det ännu dystrare ut. Gapet beräknas till 16 procent eller 8 miljarder kronor år 2000 och fortsätter sedan att växa.)

Kommittén har inga egna förslag om nya finansieringskällor eller skattehöjningar; det ingår inte i uppgiften sedan direktiven skrevs om av den nytillträdda socialdemokratiska regeringen. Däremot diskuteras både effektiviseringspotentialen, som anses vara betydligt mindre än under 1980-talet och början av 1990-talet, och nya finansieringskällor. Till de senare hör en obligatorisk äldrevårdsförsäkring och att trafikförsäkringen skulle kunna finansiera en större andel av de vårdkostnader som har samband med trafikskador.

Den senare idén verkar något ogenomtänkt. För det första är vårdkostnaderna för trafikskador små i relation till de totala sjukvårdskostnaderna. För det andra måste eventuella argument för att beskatta bilismen för ”externa effekter”, som t ex trafikskador, se till hela skattebelastningen. Om någon skatt skulle höjas för att betala trafikskador så vore det snarast bensinskatten; bilar som står stilla orsakar sällan skador.

Däremot är kommittén av jämlikhetsskäl negativ till att låta försäkringskassorna få finansiera sjukvård med sjukförsäkringsmedel. Den samlade bedömningen är att det växande gapet före sekelskiftet inte kan lösas enbart med organisatoriska förändringar och verksamhetsutveckling.

Eftersom bilden av vårdgapet – inklusive bristen på 7 miljarder kronor – sannolikt kommer att vara den dominerande bilden av sjukvården och dess resursbehov framöver, behöver den synas noga. Här finns endast plats för några kommentarer.

För det första implicerar figuren, där båda kurvorna startar på index 100, att det föreligger en balans i utgångsläget mellan behov och resurser. Om exempelvis 5 procent av behovet, dvs det behov som föranleder efterfrågan på sjukvårdstjänster, inte går att meningsfullt tillgodose med sjukvårdsinsatser och därför kan prioriteras bort som ett icke reellt behov, *och* om de finansiella resurserna genom bättre resurshushållning kunde ge 5 procent mer reala resurser – och två sådana nya kurvor ritades in i figuren – då skulle

bilden se helt annorlunda ut. Den skulle illustrera en situation av överkapacitet i förhållande till dagens egentliga vårdbehov. En sådan överkapacitet handlar inte främst, och troligen i ringa grad, om tomma lokaler eller vårdpersonal som inte är flitig nog. Den handlar snarare om brister i vårdstruktur, vårdprogram och medicinska bedömningar och förskrivningsmönster. Om det i dag finns en sådan, kanske till stora delar dold, överkapacitet är svårt att veta, men flera kunniga bedömare i vården anser det. Det gäller exempelvis dem som inte vill ha mer resurser till vården med hänvisning till att omvandlingstrycket då skulle minska. Om de har rätt är läget inte alls så dystert som bilden av vårdgapet målar upp.

Ekonomisk tillväxt betyder mycket

Den andra kommentaren gäller finansieringsutrymmet. Det absolut säkraste sättet att få mer resurser till vården är att landets ekonomi förbättras. Då ökar den finansiella basen och mer resurser kan sättas av för sjukvård. Vad ekonomisk tillväxt betyder kan visas med ett par enkla räkneexempel.

125 miljarder kronor till sjukvård utgör 7,7 procent av en bruttonationalprodukt på 1 635 miljarder kronor (år 1995). Om BNP ökar med 3 procent ger det vid oförändrad BNP-andel knappt 5 miljarder mer till sjukvården. Med fortsatt tillväxt ökar resurstillskottet år för år. Om resurserna skall ökas i en situation av nolltillväxt måste resurser tas från annan användning. Om BNP-andelen höjs från 7,7 procent till 8 procent ger det också 5 miljarder mer, men samtidigt försvinner ju motsvarande resurser från annan verksamhet. I en statisk situation innebär "mer pengar till vården" uppoffringar på andra områden.

Vad tillväxt betyder på några år framgår av följande överslagsberäkning. Från 1990 till 1995 var BNP i stort oförändrad. Antag i stället att den hade vuxit med i genomsnitt 2 procent per år. Antag vidare att inkomstelasticteten för sjukvårdsutgifterna med avseende på BNP är 1,2, dvs en ökning av BNP med 1 procent ger en ökning av sjukvårdskostnaderna med 1,2 procent. Det innebär att sjukvårdsutgifterna i reala termer skulle ha vuxit med 2,4 procent per år. Sjukvårdskostnaderna skulle i så fall varit drygt 12 procent högre år 1995 än vad de faktiskt blev. Det skulle inneburit ytterligare 15 mil-

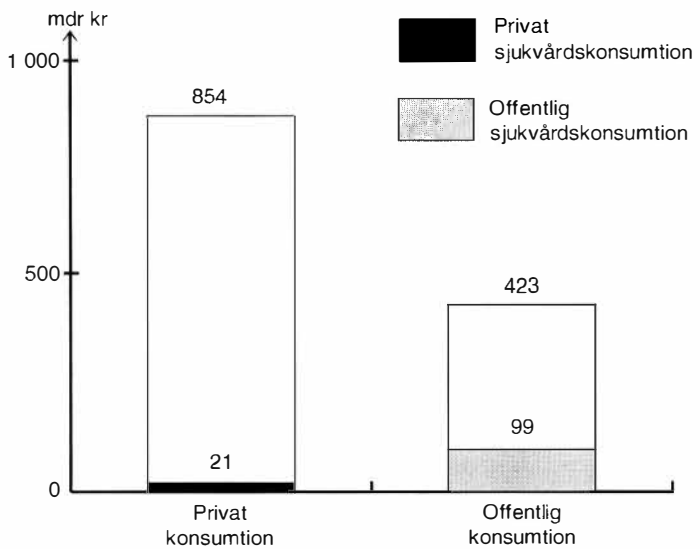
jarder kronor till sjukvården. För att erhålla motsvarande resurstillskott utan tillväxt skulle andelen av BNP som går till sjukvården behövt höjas med ca 1 procentenhet. 15 miljarder är ungefär lika mycket som hela läkemedelsnotan år 1995. Det är också nästan lika mycket som hela lönesumman för läkarna: 27 000 · 600 000 kr (inklusive LKP)=16,2 mdr kr. Det är också mer än dubbelt så mycket som det beräknade "vårdgapet" år 2000.

Dessa exempel visar hur betydelsefull den ekonomiska tillväxten är för sjukvårdens resursutveckling, och hur svårt det är att kompensera sig för utebliven tillväxt.

Var skall pengarna tas?

Om sjukvårdens resurser skall öka, vid oförändrade totala resurser (BNP), kan det ske endast genom att reducera övrig privat eller offentlig konsumtion. Det kan därför finnas anledning att klargöra hur relationerna ser ut.

Figur 3.2 Sjukvårdskostnader och total privat respektive offentlig konsumtion 1995



Källa: Nationalräkenskaperna.

Låt oss anta att 5 miljarder kronor av de totala sjukvårdskostnaderna 1995 utgörs av investeringar. Det återstår då 21 miljarder i privat konsumtion och 99 miljarder i offentlig konsumtion. Den totala privata konsumtionen år 1995 var 854 miljarder kronor och den offentliga 423 miljarder. Se figur 3.2.

Den privata sjukvårdskonsumtionen, dvs det vi betalar själva, uppgår till 2,5 procent av den totala privata konsumtionen. Sjukvårdens andel av den offentliga konsumtionen uppgår till 23 procent. Om vi lägger till den kommunala sjukvårdskonsumtionen, ca 50 miljarder kronor, så uppgår andelen till ca 35 procent. Det är alltså en avsevärd del av den offentliga konsumtionen som utgörs av vårdtjänster. Varje procents förändring handlar därför om stora belopp.

För att öka den offentliga sjukvårdskonsumtionen (inom ramen för en given totalkonsumtion) måste antingen den privata konsumtionen eller annan offentlig konsumtion reduceras. Om den privata konsumtionen skall minska utan skattehöjningar måste de offentliga transfereringarna reduceras.

Ett alternativ är naturligtvis att medborgarna själva väljer att köpa mer sjukvård "ur fickan" med den disponibla inkomst som de har, dvs den privata sjukvårdskonsumtionen ökar som andel av den privata konsumtionen.

Samordning med sjukförsäkringen

Det har diskuterats att använda en del av intäkterna i sjukförsäkringen för att finansiera en ökning av sjukvårdskostnaderna. Eftersom dessa pengar används för att finansiera en del av transfereringarna, så skulle detta innebära att den privata konsumtionen skulle minskas i motsvarande grad. Effekterna skulle bli beroende av vilka transfereringar som reducerades: sjukersättningar, arbetslöshetsersättningar, pensioner etc.

Det är en väsentlig skillnad mellan att finansiera vårdutgifter till följd av sjukdom och att finansiera privat konsumtion för dem som till följd av sjukdom får ett inkomstbortfall. Det väcker två olika samhällsekonomiska frågor som båda behöver besvaras. Den första är om vi gör en rimlig avvägning mellan å ena sidan utbetalningar av kontantstöd för sjukdom och förtidspensioner och å andra sidan

finansiering av vård för dem som är sjuka. Den andra frågan gäller i vad mån man kan reducera kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspensionering genom insatser i sjukvården.

HSU 2000 har avvisat metoden att sjukförsäkringssystemet skulle agera som "köpare" av vård för individer som står inför risk att bli sjukskrivna eller förtidspensionerade. Argumentet är att detta skulle skapa en orättvisa, genom att andra faktorer än vårdbehovet skulle komma in i bedömningen. Yrkesverksamma skulle gynnas. Dock skulle man kunna invända att möjligheten att tidigare – eller över huvud taget – komma åter i arbete är en del av behovet, ett behov som t ex pensionärer saknar. I praktiken torde detta också i betydande utsträckning beaktas.

Ett sätt att tydliggöra det samband som finns mellan utgifter för resurser som används för att förebygga, behandla och rehabilitera sjukdom, och resurser som förloras till följd av sjukdom (produktions- och inkomstbortfall) skulle kunna vara att landstingen fick kontroll över de totala ersättningarna för sjukskrivning, arbetsskador och förtidspensioner. Härigenom skulle en diskussion kunna föras, på övergripande politisk nivå, av vilka alternativ som står till buds och deras konsekvenser. (En skiss till ett integrerat "AB Svenskt Sjukvårdssystem" presenterades av Marcus Storch i den skrift som var upptakten till SNS sjukvårdsprojekt, *Företagsledares recept för sjukvården*, Arvidsson, red, 1990.)

Vilka finansiella resurser det skulle vara fråga om framgår av tabell 3.2.

Tabell 3.2 Finansiella utgifter för sjukskrivning, förtidspensioner och arbetsskador 1991–1995, miljarder kronor, löpande priser

	1991	*1992*	*1993*	*1994*	*1995*
Sjukpenning	31,9	19	15,6	15,8	16,0
Förtidspensionering/sjukbidrag	27,4	29,8	32	34,4	34,6
Arbetsskadeersättning	11,2	11,6	10,9	8,0	6,8
Rehabiliteringspenning	0,5	1,0	1,5	2,1	2,1
Summa inkomstbortfall	71,0	61,4	60,0	60,3	59,5

Kostnaderna för att kompensera inkomstbortfall är ungefär hälften så stora som kostnaderna för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det bör emellertid observeras att transfereringarna i tabellen endast berör den del av befolkningen som är i yrkesverksam ålder. Det kan

därför vara av intresse att se på relationen mellan dessa utgifter och sjukvårdskostnaderna i åldersgruppen 20–64 år. Dessa kan beräknas till ca 42 miljarder kronor år 1994. De utbetalda ersättningarna för förlorad produktionsförmåga, ca 60 miljarder kronor, är således ca 50 procent högre än de direkta sjukvårdskostnaderna.

Det är viktigt att komma ihåg att dessa utgifter endast till en del motsvarar de samhällsekonomiska kostnaderna för sjukfrånvaro etc. I en studie av sjukdomarnas samhällskostnader (Lena Jacobsson och Björn Lindgren, *Vad kostar sjukdomarna?*, Socialstyrelsen, 1996) värderades produktionsbortfallet till följd av sjuklighet år 1991 till totalt 136 miljarder kronor. Detta är nästan dubbelt så mycket som de utbetalda ersättningarna detta år och tre gånger mer än de direkta sjukvårdskostnaderna för den aktuella åldersgruppen. Eftersom produktionsbortfall till följd av arbetsskador inte är inkluderade i studien är beräkningen dessutom i underkant.

Det är svårt att göra en mer detaljerad analys av hur ökade eller mer effektivt utnyttjade resurser inom sjukvården skulle kunna reducera kostnaderna för produktionsbortfallet. Vinsterna kan också variera med konjunkturläget. I ett längre perspektiv är det dock viktigt att uppmärksamma att en ineffektiv eller otillräcklig sjukvård för de yrkesverksamma kan vara mycket kostsam för samhället. Denna kostnad får naturligtvis till en viss del också bäras av de icke yrkesverksamma.

Hur bör nivån på sjukvårdsutgifterna bestämmas?

Som torde ha framgått är ett av de viktigaste sjukvårdspolitiska besluten – i ett samlat sjukvårdssystem som det svenska – att bestämma totalnivån på utgifterna. De som fattar detta beslut bör ha möjlighet att väga sjukvårdsutgifter mot andra ändamål. Landstingsmodellen har klara brister när det gäller förutsättningarna för att göra detta val.

Det finns två huvudproblem. Det första är att landstingen saknar den nödvändiga helhetssynen vad avser den samhällsekonomiska och statsfinansiella situationen. De har därför svårt att göra en adekvat bedömning av sjukvårdskostnadernas alternativkostnad eftersom ingen explicit avvägning sker mot andra offentliga utgiftskrav;

möjligen med undantag för lokaltrafiken. Det andra är att landstingen är för små för att på ett adekvat sätt kunna balansera variationer i skatteunderlag och vårdbehov. Det har därför införts ett omfattande utjämningssystem för att skapa "rättvisa" mellan olika landsting.

Att olika undersökningar av svenska folkets betalningsvilja visar på en acceptans för skatteökningar, *om* resurserna går till sjukvården, kan också stämma till eftertanke. Det är möjligt att sättet att ställa frågorna överdriver betalningsviljan, men det faktum att det inte finns en politisk diskussion och beslutsprocess kring frågan hur stor andel av de offentliga resurserna som skall gå till sjukvården kan innebära att den gjorda avvägningen inte överensstämmer med befolkningens önskemål.

Oklarheten är således stor om hur det centrala sjukvårdspolitiska beslutet om sjukvårdssektorns storlek, en av huvudfrågorna i HSU 2000, egentligen sker. Det döljs i en mängd detaljfrågor rörande exempelvis skatteutjämningens utformning och mer eller mindre öppna överenskommelser mellan landstingen och regeringen.

Detta är otillfredsställande, och alternativa lösningar borde övervägas, t ex finansiering via en enhetlig sjukvårdsavgift, som bestäms av riksdagen och som är proportionell mot inkomsten precis som landstingsskatten. På så sätt behålls den speciella "sjukvårdsskatt" som landstingsskatten i dag i stort sett utgör, men beslutet blir mera genomskinligt, och möjligheterna att samordna finansieringen med mera övergripande mål ökar, t ex möjligheten till konjunkturutjämning. Den senaste konjunkturnedgången har avslöjat svagheten i landstingens finansiella långsiktsplanering. Om vi får större regioner än dagens landsting kan regionalt fastställda sjukvårdsavgifter vara ett alternativ.

Även med en statlig försäkringsfinansiering kan landstingen behållas som sjukvårdshuvudmän. Det enda som krävs är att skatteinkomsterna fördelas efter en given formel. Det är rimligt att även denna bestäms av riksdagen, något som ju redan i dag sker genom skatteutjämningen. Detta skulle också underlätta de komplicerade förhandlingarna om den regionala fördelningen. Modeller för att göra en sådan fördelning baserad på relevanta kriterier för behov och kostnadsskillnader kan utvecklas, och deras praktiska tillämpning har också demonstrerats i t ex resursfördelningen inom NHS i England.

Ett alternativ till ett sammanhållet beslut om de totala finansiella resurserna till sjukvården är att låta resurstilldelningen bli resultatet av många aktörers utbud och efterfrågan. Så är ju fallet beträffande t ex mat, kläder och bostäder. Ingen central instans bestämmer hur mycket vi skall lägga på de nyttigheterna. Som vi skall utveckla närmare i nästa kapitel är detta emellertid ingen bra modell för sjukvård. Även i länder med decentraliserade försäkringslösningar söker man efter metoder att sätta tak för de totala sjukvårdsutgifterna. Dessutom finns det stora inslag av kollektiva nyttigheter i sjukvården som motiverar en samlad offentlig finansiering.

4. Marknader som resursfördelningsinstrument inom sjukvården:

Separering av finansiering och produktion

- *Vad gör sjukvården så speciell att man inte bör släppa marknadskrafterna fria – och heller inte förlita sig på en politiskt styrd centralplanering?*
- *Vad kan interna marknader tillföra?*
- *Är beställar/utförarmodellen feltänkt och köp- och säljsystemen ett enda stort misslyckande?*

Det är välkänt att sjukvården uppvisar egenskaper som gör att marknader inte fungerar på ett optimalt sätt för fördelning av resurser. Att trots detta marknader är intressanta att utnyttja inom sjukvården är att alternativet, politiska och administrativa beslutsprocesser, inte heller fungerar på ett optimalt sätt. Att så var fallet med landstingen under 1980-talet är uppenbart. De hade stora svårigheter att anpassa sig till en ny situation med krav på såväl kostnadsbegränsning som ökad effektivitet.

Att pröva marknadsmodeller som alternativ till den existerande hierarkiska modellen för resursfördelning är ett viktigt bidrag till att förbättra verksamheten. Många av de förbättringar vi sett i organisation och management inom landstingssektorn är ett resultat av sådana utmaningar. Dalamodellen och Bohusmodellen är några tidiga exempel. (Se *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*, Arvidsson och Jönsson, red, 1991.) Det är poänglöst att hävda att eftersom även de landsting som inte infört nya "sjukvårdsmodeller" också ökat sin produktivitet så skulle alternativ vara onödiga. Alla landsting har påverkats av Ädelreformen, vårdgarantin, ett friare vårdsökande för patienterna m m, vilket sammantaget innebär en mer marknadslik miljö. Det är dessutom välkänt att redan potentiell konkur-

rens ofta utlöser produktivitetshöjande åtgärder. Man får en påtaglig anledning att se över sin verksamhet.

Men det bör också noteras, att förenklade marknadslösningar inte heller utgör någon lösning på sjukvårdens resursfördelnings- och styrningsproblem. I praktiken gäller det att finna den optimala avvägningen mellan marknader och administrativa/politiska beslutsprocesser. En genomgående strävan i SNS-projektet har varit att, med stöd av ekonomisk forskning, på ett konstruktivt sätt bidra till den offentliga diskussionen om hur denna avvägning skall göras.

Tre slag av marknader

När det gäller marknader inom sjukvården är det viktigt att skilja mellan:

- försäkringsmarknader – valfrihet rörande försäkringsskyddets omfattning och inriktning
- vårdmarknader – valfrihet rörande vårdgivare
- faktormarknader – marknader för fördelning av produktionsfaktorer.

Medan det råder närmast total enighet om att det skall finnas marknader för produktionsfaktorer inom sjukvården, t ex för arbetskraft, läkemedel och förbrukningsmaterial av olika slag, är enigheten nästan lika stor i Sverige om att någon valfrihet inte skall finnas när det gäller försäkringsmarknaden – annat än i det avseendet att man får köpa vilka försäkringar man vill när avgiften (skatten) till den offentliga försäkringen (landstinget) väl betalts.

Flera delstudier inom SNS-projektet visar på såväl svårigheterna som möjligheterna när det gäller att kombinera offentlig finansiering med ett fritt val av försäkringsgivare. Det stora problemet är att åstadkomma en fördelning av de offentliga subventionerna som utjämnar skillnader i risker mellan olika individer. (Det är ett problem som för övrigt även kommer upp, om än i begränsad skala, vid bestämning av kapitationsavgiften i husläkarsystemet.) Om man inte lyckas i detta avseende uppkommer problem med "adverse selection", dvs konkurrensen leder till att vissa personer får svårt att

erhålla en försäkring. Det är också sannolikt att de s k transaktionskostnaderna blir höga, framför allt kostnader förknippade med åtgärder för att undvika "dåliga risker" (olönsamma försäkringstagare).

Den internationella forskargrupp som på SNS uppdrag analyserade den svenska sjukvården redogjorde för hur försäkringssystem utvecklas i flera länder, t ex Holland, Schweiz, Tyskland, och det är möjligt att dessa kan anvisa praktiska lösningar (Culyer m fl, *Svensk sjukvård – bäst i världen?*, 1992). Frågan är på intet sätt ointressant för Sverige trots att den i dag är bortförd från den politiska dagordningen.

Det finns, å andra sidan, också problem med att tvinga medborgarna att ansluta sig till endast ett bestämt försäkringskontrakt. Framtiden får utvisa om det kommer att anses vara värdefullt att medborgarna på ett mera direkt sätt får uttrycka sina preferenser vad gäller sjukvårdens omfattning och inriktning. Det är inte uteslutet att vi går mot en situation där en allmän "basförsäkring" kombineras med olika individuella eller kollektivt avtalade tilläggsförsäkringar. Såväl prioriteringsutredningens arbete i Sverige som liknande initiativ i andra länder visar dock att det är svårt att finna en klar och mera allmänt accepterad gräns mellan vad som skall ingå i basförsäkring respektive tilläggsförsäkringar.

Två huvudmodeller

Av alla tänkbara "marknadsmässiga" modeller är det två som både är rimligt internt konsistenta och som dessutom torde klara flertalet av de krav som brukar ställas på sjukvård i utvecklade länder: Konkurrens mellan "vårdplaner", som innehåller såväl försäkring som kontrakterade vårdgivare i integrerade system, respektive nationellt eller regionalt monopol på försäkringssidan med konkurrens på utförarsidan.

I system där man väljer försäkringsgivare, som sedan finansierar den vård man behöver (eller anser sig behöva), finns det vanligen restriktioner beträffande valet av vårdgivare. System med konkurrerande försäkringar tenderar således att leda till helintegrerade system där reduktioner i premierna kan bytas mot begränsningar i valet av vårdgivare. Helt öppna försäkringar, utan begränsningar

vad gäller valet av vårdgivare, blir vanligen mycket dyra, och är därför inget realistiskt alternativ om man vill ha ett system som skall täcka befolkningen som helhet.

I ett system med finansierings-(försäkrings-)monopol är det monopolistens uppgift att avgöra om resurserna används på ett effektivt sätt. För en ensam finansiär är detta ingen enkel uppgift. Hur skall man veta vad man kan begära av produktionen? Man blir lätt producenternas fånge. Detta gäller i synnerhet om finansiären har producentfunktionen inom den egna organisationen. Vi har då ett kombinerat finansierings- och produktionsmonopol. Den traditionella helintegrerade kommunala förvaltningen är ett exempel på ett lokalt "dubbelmonopol" av detta slag. Ett finansieringsmonopol kan också kombineras med mångfald och konkurrens på utförarsidan. I båda fallen är det viktigt att skapa incitament till effektivitet i såväl resursallokeringen som vårdarbetet och att se till att patienten inte blir systemets fånge.

Beställar/utförarmodeller

I Sverige har vi valt att ha en i huvudsak samlad, offentlig finansiering av sjukvården. I ett sådant system finns det avsevärda fördelar med att särskilja finansiering och produktion. Erfarenheterna av beställar/utförarmodeller inom de svenska landstingen har visat att denna grundidé kan leda till den önskade effekten, även om det finns anledning att sätta en mängd frågetecken i kanten för hur denna separering genomförts i praktiken. Det är inte förvånande om man inte hittar den perfekta lösningen från början. Det vanligaste problemet har varit att rollerna inte klart avgränsats.

Separeringen skapar en möjlighet att definiera klara roller, där den ena parten, "beställaren" eller "köparen", får som uppdrag att företräda patienternas intresse i ett populationsperspektiv, dvs svara dels för att god vård finns tillgänglig när den behövs, dels för att förebyggande arbete och andra åtgärder av kollektiv karaktär bedrivs, dels för samordning med andra system som t ex omsorgsverksamhet, rehabilitering och socialförsäkring. Producenterna, vårdgivarna, får å sin sida en klar roll att erbjuda bästa möjliga vård för de patienter de behandlar till de priser som köparna är villiga att betala. Det ger möjlighet till konkurrens mellan producenter i olika

verksamhetsformer. De aktuella problemen med att vissa stockholmssjukhus inte får förväntad betalning för de patienter de behandlar, därför att beställaren har "slut på pengarna", visar hur viktigt det är att klara ut kontraktsförhållandena. Så länge avtalen inte är rättsligt bindande – eller på annat sätt gjorts dyrbara att frångå – är risken stor att parterna agerar manipulativt. Om alla vårdproducenter görs legalt fristående från beställarna ökar visserligen de s k transaktionskostnaderna för att ingå och administrera avtal, men samtidigt blir spelreglerna klarare.

Redan genom att göra egen-regiproducenter intäktsfinansierade i stället för budgetfinansierade skapas incitament till produktivitetsökningar; att ta emot och behandla patienter ger intäkter, inte bara kostnader. Produktivitetsökningar har också kommit till stånd. Det visade att svensk sjukvård hade överskottskapacitet vad gäller sjukhusvård. Bilden blev en helt annan än i slutet av 1980-talet, då långa väntelistor togs som tecken på resursbrist. Köer kan vara goda argument i en budgetprocess för mer resurser, men för en intäktsfinansierad icke-monopolist är köer knappast ett bra konkurrensmedel – varken gentemot beställarenheter eller enskilda vårdsökande.

Det finns många exempel på hur en uppdelning av köpare och säljare kan göras på ett effektivt sätt. Om vi går utomlands så ger utvecklingen inom NHS ett mycket intressant exempel. Samtliga resurser fördelas efter behovskriterier till en organisation med ett samlat ansvar för en regionalt definierad befolkning. Storleken på en sådan köparenhet är 300 000–900 000 personer. (Erfarenheterna visar på stordriftsfördelar i köparrollen. Från den synpunkten är de flesta svenska landstingen för små för att vara optimala vårdbeställare. I Stockholms läns landsting finns det dock utrymme för två–tre väldimensionerade köparenheter.) En del resurser fördelas i NHS till "fund-holding GPs", dvs budgetansvariga husläkare, som därmed som ombud för sina patienter agerar som separata köpare för viss typ av vård, t ex öppen specialistvård. Det innebär att sjukhusen som organiserats i "trusts" (stiftelser) har två slag av kunder. Sjukhuset utgör en egen ekonomisk enhet och personalens anställningskontrakt är knutna till sjukhuset. GPs är i princip egna företagare. Det finns således en fullständigt genomförd separation av köparrollen och produktionen. Organisationen är klar och logisk och utvecklingen har många positiva drag, även om det finns problem och mera inträngande utvärderingar ännu inte redovisats. (Att

den brittiska befolkningen hör till de mera missnöjda med sjukvården förklaras sannolikt främst av den roll som sjukvården spelar som "slagträ" i den politiska debatten.)

Enligt brittisk erfarenhet är det köparrollen som tar längst tid att utveckla, och det är köparen som är den svagaste länken. Beställar/utförarmodellens framgång bygger på att denna länk inte brister. Ingen marknad kan fungera utan kompetenta och välinformerade köpare.

Svenska erfarenheter

I Sverige finns det flera exempel på framgångsrika separationer av finansiering och produktion. Ett sådant är den vårdgaranti som infördes 1992. Den innebar att patienter med vissa diagnoser efter tre månaders väntan kunde vända sig till en annan vårdgivare på det egna landstingets bekostnad. Vårdgarantin bidrog starkt till en snabb produktionsökning och avveckling av köerna.

En fråga man kan ställa sig är varför inte landstingen långt tidigare införde incitament att minska väntetiderna utan att vänta på det statliga initiativet och statsbidragen. Statsbidrag är ingen nödvändig förutsättning för en vårdgaranti. Det har hävdats att statsbidragen var nödvändiga för att vårdgarantin inte skulle tränga undan andra behov. Detta måste tolkas så att de behov som garantin skulle avhjälpa var mindre betydelsefulla än de som skulle komma att åsidosättas. Om så är fallet är det mycket diskutabelt om en vårdgaranti över huvud taget bör införas. Avsikten med en garanti måste rimligen vara att säkerställa att särskilt viktiga behov blir tillfredsställda. Just när sådana vårdbehov riskerar att bli undanträngda, i de löpande prioriteringar som görs i vårdproduktionen, kan det finnas skäl för huvudmannen, finansiären, att genom en vårdgaranti se till att det finns ekonomiska incitament att tillgodose dem. Det krävs dock en medveten strategi bakom vårdgarantier samt uppföljning av det praktiska genomförandet, bl a att de fastställda indikationerna tillämpas.

Vårdgarantier kan också användas för att tillfälligt stimulera en satsning på vissa diagnoser eller patientgrupper. Vårdgarantin från 1992 hade i huvudsak den funktionen. Från januari 1997 upphör den, bl a därför att dess prioritering av tio angivna operationer och

behandlingar står i konflikt med den prioritering av kroniska sjukdomar och vård i livets slutskede som föreslagits av den s k prioriteringsutredningen. Den nya garantin gäller bara maximal väntetid inför undersökning i primärvård respektive specialistvård. Väntetid inför behandling omfattas inte, inte heller vilka diagnoser som skall få garanterad vård.

Ett annat exempel gäller överföringen av finansieringsansvaret för färdigbehandlade patienter till kommunerna. Detta medförde en kraftig minskning av antalet färdigbehandlade patienter på sjukhusen och ett frigörande av kapacitet.

Även *inom* landstingen finns exempel på olika "modeller" för separation av finansiering och produktion. Dalamodellen, Bohusmodellen och Stockholmsmodellen är de mest kända. Mycket av diskussionen har handlat om vilken av dessa modeller som är "den bästa" – eller om möjligen den traditionella integrerade landstingsmodellen trots allt är att föredra. Det är en intressant fråga, men det finns inget entydigt svar. Det är även svårt att göra en någorlunda entydig beskrivning och klassifikation av modellerna som underlag för jämförelser.

Ersättningsformer

En viktig principfråga i alla beställar/utförarmodeller är om ersättningarna till producenterna skall utformas som fasta tariffer (prislistor) eller förhandlade kontrakt. (För- och nackdelar med olika metoder att betala vårdproducenter analyserades av Anders Anell i *Sjukhusens kontrakt – från anslag till intäkter*, 1994.) Erfarenheten tyder på att någon form av förhandlade kontrakt som innefattar både volym, pris och kvalitet kommer att bli den ledande principen i framtiden. Administrerade priser, oavsett om de baseras på DRG-vikter eller beräknas på annat, lämpar sig främst för välidentifierade tjänster och där det finns valmöjlighet hos de lokala beslutsfattarna, som t ex beträffande laboratorieundersökningar och läkemedelsterapi. De tunga patientflödena är dels svåra att styckprissätta, dels lokalt i hög grad opåverkbara och kanske också oförutsägbara. Ersättning enligt volym och styckpriser tenderar att leda till problem med kostnadskontrollen för finansiären och svårhanterliga intäktsfluktuationer för utföraren. Det ställs också stora krav på

anpassning av priserna till förändringar i prestationsinnehåll och produktivitet, om inte priserna skall styra snett.

Tillämpningen av den s k Stockholmsmodellen är ett belysande exempel. När man ersatte budgetramar till sjukhus och kliniker med DRG-baserad ersättning per prestation ökade produktiviteten kraftigt, närmare 20 procent ett år. Volymen vård ökade, vilket var den uttalade avsikten, men det gjorde även kostnaderna, vilket inte var avsikten. Följden var att de totala kostnaderna översteg tillgängliga finansiella resurser hos landstinget med stora underskott som följd. Om inte den ekonomiska krisen 1991–93 hade kommit, utan landstingets intäkter ökat i "normal" takt, skulle troligen bedömningen av "Stockholmsmodellen" blivit annorlunda. Modellens syfte var att öka utnyttjandet av resurserna och detta var också vad som hände. Med det ersättningssystem som fanns innebar detta ökade kostnader för finansiärerna/beställarna och ökade intäkter för producenterna. De senare fick därigenom möjligheter att öka sina driftskostnader, t ex genom ökade externa eller interna köp eller ökade löner/ersättningar. Den ekonomiska krisen, med vikande skatteintäkter för landstinget, framtvingade nedskärningar av planerade sjukvårdsbudgetar. Eftersom kapacitetsutnyttjandet var högt kunde detta ske bara genom kapacitetsneddragningar, vilket inte var det problem som Stockholmsmodellen var konstruerat för att lösa. Med facit i hand skulle kapaciteten ha reducerats samtidigt som modellen infördes, men detta var inte helt lätt att förutse.

Produktivitet och kvalitet

Sammanfattningsvis kan konstateras att marknadsreformer ökar produktiviteten, precis som förväntat. Frågan är om detta skett på bekostnad av kvaliteten. Det förefaller inte så. Det finns inga klara belägg för att kvaliteten i stort blivit lidande som en följd av införandet av marknadsmässiga styr- och finansieringssystem, i vart fall inte i medicinskt avseende. Däremot har omvårdnadskvaliteten på sina håll blivit sämre, t ex genom att personalen fått mindre tid för omvårdnadsinsatser och genom att patienter skrivits ut utan att det funnits en bra eftervård.

En intressant effekt av köp/säljsystemens införande är att intresset för kvalitetsfrågor blivit avsevärt större. Båda parter behöver

kunskap om innehållet i och värdet av de tjänster som utförs. Det har underlättats av att att man fått en betydligt bättre genomlysning av verksamhet och ekonomi. Man vet mer om kostnader, vad de avser, och vad man får i utbyte av dem.

De kvalitetsbrister som nu påpekas på olika håll i sjukvården beror sannolikt mest på felaktiga eller bristande kapacitetsanpassningar i vårdstrukturen. Interna marknader lämpar sig väl för att koordinera decentraliserade verksamheter med många aktörer. Ledningen kan via interna priser styra med ekonomiska styrmedel i stället för med order och direktiv. Mindre strukturanpassningar klaras vanligen av decentralt genom marknadsmekanismerna. Större strukturförändringar kräver emellertid centrala beslut. När sjukhus eller kliniker stängs och resurser flyttas från slutenvård till öppenvård är det inte beställar/utförarmodellens fel eller förtjänst.

Vad händer med köp/säljmodellerna?

Det är inte lätt att förutsäga beställar/utförarmodellens (köp/säljsystemens) framtid. I retoriken är de lika "ute" nu som de var "inne" i början av decenniet. I praktiken förefaller de dock inte vara föremål för avveckling där de införts (Socialstyrelsen, 1996). Däremot arbetar man med att få bort avarterna och förenkla hanteringen.

Tre av ledamöterna i den internationella hälsoekonomgrupp som engagerades av SNS i början av projektet (1991) gjorde en uppföljningsstudie 1995 (Culyer, Schulenburg och van de Ven, "Swedish Health Care Revisited, SNS Occasional Paper No 71, 1995; i svensk översättning "Svensk sjukvård granskad på nytt", SNS Occasional Paper No 78, 1997). I sin rapport lägger de stor vikt vid kommentarer angående uppdelningen köpare–producent. De diskuterar komplikationerna, men är eniga om att fördelarna överväger. De uttrycker besvikelse över att modellen inte fått allmän spridning och att den är halvgången där den införts. De rekommenderar avslutningsvis "att uppdelningen mellan köpare och producent utvecklas ytterligare av landstingen", och att detta sker "i en anda av samarbete, inte konfrontation".

Vår egen bedömning är att beställar/utförarmodellen kommit för att stanna, och att den kommer att få ökad spridning, i varje fall i

den meningen att vårdfinansiärerna och vårdproducenterna i allt högre grad kommer att reglera sina relationer genom kontrakt, som klarar ut ömsesidiga rättigheter och skyldigheter.

Om de politiskt ansvariga organen drar sig tillbaka från produktionen måste i gengäld den offentliga tillsynen av producenterna bli tydlig och auktoritativ vad gäller kostnader, arbetssätt och produktionsresultat. Det är också nödvändigt att reglera vilka som skall kunna få kontrakt, t ex via ackreditering, och hur kontrakten skall få se ut. Det är ett misstag att tro att regelverk inte behövs. Tvärtom är tydliga och stabila regler nödvändiga för att marknader skall kunna fungera. Erfarenheterna från andra övergångar till marknadsekonomi, t ex i Östeuropa och inom den finansiella sektorn, ger belysande exempel på detta. Övergång till mer marknadsmässighet i sjukvården utgör inget undantag. Det är dessutom naturligt att det tar tid att utveckla den kompetens och erfarenhet som erfordras för att få ett nytt system att fungera.

5. *Vårdkapacitet, kapital-allokering och strukturbeslut*

- *Hur ser kapacitetsutnyttjandet ut i sjukvården?*
- *Hur anpassar sjukvårdsproducenterna kapaciteten till förändringar i vårdefterfrågan?*
- *Vilka organisations- och styrformer främjar kapacitetsanpassningar?*
- *Klarar politiker att fatta och genomföra stora strukturbeslut – särskilt om de inrymmer nedskärningar? Vem annars?*

Mer vård för pengarna – eller mindre pengar för vården?

Påtagliga produktivitetsökningar i sjukvården de senaste åren, bland annat som ett resultat av nya incitament till vårdproducenterna, avslöjade att det fanns överskottskapacitet i systemet som helhet, speciellt i sjukhusvården. För landstingen gav den uppenbarade produktivitetspotentialen en möjlighet att göra ett strategival: strategin ”mer vård för pengarna” eller strategin ”mindre pengar för vården”. Om vårdbehovet är eftersatt, köerna långa och ekonomin god, väljer man rimligen den första strategin. Om vårdnivån är god eller i vart fall acceptabel, medan ekonomin är överansträngd, väljer man rimligen den andra.

Vi har i SNS-projektet inte gjort några empiriska studier av hur de strategiska valen fattats. Vi har heller inte undersökt om det faktiskt gjorts aktiva, strategiska val på ledningsnivå i landstingen eller om utvecklingen varit ett resultat av många okoordinerade beslut på många nivåer. Sannolikt har det varit olika i olika landsting. Det förefaller dock ha varit vanligt att först ta ut produktivitetsökningarna i ökade vårdvolymer för att sedan börja skära ner resurstilldelningen. Det är möjligt att detta varit politiskt rationellt.

I slutet av 1980-talet dominerades sjukvårdsdebatten av kritik mot vårdköer, oro för vårdkvaliteten, krav på större patientinflytande osv. ”Mer vård för pengarna” var ett vanligt slagord och ett uttalat motiv för bl a införandet av de nya styrsystemen med varierande inslag av marknadsmekanismer. Den hotande kostnadskris som man kunde ana sig till som en följd av demografiska förändringar och en svagare offentlig ekonomi uppfattades inte som lika påträngande.

Den makroekonomiska utvecklingen fick emellertid snabbt genomslag på sjukvårdens resurser. Samtidigt som de nya organisations- och styrmodellerna infördes för att öka utbytet av sjukvårdens resurser inträffade en oväntad och snabb ekonomisk kris för den svenska ekonomin med fallande BNP som resultat. Räkneexemplet i kapitel 3 visade att sjukvården vid ”normal” tillväxt och oförändrad BNP-andel under 1990-talet skulle haft flera miljarder kronor mer per år att röra sig med. Dessa medel skulle inneburit att det funnits möjlighet att utnyttja den kapacitet som fanns, och som frigjorts och synliggjorts genom de organisatoriska förändringarna och nya ekonomiska incitamenten, till ökad vårdproduktion. I stället blev det fråga om att samtidigt stimulera produktivitetsökningar och påbörja nedskärningar, dvs att gasa och bromsa samtidigt.

Att reducera kapacitetsöverskott

Beslut att reducera kapacitetsöverskott ger små eller inga belöningar i politiskt styrda verksamheter. Sådana beslut tenderar därför att fattas först när det är absolut nödvändigt. Utvecklingen i Stockholms läns landsting, som kortfattat beskrevs i föregående kapitel, är belysande. Efter några år av kraftiga produktivitetsvinster i sjukhusvården, stimulerade av prestationsbaserad ersättning för utförd vård, domineras styrningen sedan 1995 av successiva sparbeting. Flera sjukhus visar underskott som beror på att verksamheten kostar mera än vad finansiärerna, sjukvårdsområdena, kan betala. Annorlunda uttryckt: Sjukhusvården är överdimensionerad i förhållande till vad ”köparna” kan finansiera.

Det finns många förklaringar till den uppkomna situationen och flera sätt att ta sig ur den. Vad vi här vill peka på är vikten av en tydlig och långsiktig strategi för vårdens struktur och kapacitet. Det

behövs av ekonomiska skäl men också för att skapa legitimitet för strukturanpassningar hos dem som svarar för vårdproduktionen. Om man först stimulerar vårdproducenter att höja kapacitetsutnyttjandet för att när detta skett reducera kapaciteten, är det inte märkligt att producenterna stegrar sig. Särskilt frustrerande blir det om patienttillflödet blir större än vad som är avtalat med finansiärerna, så att man antingen får utföra vård utan ersättning eller avvisa patienter. Detta är situationen i bl a universitetssjukhusen i Stockholm. Även om denna situation inte är förekommande i hela landet är den viktig att uppmärksamma och hantera eftersom den dels direkt påverkar viktig vård negativt, dels undergräver de ekonomiska styrsystemens legitimet.

Måste besparingar innebära mindre eller sämre vård?

Har vi nu nått smärtgränsen? Innebär minskade ekonomiska ramar för sjukvården obönhörligen sämre vård? Inte nödvändigtvis.

För det första finns det goda möjligheter att möta besparingskrav med fortsatta produktivitetsökningar genom introduktion av nya medicinska metoder, effektivare arbetsfördelning mellan olika producenter på olika vårdnivåer, bättre arbetsorganisation osv. Både strukturförändringar och rationalisering av vårdprocesser kräver emellertid tid för genomförandet samt tydlighet och konsistens i de ekonomiska betingelserna för de verksamhetsansvariga.

För det andra finns en – om än till sin storlek okänd – potential att eliminera eller minska på sådan vård som inte har en nytta som står i proportion till resursinsatsen. Det finns bedömare som hävdar att så mycket som 75 procent av sjukvården inte har påvisbar positiv effekt på hälsan. Det faller utanför vår kompetens att bedöma realismen och den djupare innebörden av sådana skattningar. Man bör dock inte bortse från att det ofta är nödvändigt att ”göra något”, och alternativet är inte nödvändigtvis billigare. Det är därför inte givet att eliminering av vård med ingen eller låg påvisbar effekt verkligen leder till minskade kostnader.

Besparingar på kliniknivå, som realiseras genom minskade rörliga kostnader, innebär att utnyttjandet av den fasta kapaciteten sjunker. Det är naturligtvis teoretiskt möjligt att fylla ut kapaciteten

genom att öka anslagen till köparna, dvs sjukvårdsområdena i Stockholm och motsvarande enheter som finansierar sjukhusvården i andra delar av landet. Men detta löser knappast problemet på lång sikt. Mycket tyder på att överskottskapaciteten blir bestående på lång sikt om inga strukturåtgärder vidtas.

På kort sikt och inom befintliga vårdstrukturer är emellertid sådana möjligheter till strukturella kapacitetsanpassningar i hög grad ogripbara. Nedskärningar slår direkt på personaldimensionering, utrymme att betala för laboratorietester och andra undersökningar, möjlighet att lägga in och behålla patienter osv. På kliniknivå kan man således befinna sig i en situation av mycket hög belastning, och där minskade resurser slår direkt på vården, samtidigt som det finns överkapacitet i systemet som helhet. Vår bedömning är att det i stort förhåller sig så i svensk sjukhusvård. Särskilt tydligt är detta i storstadsområdena.

Hur finner man en optimal vårdstruktur?

Frågan om den optimala storleken på sjukhus och andra vårdenheter är omdebatterad. Medicinska skäl talar beträffande vissa specialiteter för koncentration till större enheter, beträffande andra för mer småskalig verksamhet. Den medicinsk-teknologiska utvecklingen förändrar dessutom förutsättningarna för var och hur vården bedrivs effektivast. Transport- och telekommunikationssystemens utveckling påverkar också. Både vårdpersonal och patienter blir mer lättrörliga och information kan överföras snabbare och säkrare. Vad som är den optimala vårdstrukturen för nationen som helhet förändras således över tiden.

På en vanlig marknad dimensioneras verksamheter med hänsyn till efterfrågan och produktionsekonomiska förutsättningar. Vissa företag bygger ut, andra drar ner. Den totala kapaciteten blir summan av vad en rad olika producenter beslutar. I svensk sjukvård med finansieringen i princip samlad hos respektive landsting måste dimensioneringsbesluten i stort fattas av dessa. Det gäller både utbyggnad och nedskärningar totalt och omdisponeringar mellan producerande enheter.

Förutsättningarna för att samlade, mera genomgripande strukturbeslut skall komma till stånd inom sjukvården är i dag små. Det

som synes vara politiskt möjligt är att slå samman flera produktionsenheter till en enhet, och låta denna genomföra den nödvändiga kapacitetsneddragningen och förändring av arbetsfördelningen. Så sker för närvarande på flera håll i landet, bl a i Göteborg där de tre sjukhusen har fått gemensam ledning. I samma riktning pekar också införande av formaliserat samarbete mellan stora och små sjukhus som mellan sig omfördelar arbetsuppgifter. Sjukhus läggs inte ner; de bara byter innehåll i verksamheten.

Det finns emellertid även ekonomiskt-rationella skäl som talar för att inte centralt, på statlig eller regional nivå, reglera fram en vårdstruktur som uppfattas som optimal i visst läge utan hellre skapa ett institutionellt ramverk som både medger och stimulerar strukturanpassningar. När det gäller högspecialiserad vård kan den dimensioneras genom att sjukvårdsregioner (eller andra sjukvårdsfinansiärer) sluter långsiktiga kontrakt med lämpliga vårdproducenter, medan lågteknologisk, småskalig vård dimensioneras genom samspel mellan vårdproducenter, patienter och vårdfinansiärer.

Kapitalrationalisering

Struktur- och kapacitetspåverkande beslut fattas i praktiken på alla nivåer, från huvudmannanivån ner till enskilda vårdenheter. Centrala beslut växer ofta fram genom tryck underifrån. Särskilt inom sjukhusen binds mycket kapital. Hur detta kapital i form av både reala och finansiella resurser dimensioneras, fördelas och hanteras har stor betydelse för vårdekonomin.

Även om det på senare år gjorts stora ansträngningar för att förbättra ekonomistyrningen i sjukvården finns stora brister, inte minst när det gäller mekanismerna för fördelning av kapital till vårdenheterna. Investeringsbeslut fattas ofta utan att man beaktar kapitalets alternativanvändningsvärde (alternativkostnad). Ansvaret för kapitalanvändningen inom vårdenheterna (sjukhus, kliniker, vårdcentraler etc) är ofta oklart formulerat. Kostnaderna för kapitalbindningen är ofta okända för de operativt ansvariga och beaktas därför inte. Kapitalrationalisering ger ingen belöning, snarare motsatsen.

Producerande enheter bör vara ekonomiskt ansvariga för alla

resurser som de disponerar över eller på annat sätt påverkar. Ett sätt är att internt räntebelägga allt kapital som binds i en verksamhet. Även om finansieringen av t ex sjukhus sker centralt, och större investeringar beslutas på högsta beslutsnivå, bör avvägningar mellan drifts- och kapitalkostnader, dvs kapitalintensiteten i enskilda verksamheter, i hög grad kunna överlåtas till de verksamhetsansvariga. De bör kunna bedöma vad som är den mest kostnadseffektiva vårdteknologin och även ha ett samlat medicinskt och ekonomiskt ansvar för de beslut som fattas.

Vad gäller associationsformen för större enheter som sjukhus talar ekonomisk-rationella skäl för att välja aktiebolagsformen. Den skapar tydlighet i det ekonomiska ansvaret. Rollfördelningen mellan ägare, styrelse och verkställande ledning blir klarare. Befogenheterna likaså. Detta gäller oberoende av vem som är ägare till aktierna. Det finns också nackdelar som hänger ihop med att aktiebolagsformen är avsedd för vinstinriktad affärsverksamhet.

Alla associationsformer har sina fördelar och nackdelar. Om de producerande enheterna skall kunna ta ett samlat medicinskt och ekonomiskt ansvar för sin verksamhet måste de emellertid, oavsett associations- och ägarformer, ges en självständig ställning.

6. Patientens valfrihet och vårdens kvalitet

- *Vilken valfrihet bör patienter ha?*
- *Kan patienter verkligen göra upplysta val?*
- *Blir det dyrare vård om patienterna får mer att säga till om? Ökar ojämlikheten?*

Valfrihet – mål eller medel?

Patientens valfrihet kan ses som ett mål i sig eller som ett medel att åstadkomma effektivitet i konsumtionen och produktionen av sjukvård. Förutsättningarna för patientens valfrihet har analyserats i flera SNS-böcker: *Valfrihet och konkurrens i sjukvården* (Arvidsson och Jönsson, red, 1991), *Patientmakt över vården* (Saltman, 1992) och *Valfrihet och jämlikhet i vården* (Anell och Rosén, red, 1996; ingår inte i projektet).

I de båda senare böckerna diskuteras ingående både motiven för ökat patientinflytande och vilka etiska och informationsmässiga komplikationer som kan föreligga. I båda böckerna argumenteras det för att patienternas roll bör stärkas, inte bara för att det gynnar den enskilde utan för att sjukvården som helhet blir bättre. Vården blir inte nödvändigtvis dyrare av ökad patientmakt: Det finns exempel på att välinformerade patienter är mer benägna än sina läkare att avstå från behandlingar med osäkert värde. Det är också för många ett värde i sig att få ta ökat ansvar för sin egen hälsa och hur den skall främjas.

Det finns således många aspekter på patientinflytande, patienträttigheter och patientval. I det följande skall vi begränsa oss till ett mer renodlat ekonomiskt resonemang.

Ett ekonomiskt perspektiv på valfrihet

I valet mellan olika konsumtionsalternativ förutsätts konsumenten på en normal marknad välja det som ger högst nytta inom ramen för budgetrestriktionen. De relativa priserna kommer då att återspegla konsumentens marginalnytta av olika varor.

Inom sjukvården begränsas valfriheten inte i första hand av patienternas budgetrestriktioner utan av den fysiska tillgängligheten av olika sjukvårdsresurser. Eftersom vårdkonsumenten inte betalar fulla priset för varan eller tjänsten har det ansetts motiverat att begränsa valfriheten. Detta argument kan vara giltigt när det gäller val mellan alternativ som har olika kostnader. Det är inte relevant när det gäller alternativ med samma kostnader. Exempelvis ökar effektiviteten i konsumtionen om möjlighet ges att välja förlossningsklinik eller husläkare vid samma kostnad. Om konsumenterna tilldelas en speciell producent blir konsumtionen inte effektiv, utom i det fall att tilldelningen gjorts så att ingen skulle vilja byta.

Ökade valmöjligheter inom sjukvården kan således motiveras med att det ökar effektiviteten i konsumtionen även om konsumenten inte betalar det fulla priset. Förutsättningen är dock att alternativen kostar lika mycket. Detta kan organiseras exempelvis genom att patienten erhåller en faktisk eller fiktiv "voucher". Patientens val av husläkare medför att vederbörande läkare får en fast vårdersättning från landstinget. Det är ett exempel på en faktisk om än för patienten osynlig voucher. Fritt vårdsökande på en och samma vårdnivå kan tolkas som en fiktiv "voucher", där voucherns värde är lika med den ersättning till vårdproducenten som överstiger patientavgiften.

Styrning med patientavgifter

Det förekommer i andra fall att konsumenten ställs inför val med olika relativa priser. Genom differentierade patientavgifter kostar det för konsumenten mer att söka vård hos specialist eller akutintag än att gå till primärvården (husläkaren/vårdcentralen). Avsikten med detta är att styra konsumenten mot ett mera kostnadseffektivt val. Problemet blir då att hitta relativa priser som på ett rättvisande sätt återspeglar dessa skillnader. Det är knappast troligt att de schabloner som i dag används återspeglar kostnadsskillnaderna på ett

korrekt sätt. Denna styrning omöjliggörs dessutom i många fall genom det tak som finns för egenavgifterna under en tolvmånadersperiod, det s k högkostnadsskyddet. För patienter som kommer över detta tak blir all överskjutande konsumtion fri. Den uppdelning som görs i ett tak för läkemedel och ett för övrig vård reducerar i viss mån detta problem.

Ett annat exempel på att utnyttja skillnader i relativa priser för att styra konsumenternas/patienternas val är införandet av referensprissystemet för läkemedel. Patienten får betala mellanskillnaden mellan ett referenspris och det faktiska pris som läkemedlet betingar. Detta har medfört att prisnivån anpassats till referenspriset eftersom produkterna uppfattas som likvärdiga. I vissa fall kan dock de relativa priser konsumenten möter leda till ineffektiva val. Det gäller exempelvis när likvärdiga läkemedel har olika subventioneringsnivå. Det kan då vara mera fördelaktigt för konsumenten att välja ett dyrare läkemedel med högre subventionering än ett likvärdigt, billigare med lägre subventionering. Att åstadkomma effektivitet i konsumtionen genom att manipulera de relativa priserna fordrar därför stor uppmärksamhet på de incitament som skapas.

Det är åtminstone teoretiskt möjligt att åstadkomma såväl effektiv produktion som effektiv konsumtion utan att konsumtionsvalet styr vad som produceras. Det kan ske genom att en tredjepartsfinansiär, t ex en beställarnämnd i landstinget, disponerar köpkraft och med denna påverkar vårdutbudet som (perfekt informerade och altruistiska) ombud för patienterna. Producenterna och konsumenterna möter då olika uppsättningar av priser, vilka i princip kan sättas så att man når såväl effektiv produktion som effektiv konsumtion, men där produktionsinriktningen inte återspeglar konsumenternas önskemål utan tredjepartsfinansiärens. Den nuvarande landstingsmodellen bygger på ett sådant tänkande.

Skall pengarna följa patienten – eller patienten pengarna?

Frågan blir då om det inom sjukvården är önskvärt att konsumentpreferenserna skall styra verksamhetsinriktningen. Som skäl mot detta anförs vanligen att konsumenterna inte kan agera som effektiva konsumenter, åtminstone gäller detta för viss typ av vård. Å andra

sidan kan det finnas många aspekter av vården som endast den enskilde patienten kan bedöma, och därför får anses vara experten.

Denna konflikt syns mycket tydligt i de reformer som för närvarande genomförs i de flesta sjukvårdssystem. Frågan gäller om pengarna skall följa patienten eller om patienten skall följa pengarna. Det finns ingen enkel lösning på denna konflikt. Sättet på vilken den hanteras har dock stor betydelse för sjukvårdssystemets funktionssätt och effektivitet. Effektiviteten kommer i praktiken till stor del att bestämmas av hur väl denna inneboende konflikt hanteras. Stora krav ställs på både beställare/köpare och producenter. Systematiska studier av vårdeffektiviteten, innefattande såväl prestationer och kostnader som medicinsk kvalitet och patienttillfredsställelse, är viktiga instrument för en bättre styrning.

Vårdkvaliteten

Kvalitetsfrågan är nära kopplad till avvägningen mellan konsumentval och köparstyrning. Om vi först ser frågan ur konsumentperspektivet, dvs den patientupplevda kvaliteten, så är naturligtvis patienten själv den som kan bedöma denna. Med valfriheten har det uppkommit ett ökat intresse hos vårdgivarna att genom olika patientenkäter mäta patientens tillfredsställelse med vården. Sådana mätningar kan sedan användas för ett arbete på att kontinuerligt förbättra kvaliteten. Vi kan förvänta att den typen av kvalitetsarbete, som är vanligt i privata tjänsteföretag, kommer att bli ett viktigt inslag i framtidens sjukvård. (Se t ex *Kvalitetssäkring av vården*, Reizenstein, 1992. Ett exempel från sjukvården redovisas i artikeln "Åtgärdsinriktade patientenkäter" av Westlund m fl, 1996.)

Det finns kvalitetsaspekter som patienten inte uppfattar eller har svårt att värdera. Dessa brukar ibland kallas den "medicinska" kvaliteten. Denna kvalitet kan exempelvis följas genom epidemiologiska studier och uppföljningar av behandlingsresultat. Detta kvalitetsarbete är en viktig del av vårdköparnas ansvar. I dag saknar många vårdköpare resurser, kompetens och informationssystem för detta arbete, men denna brist bör kunna avhjälpas till rimliga kostnader och inom rimlig tid. Om relationen mellan finansiär och utförare av vården är hierarkisk bör finansiären kunna kräva önskad information från underlydande vårdproducenter. I kontraktsförhål-

landen kan köparna ställa krav i kontrakten på att vårdgivarna skall ha adekvata system för kvalitetsuppföljning och redovisa inte bara kvantiteten av olika prestationer de får ersättning för utan också kvaliteten i olika specificerade avseenden.

Det krävs också en övergripande tillsyn av kvaliteten och denna utövas enligt lag av Socialstyrelsen. Den formella tillsynen är i hög grad inriktad på de individer som har en medicinsk yrkeslegitimation som t ex läkare, tandläkare, sjuksköterska eller sjukgymnast. För vård som ges av offentliga institutioner inordnade i förvaltningshierarkier eller som egenföretagare förefaller detta adekvat. Om vårdproducenterna i framtiden får en från finansiärerna fristående ställning, och det dessutom skapas olika former av sjukvårdsföretag av skilda storlekar, kan någon form av "ackrediteringssystem" för sjukvårdsföretag behöva skapas. Denna fråga måste bedömas med hänsyn till såväl kostnader som vinster. Till nackdelarna hör den begränsning i tillträdet till marknaden som en ackrediteringsprocedur innebär. Till fördelarna hör att varje beställare inte själv behöver granska kompetens m m hos utföraren.

Kvalitetsarbete

Det finns i dag en utbredd oro för successivt försämrad vårdkvalitet. Det gäller både den medicinska kvaliteten och servicekvaliteter som tillgänglighet, bemötande, kost och logi i sjukhusen osv. I en verksamhet med högt resursutnyttjande och små marginaler slår snabba resursneddragningar ofta hårt på kvaliteten. Det är de lättrörliga resurserna som på kort sikt kan påverkas, medan kostnaderna för infrastrukturen (byggnader, dyrbar utrustning m m) är mer trögrörliga (oavsett vem som belastas med dem). Att inom oförändrade eller krympande ramar skapa utrymme för utveckling och "guldkant" på verksamheten är en viktig uppgift för ägare och ledning. Hur utrymmet sedan utnyttjas är en fråga om både ledarskap och personalens engagemang och yrkesansvar. Väsentligast är att prioritera kvaliteten i de prestationer som kommer avnämarna till nytta. Hög – och kanske kostsam – standard på resurserna behöver inte innebära hög kvalitet på slutprestationerna.

Inspiration till ett mer systematiskt kvalitetsarbete kan hämtas från flera håll. Ett närliggande sätt är att studera det mycket mål-

medvetna kvalitetsarbete som bedrivs i vissa amerikanska vårdsystem. Man jämför sig systematiskt med de bästa i "branschen" och lär sig av dem. Internt har man kontinuerlig vidareutbildning i kombination med kvalitetssäkringsprogram som bl a omfattar kollegial granskning ("peer review") av klinikers och läkares arbetssätt och arbetsresultat. Normerna sätts av "kollegiet" självt, vilket vanligen leder till både högre ambitioner och större ansträngningar att nå upp till dem. Detta arbetssätt förekommer naturligtvis även i svensk sjukvård, men frågan är om vikten av ett systematiskt kvalitetsarbete genomsyrar allt vårdarbete, i hela landet.

Det bör också finnas möjligheter att ta vara på idéer och erfarenheter från andra samhällssektorer, inte minst från "teknologiskt" likartade verksamheter. Professionella, kunskapsintensiva organisationer finns ju inte enbart inom sjukvården.

Viktigt är också att kvalitetsarbete inte blir till slentrian och stöps efter en centralt utarbetad mall som sedan skall implementeras. Kvalitetsarbete måste vara en levande process som ges näring från olika håll. Det talar för att sjukvårdens egna rationaliseringsorgan inte bör ha en faktisk monopolställning när det gäller metodutveckling och stödinsatser.

Kvalitetsarbete i professionella organisationer utgår primärt från professionens egna ambitioner och åtaganden. Utan externt ställda krav och förväntningar på kvaliteten är dock risken stor att interna uppfattningar om vad som är god kvalitet förväxlas med den kvalitet som kommer avnämarna till godo. Det är därför viktigt att såväl vårdens finansiärer/beställare som dess direkta avnämare har möjlighet att kommunicera sina krav och önskemål – och makt att sätta bakom dessa. Både entreprenadkontrakt/vårdavtal och patienters valmöjligheter är exempel på kvalitetssäkringsinstrument.

7. Läkemedel

- *Varför var det nödvändigt att reformera läkemedelsförmånen?*
- *Vilka principer krävs för en långsiktigt uthållig läkemedelsförmån?*
- *Vem bör ha betalningsansvar för läkemedlen?*
- *Hur skall forskning och utveckling inom läkemedelssektorn finansieras om köparen alltid väljer billigaste läkemedel?*

Läkemedelskostnaderna uppgick till 17,5 miljarder kronor 1995, vilket var ungefär 15 procent av de löpande utgifterna för hälso- och sjukvård. Från 1980 till 1995 fördubblades läkemedelskostnaderna i fasta priser. Som framgår av tabell 7.1 har ökningstakten varit starkast de senaste åren. Den långvariga ökningen i de totala sjukvårdskostnaderna har, som visats i kapitel 1, upphört under 1990-talet. Däremot har alltså läkemedelskostnaderna fortsatt att öka, vilket inneburit att läkemedlens andel av totalkostnaderna stigit. Läkemedelskostnadernas andel av BNP har också ökat kraftigt under 1990-talet.

Varför ökar läkemedelskostnaderna?

En viktig förklaring till läkemedelskostnadernas ökning är att det introducerats ett stort antal nya läkemedel, både inom nya behandlingsområden och som ersättning till äldre läkemedel. Samtidigt har aktiviteten i sjukvården ökat till följd av incitamenten till produktivitetsökningar, vilket också drivit på läkemedelsanvändningen. Att läkemedlen tar en större andel av sjukvårdskostnaderna är i sig inget ekonomiskt problem, förutsatt att pengarna får en mer kostnadseffektiv användning om de spenderas på läkemedel än på t ex operationer vid en viss diagnos. Det finns många exempel på framgångsrik användning av nya läkemedel som inneburit både bättre behandlingsresultat och lägre behandlingskostnader.

Tabell 7.1 Olika mått på läkemedelsutgifterna i Sverige 1980–1995

	(1) Nominella läkemedels-kostnader	(2) Reala läkemedels-kostnader	(3) Reala läkemedels-kostnader per invånare	(4) Procent av hälso- och sjukvårdskostnader	(5) Procent av BNP
1980	3 765	2 100	253	8,0	0,71
1981	4 100	2 063	248	7,9	0,71
1982	4 079	2 161	260	8,1	0,74
1983	5 277	2 290	275	8,2	0,74
1984	5 567	2 233	268	7,9	0,70
1985	6 087	2 301	276	8,5	0,70
1986	6 570	2 410	288	8,7	0,69
1987	7 335	2 603	310	8,9	0,72
1988	8 280	2 743	325	9,3	0,74
1989	9 167	2 860	340	9,2	0,74
1990	10 147	2 949	344	9,1	0,75
1991	11 407	3 154	366	9,7	0,79
1992	13 037	3 504	404	12,5*	0,90
1993	14 248	3 686	423	13,5	0,99
1994	15 811	4 036	460	14,1**	1,04
1995	17 559	4 401	499	14,8**	1,06

Kol 1: Nominella läkemedelskostnader kr, 1980–95.
Kol 2: Reala läkemedelskostnader, kr, 1980–95, fasta priser (1974).
Kol 3: Reala läkemedelskostnader per invånare, kr, 1980–95, fasta priser (1974).
Kol 4: Läkemedelskostnaderna i procent av de totala löpande utgifterna för hälso- och sjukvård, 1980–95.
Kol 5: Läkemedelskostnaderna i procent av bruttonationalprodukten (BNP), 1980–95.

*Fr o m 1992 har äldreomsorgen överförts från landstingen till primärkommunerna. Hälso- och sjukvårdskostnaderna har därmed minskat med 14 miljarder kronor vilket innebär att läkemedelskostnadernas andel av sjukvårdskostnaderna ökar tekniskt med ungefär 1,5 procentenheter 1992.

** Preliminära beräkningar

Källa: Apoteksbolaget (1996) och egna beräkningar.

Kostnadsökningen under de senaste åren behöver därför inte vara något negativt. Samtidigt finns det åtskilliga belägg för att läkemedelsanvändningen inte alltid är rationell. Förskrivningen av t ex antibiotika och blodtryckssänkande medel varierar över landet på ett sätt som många bedömare tolkar som tecken på ineffektiv läkemedelsanvändning till höga kostnader.

Sett över en längre tidsperiod påverkas läkemedelskostnaderna främst av övergången till ny, bättre och dyrare terapi. För att kunna värdera denna utveckling krävs kunskap om läkemedlens kostnadseffektivitet i sin användning inom sjukvården inklusive effekter på produktionsbortfall på grund av sjukdom eller förtida pension.

Kostnaderna kan kontrolleras på i princip två sätt. Det ena handlar om förskrivningsmönstren, dvs vilka läkemedel som används till vad. Det andra gäller prissättningen. Staten som hittillsvarande huvudfinansiär av läkemedel i öppen vård har egentligen bara haft prisfaktorn och patientavgifterna att spela med, bortsett från möjligheten att undandra stora grupper läkemedel från subventioneringen. Det kan på sikt få allvarliga konsekvenser för läkemedelsförsörjningen, om en eftersträvad begränsning av läkemedelskostnaderna skall åstadkommas genom priskontroll. Samtidigt står det klart att den hittillsvarande situationen, med en öppen försäkringsfinansiering av receptläkemedlen, är förenad med betydande problem.

Mot denna bakgrund har läkemedelsområdet behandlats i två studier inom SNS-projektet.

Hälsoekonomiska analyser

Den ena studien, *Ekonomisk utvärdering av läkemedel* (Johannesson och Jönsson, 1993), behandlade behovet av hälsoekonomiska utvärderingar. Sådana har flera viktiga användningsområden. Ett är att ge underlag för överväganden, rekommendationer och beslut om mest effektiva behandlingsform, där såväl nytto- som kostnadsaspekten beaktas. Läkemedelskommittéerna kommer att i ökande grad behöva denna typ av studier som stöd för sitt arbete.

Ett annat användningsområde är att ge underlag för initialprissättning av nya läkemedel. Sjukvårdens krav på kostnadseffektivitet har långtgående konsekvenser för de forskande läkemedelsföretagen. Läkemedelsköparna vill ha låga priser. Samtidigt måste det finnas incitament till och möjlighet att finansiera forskning och utveckling. Samspelet mellan läkemedelsfinansiärerna/köparna och läkemedelsföretagen påverkar de senares forskningsinriktning, produktsortiment, prissättning och marknadsföring och därmed också tillgången till läkemedel i sjukvården.

Metoderna för hälsoekonomiska studier är väl utvecklade, men det är ofta förenat med stora svårigheter och kostnader att få fram erforderliga data. Kompetensen för att genomföra och tolka studierna måste byggas upp. Att hälsoekonomiska utvärderingar numera blivit ett viktigt medel i styrningen av sjukvården framgår bl a av att de ingår som en betydelsefull del i de utvärderingar som genomförs av SBU, Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik.

Läkemedelssubventioner

Den andra studien, *Läkemedelsförmånen* (Gerdtham och Jönsson, 1993), behandlade hur de offentliga subventionerna av läkemedel borde utformas. En viktig utgångspunkt var den mycket ojämna läkemedelskonsumtionen. Fördelningen av kostnaderna för receptläkemedel i Jämtland år 1993 framgår av tabell 7.2. Om situationen där är representativ för landet svarar 4 procent av befolkningen för knappt hälften av läkemedelsutgifterna och drygt hälften av subventionerna.

Tabell 7.2 Fördelning av utgifterna för receptläkemedel 1993

Utgift per person och år	*Andel av befolkningen (%)*	*Andel av utgifterna (%)*	*Andel av subventionerna (%)*
0	36,4	0	0
1–500	33,2	6,9	1,9
501–1 000	9,8	7,2	4,4
1 001–2 000	8,2	11,9	9,8
2 000–5 000	8,6	27,8	28,6
5 000+	3,9	46,2	55,2

Källa: Apoteksbolaget: Jämtlandsundersökningen.

Analysen utmynnade i ett förslag till förändring av läkemedelsförmånens konstruktion som skulle möjliggöra kontroll av statens utgifter utan att marknaden administrerades sönder. För att ge både statsfinansiella besparingar och incitament till ett effektivt konsumtionsval föreslogs ökade egenavgifter för lågkonsumenter i kombi-

nation med ett högkostnadsskydd för storkonsumenterna. Subventioneringen föreslogs öka trappstegsvis upp till den nivå där "högkostnadsskyddet" träder i kraft. (Huvudförslaget var: Ingen subvention upp till 500 kronor, därefter 50 procent egenavgift upp till 1 000 kronor och 25 procent egenavgift upp till 2 000 kronor. Detta ger en maximal egenavgift på 1 000 kronor per år, eller 250 kronor per kvartal.)

Kritiken mot modellen gällde främst den finansiella belastning som ett enskilt läkemedelsinköp kan innebära för den som har låga inkomster och inga sparade pengar. Detta är ett problem som måste vägas mot de fördelar systemet skulle ge genom att skapa pris- och kostnadsmedvetenhet. Om lägre egenavgifter skall tas ut måste i stället administrativa restriktioner av olika slag införas. De skulle vara mindre synliga, men inte nödvändigtvis mera rättvisa ur fördelningspolitisk synvinkel. Effekterna kan också mildras genom möjligheter att dela upp betalningen. Dessutom måste naturligtvis ersättningarna i socialtjänsten utformas så att de som saknar kontantmarginal får råd att köpa ut de förskrivna medicinerna. I detta avseende skilde sig emellertid inte förslaget från det gällande systemet. Farhågor för att ett system som detta leder till att patienterna avstår från att köpa ut sin medicin, och därför riskerar hälsan, måste beaktas men bör inte tillmätas avgörande vikt. Följsamheten till ordinationerna beror på en mängd faktorer, och patientens egenavgift är knappast den viktigaste.

Läkemedelsreformer

Läkemedelsförmånen har efter det att SNS-studien publicerades behandlats i en särskilt delbetänkande inom ramen för HSU 2000, *Reform på recept* (SOU 1995:122). Den av utredningen föreslagna utformningen av läkemedelsförmånen i framtiden överensstämmer med de grundläggande principerna i SNS-studien. Riksdagen har gått på samma linje. Från den 1 januari 1997 gäller ett nytt system med trappstegsvis utformade subventioner i intervallet 401–3 800 kronor per tolvmånadersperiod. Den maximala egenavgiften blir 1 300 kronor under denna period. Konstruktionen är således densamma som i SNS-skriften, men egenavgifterna är högre. Gemensamt är att systemet förenklas, att subventioneringen görs konkur-

rensneutral mellan olika produkter på marknaden och att systemet utformas som ett högkostnadsskydd där subventionerna koncentreras till de personer som har de största utgifterna. De mindre utgifterna får patienten betala helt eller delvis själv, vilket ökar pris- och kostnadsmedvetenheten i systemet. Apoteksbolaget kommer att erbjuda möjligheter att dela upp betalningarna.

Erfarenheterna under hösten 1996 med hamstring av läkemedel inför förändringen av subventioneringssystemet visar på svårigheterna att genomföra reformer. De som förlorar på läkemedelsreformen, t ex de patienter som har haft fria läkemedel, försöker naturligtvis att kompensera sig för försämringen. Det är knappast förvånande att man utnyttjar de möjligheter som systemet erbjuder, och det borde vara lätt att förutse. Hamstringen innebär – om än temporära – problem och störningar i läkemedelsförsörjningen som skulle kunnat undvikas genom att man i förväg beslutat om att samma restriktioner på uttag skall gälla för fria läkemedel som för övriga. Liksom på andra marknader framgår tydligt betydelsen av att "avregleringen" görs på ett systematiskt och genomtänkt sätt. Vidare framgår vikten av att skapa enkla och lättöverskådliga system så att exempelvis förändringar i egenandelarna kan göras utan att snedvridande och oönskade incitament skapas.

HSU 2000 föreslog också en överföring av kostnadsansvaret för receptläkemedlen från Riksförsäkringsverket till landstingen. Detta planeras nu genomföras från 1998. Förändringen är en följd av det tidigare ställningstagandet inom HSU 2000 att behålla landstingsmodellen och är ett led i att samla kostnadsansvaret för alla vårdresurser på ett ställe. Den aktualiserar samtidigt svagheterna med landstingsmodellen. Mot fördelarna med samlat regionalt ansvar bör ställas svårigheterna att föra en nationell politik där det förefaller lämpligt, exempelvis avseende läkemedelspriserna. En överföring av kostnadsansvaret för receptläkemedlen till landstingen måste förenas med långsiktighet, framför allt vad avser incitamenten till fortsatt FoU inom läkemedelsindustrin. Vidare behövs en helhetssyn där läkemedlens kostnadseffektivitet värderas i ett vidare perspektiv än det landstingsekonomiska, t ex så att minskade kostnader för sjukfrånvaro och förtida pension vägs in. Förändringen reser också en del obesvarade frågor rörande priskontrollen på läkemedel och Apoteksbolagets framtida roll inom läkemedelsförsörjningen, bl a Apoteksbolagets monopolställning och ägarförhållanden.

Sammantagna är de beslutade och aviserade förändringarna inom läkemedelsområdet förändringar i rätt riktning. De lägger grunden för en mer stabil och mindre detaljreglerad läkemedelsmarknad. Läkemedlen kommer att kunna värderas i sitt rätta sammanhang, dvs vägas mot alternativen. Visst kan det finnas enskilda förlorare på reformerna, men helheten blir avgjort bättre. Det gäller nu att inte minst landstingen förmår att leva upp till sitt nya ansvar.

8. Tandvård

- *Vilket finansieringsansvar bör patienterna respektive den offentliga sektorn ha i tandvården?*
- *Raseras tandhälsan om patienterna i princip får betala all tandvård själva?*
- *Vilka spelregler bör gälla för privattandvården repektive folktandvården?*
- *Kan tandvårdssubventionerna ersättas med privata tandvårdsförsäkringar?*

Tandvården består av två huvuddelar: vuxentandvård respektive barn- och ungdomstandvård. Den senare är avgiftsfri. Ansvaret ligger hos landstingen som bedriver vården i Folktandvården eller hos kontrakterade privattandläkare. Vuxentandvården bedrivs av både privata tandläkare och Folktandvården som har ungefär samma totala omfattning. Vuxentandvården är sedan länge subventionerad via en särskild tandvårdsförsäkring, som administreras av Riksförsäkringsverket. Några nyckeldata om tandvården finns samlade i tabell 8.1.

Tandvården har varit föremål för två delstudier i SNS sjukvårdsprojekt. I den ena, *Tandvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?* (Arvidsson och Jönsson, red, 1993), analyserades den svenska tandvården i ett internationellt perspektiv. I den andra, *Tandvården – en ekonomisk analys* (Jönsson och Karlsson, 1994), gjordes en genomgång av tandvårdens grundläggande ekonomiska förutsättningar. På basis av dessa studier utarbetades en skiss till en tandvårdsreform, ”Skiss till riktlinjer för den framtida tandvårdspolitiken” (Arvidsson, Jönsson och Karlsson, 1993).

Tabell 8.1 Fakta om tandvården

	1985	*1990*	*1991*	*1992*	*1993*	*1994*	*1995*
Tandvårdskostnad, Mkr (löpande priser)	6 510	10 202	10 836	10 931	11 040	11 174	10 809
Offentliga subventioner	4 961	7 029	7 429	6 460	6 427	6 177	5 542
– varav tandvårdsförsäkring	3 369	3 750	4 210	3 994	3 468	3 353	2 414
– varav landstingen	1 592	3 279	3 218	2 466	2 959	2 824	3 128
Tandvårdskostnad, Mkr (1990 års priser)[1]	8 780	10 202	9 900	9 800	9 400	9 300	8 800
Andel av hälso- och sjukvården, procent[2]	8,5	8,7	8,9	10,0	10,0	9,5	8,6
Antal yrkesverksamma tandläkare	8 820	9 592	9 585	–	–	–	8 881

[1] Justerat med konsumentprisindex.
[2] Att andelen ökar kraftigt 1992 beror på en omdefinition av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården.

Källa: Riksförsäkringsverket; Landstingsförbundet.

Bra men dyr tandvård

Vid genomgången av den svenska tandvården drogs slutsatsen att de mål som formulerades i samband med 1974 års tandvårdsreform i stort hade uppfyllts. Tandvårdsreformen innebar ett kraftigt resurstillskott till tandvården, framför allt under den första tioårsperioden. Utmärkande för svensk tandvård i början av 1990-talet var att den producerades till en förhållandevis hög kostnad, att den var starkt subventionerad, innebar en blandning av offentlig och privat produktion och att tillgängligheten i termer av besöksfrekvens var hög. Tandvårdsmarknaden omgärdades dessutom av omfattande regleringar. Antalet tandläkare i förhållande till befolkningsstorleken var också högt. Vidare konstaterades att svenskarna hade god tandhälsa, men att detta också gällde i länder som hade lägre tandvårdskostnader och lägre offentliga subventioner.

En av slutsatserna efter analysen av den svenska tandvårdsmarknaden var att tandvårdstaxan var kostnadsdrivande. Kraftiga subventioner och ett system som baserades på ersättning efter prestation tillsammans med en övertalighet av tandläkare gav sådana incitament. Subventioner och därmed betalning av tredje part tvingade också fram en mängd regleringar, framför allt en detaljerad kon-

troll av taxorna, som i sin tur innebar att tandvårdsmarknadens funktionssätt försämrades.

I studien diskuterades i vad mån subventioner till vuxentandvården hade positiva effekter som kunde uppväga nackdelarna. En slutsats var att regelbundna kontroller visserligen är viktiga för upprätthållande av god tandhälsa, men att allmänna subventioner troligen är mindre betydelsefulla. En väl fungerande barn- och ungdomstandvård, där attityder och beteenden rörande tandhälsa och tandvård grundläggs, parat med ett effektivt kallelsesystem är förmodligen viktigare. För att renodla tandvårdsförsäkringens roll som just försäkring föreslogs att eventuella subventioner till vuxentandvården skulle koncentreras till ett högkostnadsskydd, till vissa indikationer och till vissa utsatta grupper. Därigenom skulle behovet av en stor del av de regleringar som omgärdade tandvården bortfalla, och marknaden ges förutsättningar för att bli mer effektiv.

Tandvårdsreform

Samtidigt med att studien utfördes pågick en offentlig utredning som utmynnade i ett förslag till s k premietandvård, ett uniformt ersättningssystem för vuxentandvård med stort inslag av fasta årspremier. I vår reformskiss avrådde vi från att införa obligatoriska, uniforma, detaljerade tandvårdskontrakt. Genomförande av nya idéer inom den professionella tandvården skulle försvåras, eftersom olika program kan kräva olika organisatoriska och finansiella lösningar. Myndigheternas roll borde i stället koncentreras till att fastställa de övergripande spelreglerna och låta olika aktörer inom den offentliga och privata tandvården själva utforma sina tjänsteerbjudanden.

Sedan publiceringen av SNS-skrifterna har flera förändringar skett i tandvården. Bland annat har subventionerna till vuxentandvården minskat. Den vuxne patienten får i dag (november 1996) själv betala hela arvodet upp till 700 kronor under en behandlingsperiod. För belopp mellan 700 kronor och 13 500 kronor betalar försäkringen 35 procent av arvodet och för den del som överstiger 13 500 kronor 70 procent. Beräkningsgrunderna för arvodet har också förändrats så att patienten får betala en större andel av kostnaden. Antalet åtgärder i tandvårdstaxan har minskat, och möjligheter till

tidsdebitering har nästan helt försvunnit. Tandtekniskt arbete ingår numera som en del av tandläkarens arvode. Regeringen har dessutom aviserat att avskaffa den allmänna försäkringen för vuxna från 1998 och enbart rikta stödet till särskilda grupper.

Tandvårdsförsäkring

Om den statliga allmänna tandvårdsförsäkringen för vuxna försvinner är det två aspekter som är särskilt viktiga. Den ena gäller högkostnadsskyddet, den andra konkurrensförutsättningar och tandvårdsmarknadens villkor. Tas subventionerna bort helt kan många personer komma att stängas ute från omfattande och dyra behandlingar. Redan i dag finns dock privata tandvårdsförsäkringar som komplement till den allmänna tandvårdsförsäkringen. De innebär att delar av tandvårdsförsäkringens självrisker försäkras bort. Antalet personer som hittills tecknat privata tandvårdsförsäkringar är ganska litet men växande. Skandia och Länsförsäkringar var först ut under 1995 och har på kort tid fått ca 15 000 försäkrade var. Se tabell 8.2.

Tabell 8.2 Privat tandvårdsförsäkring för vuxna 1995/96

	Försäkringstagare	*Marknadsandel, procent*
Skandia	15 000	50
Länsförsäkringar	14 000	47
WASA	1 000	3
Totalt	30 000	100

Källa: Respektive bolag.

Utnyttjandet av de privata försäkringarna är begränsat till de tandläkare försäkringsbolagen har avtal med. Skandia samverkar med Praktikertjänst, Länsförsäkringar med Sveriges Privattandläkarförening och Wasa med tandläkare anslutna till Solident. Konstruktionen med samverkansavtal mellan försäkringsgivare och vårdgivare begränsar visserligen det fria vårdsökandet men har många andra fördelar, inte minst att den ekonomiska osäkerheten blir hanterlig.

Även om behovet av försäkringsskydd ökar förefaller det emellertid sannolikt att privata försäkringar kommer att spela en relativt begränsad roll som högkostnadsskydd. Personer med god hälsa och

förhållandevis låga förväntade tandvårdskostnader kommer troligen att tveka att teckna privata försäkringar, medan personer med ett förväntat stort tandvårdsbehov kan komma att få svårt att ansluta sig till sådana försäkringar, såvida de inte är bereddda att betala mycket höga premier; detta är problemet med en privat försäkringsmarknad där premierna återspeglar risken.

Det finns därför skäl att överväga hur ett högkostnadsskydd kan utformas, med eller utan finansiell medverkan av det offentliga.

Tandvårdsmarknadens funktionssätt

Den andra aspekten av att subventionerna till vuxentandvården försvinner gäller tandvårdsmarknadens funktionssätt och konkurrensförutsättningar. En stor del av de regleringar som hittills omgärdat tandvården är knutna till den offentliga finansieringen via tandvårdsförsäkringen. Behovet av sådana begränsningar och regleringar försvinner samtidigt med tandvårdsförsäkringen. Detta innebär bland annat att möjligheter till priskonkurrens öppnas, att etableringshinder försvinner, att tandhygienister kan arbeta fristående från tandläkare och att andra ersättningssystem än det åtgärdsbaserade kan prövas. Etablerande av nya vårdformer med nya konstellationer av allmäntandläkare, specialister, tandhygienister och tandsköterskor kommer att underlättas av att prisbildningen blir fri och av att nya kontraktsformer kan väljas. Allt detta borde innebära att tandvårdsmarknadens funktionssätt förbättras.

Samtidigt finns det skäl att påminna om dels att varje marknad behöver spelregler, dels att en övergång från ett starkt reglerat system till ett mindre reglerat kan innebära svårigheter. Det gäller också tandvården. Tandvårdens olika aktörer, såsom patienter, tandläkare, tandtekniker m fl, måste kunna orientera sig och agera på tandvårdsmarknaden. Det är därför viktigt att det fastställs övergripande spelregler som anger inom vilka ramar tandvårdens aktörer kan agera. Det har exempelvis visat sig att klinikers och praktikers möjlighet att använda finansieringsmetoder som innebär ett försäkringsskydd för patienter kommer i konflikt med lagstiftningen rörande försäkringar. Vilka inskränkningar i ersättningssystem baserade på kapitation och diagnosrelaterade grupper (DRG) detta innebär återstår att utreda. Myndigheter, landsting, tandläkarnas

olika organisationer m fl har en viktig uppgift när det gäller utformandet av de övergripande spelreglerna för tandvården vid en avreglering.

Privat- och folktandvården

Ytterligare en aspekt rörande konkurrensvillkoren gäller förhållandet mellan privat- och folktandvården. De olika ägandeförhållandena innebär att väsentliga villkor för verksamheten inte är och knappast heller kan bli identiska. Det finns goda skäl att privat- och folktandvården tar tillvara de komparativa fördelar som finns inom respektive organisation. Såväl privat- som folktandvård har viktiga funktioner att fylla inom tandvården. Privattandvården kan utnyttja privata entreprenörers innovationsbenägenhet, flexibilitet och kostnadseffektivitet. Folktandvården spelar i vuxentandvården en viktig roll genom att bl a främja god tandhälsa och genom att med sin kostnadsbaserade prissättning fungera som prispressare. Däremot bör inte folktandvården ha tillgång skattefinansierade subventioner som inte gäller för privattandvården. Fortfarande återstår en del att göra på detta område.

I tider av förändringar är det viktigt att inte rasera vad som redan uppnåtts. En väl fungerande avgiftsfri barn- och ungdomstandvård är viktig av flera skäl. Om individen som vuxen skall ta ett större ansvar för sin tandhälsa är det viktigt att nödvändiga kunskaper och attityder överförs till individen redan i unga år. Det är förmodligen den effektivaste preventiva insatsen för den professionella tandvården. Inte bara att barn- och ungdomstandvården är avgiftsfri är väsentligt utan också att någon, förutom föräldrarna, tar ett ansvar för barnets tandhälsa. Detta kan dock komma i konflikt med krav på konkurrensneutralitet mellan folk- och privattandvården i den mån landstingen fortfarande skall ha detta ansvar.

Kriterier på ett bra tandvårdssystem

Avslutningsvis kan vi konstatera att många av de förändringar som genomförts sedan SNS studier om tandvården publicerades ligger i linje med de analyser som då gjordes och med det förslag i tolv

punkter som vi presenterade i ”Skiss till riktlinjer för den framtida tandvårdspolitiken” (Arvidsson, Jönsson och Karlsson, 1993). Vi vill åter framhålla vikten av att framtidens tandvård tillgodoser följande krav: att det finns ett effektivt högkostnadsskydd för oväntat höga tandvårdskostnader, att offentligt stöd lämnas till speciella patientgrupper och indikationer, att det finns övergripande och förståeliga spelregler för tandvårdsmarknadens aktörer, att det råder konkurrensneutralitet mellan folk- och privattandvården avseende finansieringskällor, att konsumenterna ges information med stöd av kontinuerliga utvärderingar av kvalitet och kostnader, samt att det finns en väl fungerande avgiftsfri barn- och ungdomstandvård.

9. Sjukvård och äldreomsorg

- *Vad betyder det ökande antalet äldre för sjukvården?*
- *Hur påverkas vårdkostnaderna?*
- *Hur skall vården och omsorgen om de äldre finansieras i framtiden?*

De äldre svarar för en mycket stor del av den totala sjukvårdskonsumtionen. Nästan två tredjedelar av vårddagarna i sluten vård för ett par år sedan avsåg personer över 65 år. De svarade för nästan 40 procent av läkemedelskostnaderna. Se tabell 9.1

Tabell 9.1 Åldersfördelning för sluten vård, öppen vård och läkemedel

Ålders-grupp	*Sluten vård*		*Öppen vård*		*Läkemedel*	
	Antal vård-dagar[1]	Andel (%)	Antal kon-sultationer[2]	Andel (%)	För-säljning[3] (MSEK)	Andel (%)
0–14	597 702	3,4	1 400 310	8,5	681	6,3
15–44	2 924 614	16,7	4 120 002	25,1	2 575	23,9
45–64	2 811 222	16,1	4 760 453	29,0	3 402	31,6
65–74	3 296 266	18,8	2 712 354	16,5	2 103	19,5
75–	7 881 056	45,0	3 436 076	20,9	2 014	18,7
Totalt	17 510 860	100,0	16 429 195	100,0	10 775	100,0

[1] Källa: Socialstyrelsens slutenvårdsregister 1993.
[2] Källa: Apoteksbolagets Diagnos-receptundersökning 1995.
[3] Källa: Svensk Läkemedelsstatistik 94, s 61 (Apoteksbolaget).

Antalet äldre personer ökar kraftigt över tiden och vårdkostnaderna per person ökar med åldern. Exempelvis förväntas antalet invånare över 85 år öka med ca 40 procent under de kommande femton

åren. Detta har ofta tagits till intäkt för att kräva ytterligare resurser till sjukvården. I praktiken är dock effekten av åldersförskjutningarna i befolkningen relativt små, under en halv procents kostnadsökning per år. (Exempelvis räknar HSU 2000 med en kostnadsökning i landstingssektorn på 5–6 procent under perioden 1994–2010 som en följd av ett ökat antal äldre.)

Även om det ökade antalet äldre i sig inte medför några större krav på ökningen av de totala sjukvårdsresurserna, så innebär utvecklingen stora förändringar i sjukvårdens innehåll. Det är därför viktigt att förstå på vilket sätt ålderssammansättningen och sjukvårdskostnaderna utvecklas. En viktig faktor för denna förståelse är sambandet mellan dödligheten och sjukvårdskonsumtionen. Sjukvårdskostnderna det sista levnadsåret är mycket högre än kostnaderna under tidigare levnadsår.

Sjukvårdskostnader i olika åldrar

Tabell 9.2 visar sjukvårdskostnaderna per capita 1994 för olika åldersklasser. Bortsett från den yngsta åldersgruppen ökar kostnaderna med stigande ålder. Ökningstakten är dock inte särskilt stark. Kostnaderna i den äldsta åldersgruppen är inte mera än något över dubbla genomsnittet. Eftersom andelen av befolkningen som är 85 år eller äldre uppgår till endast drygt 2 procent, innebär inte en 40-procentig ökning av antalet särskilt mycket för totalkostnaderna.

Tabell 9.2 Hälso- och sjukvårdskonsumtionen i olika åldersgrupper år 1994. Landstingens kostnader, kronor per person

Ålder	*0–4*	*5–14*	*15–44*	*45–64*	*65–74*	*75–84*	*85–*	*Totalt*
Ej avlidna	9 880	3 990	7 000	9 330	15 700	21 800	22 470	9 220
Sista levnadsåret	410 500	133 000	186 000	174 800	140 800	92 700	60 860	105 560

Källa: SOU 1996:163.

I tabellen redovisas också sjukvårdskostnaderna under sista levnadsåret, uppdelat på dödsfall i olika åldersgrupper. Vi ser att kostnaden för det sista levnadsåret är avsevärt högre än kostnaden för

de jämnåriga som ej avlider under året. Av tabellen framgår också att kostnaden för sista levnadsåret sjunker med stigande ålder från och med åldersgruppen 15–44 år. Den högsta kostnaden har den allra yngsta åldersgruppen, där kostnaderna för den neonatala intensivvården slår igenom.

Eftersom dödligheten ökar med stigande ålder kommer kostnaderna under sista levnadsåret att få en relativt större betydelse. Detta balanseras dock av att kostnaden under sista levnadsåret sjunker. När dödligheten omfördelas över åldrarna påverkas således sjukvårdskostnaderna, men sambandet är komplext. Därför är beräkningar där man multiplicerar det beräknade antalet äldre i framtiden med den aktuella kostnaden per invånare i olika åldrar inte särskilt meningsfulla. De kan i värsta fall leda till helt felaktiga slutsatser.

Det kan tyckas förvånande att sjukvårdskostnaderna under sista levnadsåret sjunker med stigande ålder. Detta har emellertid visats också i studier från andra länder.

Tabell 9.3 Sjukvårdskostnader och överlevnad avseende personer från 65 års ålder: data från Medicare i USA

Ålder vid död	*Livstidsutgifter för sjukvård*	*Utgift för ett extra levnadsår*
65	$ 13 000	
70	$ 35 500	$ 6 457
80	$ 56 000	
90	$ 63 000	$ 2 471
> 101	$ 66 000	

Källa: Lubitz et al (1995).

Tabell 9.3 visar förväntade sjukvårdskostnader från 65 års ålder och framåt för de äldre i USA, vilkas sjukvård betalas av den offentliga sjukförsäkringen Medicare. Vi ser att kostnaden ökar med längre överlevnad, men att kostnadsökningen är relativt blygsam. Exempelvis innebär en ökning av livslängden från 90 till 91 år en kostnadsökning på endast ca 2 500 dollar, eller ca 15 000 kronor. Vi skall då också komma ihåg att sjukvårdskostnaderna i USA är mer än dubbelt så höga som i Sverige. Beräkningar som gjorts på grundval av dessa data visar att ökningar av den förväntade livslängden

bidrar mycket lite till ökningen i sjukvårdskostnaderna. Förklaringen är att kostnaden för det sista levnadsåret sjunker över tiden och att vinsten i livslängd kommer under år där sjukvårdskostnaderna är låga.

Det är således inte korrekt att fortsatta sänkningar i dödligheten och ökningar i den förväntade livslängden för de äldre skulle medföra kraftiga ekonomiska problem för sjukvården eller att de allt fler gamla obönhörligen kommer att tränga bort unga och medelålders från sjukvård. Däremot kommer naturligtvis de äldres ökade anspråk på vården att konkurrera med andra behov. (Detta problem behandlades av Robert G Evans i *Svensk sjukvård – bäst i världen?*, Culyer m fl, 1991.)

Äldreomsorgen

Resonemanget hittills gäller sjukvården. Situationen är delvis en annan när det gäller kommunernas äldreomsorg. Tabell 9.4 visar kostnaderna per capita inom denna år 1994. De är i genomsnitt lägre än för sjukvården, men kostnadsökningen med stigande ålder är snabbare. Kostnaderna för äldreomsorg under det sista levnadsåret ökar också med stigande ålder. Det kan naturligtvis tyckas vara likgiltigt om kostnaderna hänförs till landstingen eller kommunerna. Men innehållet i de tjänster som produceras är väsentligt annorlunda. Det krävs fördjupade studier av vilka resurser som den äldre befolkningen kräver från äldreomsorgen. En viktig effekt av Ädelreformen var att man tydliggjorde de frågor som behöver ställas och de faktiska resurser som används i verksamheten.

Tabell 9.4 Konsumtionen inom äldreomsorgen i olika åldersgrupper år 1994. Kommunernas kostnader, kronor per person

Ålder	*45–64*	*65–74*	*75–84*	*85–*	*Totalt*
Ej avlidna	0	6 600	34 400	141 600	5 000
Sista levnadsåret	9 600	43 270	98 000	173 300	99 000

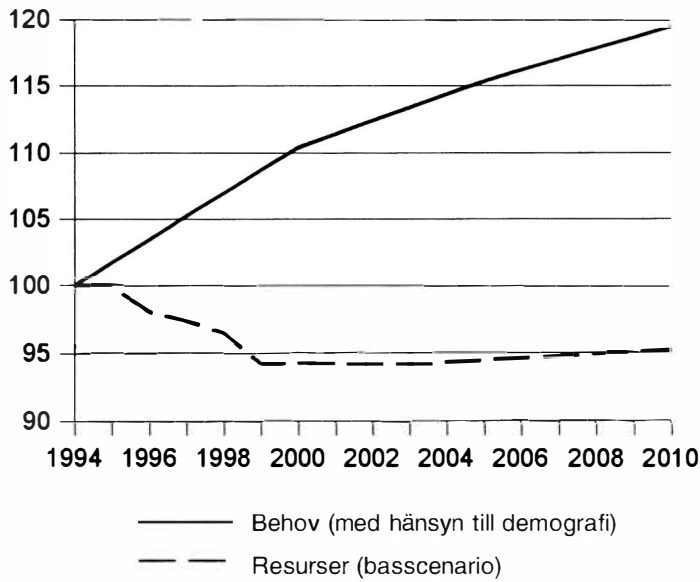
Källa: SOU 1996:163.

Vi kan således förvänta oss ökade kostnader för de äldre i framtiden. Vilken belastning detta kommer att innebära för sjukvården

och äldreomsorgen beror på vilken befolkningsutveckling vi får i övrigt och, framför allt, vilken ekonomisk utveckling som vi kommer att ha. Det senare beror bl a på vilken avkastning de äldres tidigare sparande genererar. Det leder fel att bedöma kostnaderna för de äldres vård och omsorg isolerat från den totala befolkningsutvecklingen och den samhällsekonomiska utvecklingen i stort. Med en ekonomisk tillväxt på 2–3 procent per år bör inte de förväntade ökade kostnaderna för vård och omsorg om ett ökat antal äldre innebära något stort problem – speciellt inte som man kan prognostisera och planera för dessa kostnader med god framförhållning.

Vid en sämre ekonomisk utveckling kommer dock vården och omsorgen om de äldre att utsättas för stark kostnadspress om inte en omfördelning av resurser sker från andra områden. HSU har beräknat ett växande "äldreomsorgsgap" fram till år 2010. Se figur 9.1.

Figur 9.1 Behov och resurser inom äldreomsorgen 1994–2010. 1994 = 100 procent (varje procentenhet motsvarar ca 500 miljoner kronor)



Källa: SOU 1996:163.

Hur finansiera ökade omsorgskostnader?

Det handlar, som framgår av diagrammet, om brister i mångmiljardklassen. Hur ett sådant gap skall slutas är i hög grad en värderingsfråga. Det finns flera alternativ: Man kan avsätta en större andel av skatteintäkterna till äldreomsorgen. Det innebär omprioritering från andra samhällsuppgifter. Man kan införa särskilda vårdskatter. De innebär omfördelning från skattebetalares privata konsumtion till dem som tar emot vården (och till dem som producerar den). Man kan organisera omfördelning över tiden genom särskilda äldreomsorgsförsäkringar som faller ut under förutbestämda betingelser. Sådana försäkringar kan finansieras med obligatoriska försäkringsavgifter, eventuellt inkomstrelaterade och eventuellt begränsade till vissa åldersgrupper (t ex medelålders och äldre). Ett annat alternativ är kollektiva äldreomsorgsförsäkringar knutna till de avtalspensionsförsäkringar som finns på arbetsmarknaden och som där utgör en del av anställningsavtalen.

En ökad skattefinansiering har stora nackdelar och förefaller knappast realistisk i den omfattning det här handlar om. Vad det i så fall gäller är att finna en form för sparande till äldreomsorg kopplat till ett försäkringskydd för det fall att man skulle drabbas av att som gammal bli särskilt vårdkrävande. En riskförsäkring för vissa specificerade indikationer, som kräver dyrbar vård och omsorg, skulle kanske kunna komplettera det ”vanliga” pensionssparande som sker för att finansiera framtida kostnader förknippade med normalt åldrande. Skillnaden jämfört med dagens allmänna ”rätt” till ”vård på lika villkor” är att försäkringen *garanterar* en avtalad ”livränta” om man drabbas av t ex Alzheimers sjukdom eller senildemens. Förmodligen är de flesta beredda att betala den premie som behövs för ett sådant skydd.

10. Den medicinsk-teknologiska utvecklingens betydelse

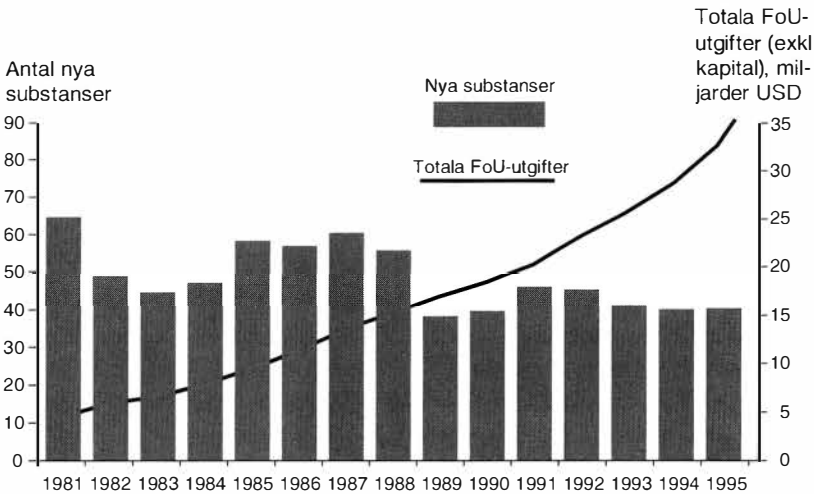
- *Vad driver på utvecklingen av nya medicinska teknologier?*
- *Kan vi styra denna utveckling?*
- *Hur skapas effektiva incitament för forskning och utveckling?*
- *Fördyras eller förbilligas sjukvården av den teknologiska utvecklingen?*

Hälso- och sjukvården är den mest forskningsintensiva näringsgren som finns. De möjligheter som hälso- och sjukvården kan erbjuda för prevention, behandling och rehabilitering är resultatet av investeringar i forskning och utveckling över hela världen. Även om Sverige är mycket framgångsrikt inom den medicinska forskningen så är vårt bidrag till de samlade forskningsinvesteringarna någon enstaka procent. Det innebär att vi ensamma inte styr vilken ny kunskap som kommer fram och hur den omsätts i nya terapier inom sjukvården. Däremot tvingas vi att ständigt ta ställning till om och i vilken utsträckning den nya teknologin skall tas i anspråk.

Vilken medicinsk kunskap och vilken teknologi som utvecklas är inte helt slumpmässigt, även om det finns exempel på tillfälliga och oväntade upptäckter. Forskningen visar att utecklingen av ny medicinsk teknologi i mycket hög grad är styrd av vad marknaden efterfrågar. Den amerikanske ekonomen Burton Weisbrod visade i *Svensk sjukvård – bäst i världen?* (Culyer m fl, 1991) hur sjukvårdens organisation och finansiering också påverkar vilka teknologier som utvecklas. Kunskapsutvecklingen i sig är delvis ostyrd, men hur denna kunskap utvecklas till nya metoder styrs i hög grad av de incitament som finns. Den enastående utveckling som vi sett under det senaste halvseklet är i hög grad en produkt av introduktionen av privata och offentliga försäkringssystem inom sjukvården och den expansion av sjukvårdskostnaderna som detta medfört.

Under det senaste decenniet har kostnadsbegränsning tillkommit som ett av de centrala målen för hälso- och sjukvårdspolitiken runt om i världen. Det är mot denna bakgrund anmärkningsvärt att det skett ständigt ökande investeringar i forskning och utveckling. Figur 10.1 visar hur läkemedelsindustrins investeringar i FoU utvecklats.

Figur 10.1 Totala årliga investeringar i läkemedelsforskning 1981–1995 och antalet introducerade läkemedelssubstanser (NCE)



Källa: CMR News 1996.

De totala investeringarna i läkemedelsforskning uppgick 1995 till 35 miljarder dollar, en ökning från ca 5 miljarder dollar 1981 och en fördubbling jämfört med 1990. Däremot har antalet introducerade nya läkemedelssubstanser minskat under perioden, från 50–60 per år under 1980-talet till 40 per år under 1990-talet, vilket innebär att kostnaden för varje nytt läkemedel ökat. Kostnaden för att utveckla ett nytt innovativt läkemedel beräknas i dag till ca 500 miljoner dollar, över 3 miljarder kronor.

Investeringar görs när man förväntar en avkastning. Är det rimligt att anta att stora investeringar i t ex utveckling av nya läkemedel även i framtiden kommer att vara lönsamma för finansiärerna? Om inte, kommer de naturligtvis att upphöra.

Utvecklingen under 1990-talet

Den internationella utvecklingen inom sjukvården under detta decennium har kännetecknats av att tillväxten av sjukvårdens reala resurser har stagnerat. Vad har detta inneburit för den teknologiska förnyelsen inom sjukvården? Som framgår av uppgifterna om investeringarna i forskning och utveckling ovan har den reducerade tillväxten av sjukvårdskostnaderna inte minskat introduktionen av ny teknologi. Förnyelsen har fortsatt på samma sätt som tidigare, men naturligtvis inte utan problem. När en sektor stagnerar blir det alltid svårare att åstadkomma förändring och förnyelse.

Mot denna bakgrund är det intressant att kunna konstatera att förnyelsen av svensk sjukvård fortsatt oförminskat under 1990-talet. I viss utsträckning kanske den till och med har ökat. Exempelvis har övergången till öppna vårdformer delvis framtvingats av krav på besparingar och produktivitetsökningar.

Laparoskopisk kirurgi, eller "titthålskirurgi", är ett exempel på en teknologi som introducerats under 1990-talet. År 1988 publicerades de första rapporterna från Frankrike och USA om att man opererat bort gallblåsor med titthålskirurgi. Spridningen av tekniken gick mycket snabbt, och redan 1991 beräknade man att ca 25 000 kirurger hade utbildats i den nya tekniken. Spridningen till Sverige gick också snabbt och i dag är titthålskirurgin den helt domineranden tekniken för gallstensoperation, och många andra indikationer har tillkommit. Sett över hela det kirurgiska fältet svarar den laparoskopiska tekniken för en betydande del av alla operationer.

Den stora fördelen med "titthålskirurgin" är att operationen blir mindre påfrestande för patienten, och att eftervårdsförloppet blir kortare och mindre smärtsamt. Den ger därmed möjlighet till kortare vårdtider eller till och med operation i dagkirurgi utan inläggning. Det leder till att omvårdskostnaderna blir lägre. I många fall är det också möjligt att öka vårdkvaliteten och minska komplikationsriskerna.

Problemet är dock att denna teknik fordrar investeringar i utrustning och utbildning. Hur fick sjukvården fram dessa pengar under den "ekonomiska krisen"? I huvudsak skedde det genom omprioriteringar på marginalen. I en verksamhet av den omfattning som de kirurgiska klinikerna har finns alltid möjligheter att finna resurser till prioriterade områden, om det inte är fråga om mycket stora investeringar. I detta fall var investeringen i utrustning relativt blyg-

sam och kunde dessutom göras i etapper. Den viktigaste omprioriteringen rör naturligtvis kirurgernas tidsanvändning, inklusive utbildning. I en del fall svarade troligen leverantörer av utrustning för viss del av utbildningsinvesteringarna. En del mindre vanliga lösningar på problemet att finansiera investeringarna i utrustning förekom också. En väsentlig vinst vid övergången till "titthålskirurgi" är att sjukskrivningsperioden efter operation blir kortare för dem som förvärvsarbetar. I en del fall rapporteras att försäkringskassan bidragit till finansieringen av utrustningen, inom ramen för ett samarbete med sjukhuset.

Tabell 10.1 visar resultatet av en studie som jämfört kostnaderna för laparoskopisk och öppen galloperation. Den direkta sjukvårdskostnaden var något högre för den laparoskopiska tekniken trots att antalet vårddagar efter operation minskade från 2,8 till 1,8 dagar. Den stora vinsten är minskat produktionsbortfall, genom att antalet sjukskrivningsdagar halverades, från 24 till 12. En anledning till att sjukvårdskostnaden inte reducerades, var att vårdtiden för den öppna operationen redan var så kort.

Tabell 10.1 Jämförelse av kostnaderna för öppen och laparoskopisk gallstensoperation

Operationsmetod	*Sjukvårdskostnad*	*Indirekt kostnad*	*Totalt*
Öppen operation	18 511	9 768	28 279
Laparoskopisk operation	20 515	5 363	25 878

Källa: Berggren et al (1996).

Det är också värt att notera att det totala antalet gallstensoperationer ökat kraftigt, med drygt 2 000 mellan 1991 och 1994. Det innebär att gallstenspatienter fått en ökande andel av sjukvårdens resurser.

"Titthålskirurgi" är bara ett exempel som visar att även under perioder av vad som uppfattats som en extrem åtstramning finns möjligheter att göra omfördelningar av resurser för att ta i anspråk ny medicinsk teknologi. I det aktuella fallet fanns dessutom starka professionella incitament, där introduktionen kunde kopplas till den vetenskapliga utvecklingen inom kirurgin. Det är också intres-

sant att konstatera att den nya tekniken också inneburit kvalitetsförbättringar genom att kontrollerade jämförande studier mellan den nya och den gamla tekniken blivit nödvändiga.

Ett annat exempel på teknologisk förnyelse utgör introduktionen av nya läkemedel under 1990-talet. Som tidigare visats har läkemedelskostnaderna fortsatt att öka kraftigt under 1990-talet, trots att de totala kostnaderna stagnerat. Bakom denna kostnadsökning ligger bland annat en fortsatt introduktion av nya läkemedel för behandling av t ex migrän och potensbesvär.

Vad händer framöver?

Förutsättningarna för investeringar i utveckling av medicinsk teknologi har varit goda och stabila under den senaste femtioårsperioden. I utgångsläget var sjukvårdens teknologi begränsad och efterfrågan på nya metoder stor. Kostnaderna var av underordnad betydelse. Om något kunde förväntas ha en positiv effekt, fanns alltid möjligheterna att anskaffa resurserna för att ta det i bruk. Förväntningarna på fortsatta framsteg var också stora, och kostnaderna sågs inte som ett problem.

I dag är situationen delvis annorlunda. Visst välkomnar vi ny medicinsk teknologi, men det finns samtidigt en rädsla för att den skall ställa oss inför etiska och ekonomiska avgöranden som vi har svårigheter att hantera. Hur vi löser dessa problem och vilken teknologi som vi får i framtiden hänger intimt samman. Företagen kommer att utveckla de metoder som sjukvården efterfrågar, dvs vill betala för. Valen av medicinsk teknologi i dag påverkar därför vilken teknologi som kommer att finnas i framtiden. Denna avvägning mellan det kortsiktigt och det långsiktigt lönsamma kommer vi inte ifrån. Hur skall den göras?

Ett problem är att de kortsiktiga vinsterna i hög grad är våra egna, medan de långsiktiga är osäkra och sprids över ett stort kollektiv, i många fall en global marknad. Det kan vara frestande att prioritera det kortsiktiga, av såväl politiska som ekonomiska skäl, men alla kan inte vara gratispassagerare samtidigt. Samtidigt är det klart att också den kortsiktiga effektiviteten är ett legitimt mål för verksamheten.

Hur skapas då adekvata incitament för både statisk och dyna-

misk effektivitet? Det finns inget enkelt svar på den frågan, och om det fanns ett sådant vore det sannolikt felaktigt. En utgångspunkt kan dock vara att sjukvården måste öka rationaliteten i sina val av teknologi. Vi har sett många initiativ i den riktningen under senare tid, under namn som "evidence based medicine", utvärdering av medicinsk teknologi och krav på kostnadseffektivitet. Denna utveckling är både välkommen och ofrånkomlig. Det ligger dock i sakens natur att det är svårt, även med de bästa studier och analyser, att avgöra vilka metoder som är kostnadseffektiva. Besluten måste alltid tas under osäkerhet, och ju tidigare man är i utvecklingsprocessen, desto större är osäkerheten.

Hälsoekonomiska kalkyler har blivit ett viktigt instrument för att undersöka kostnadseffektiviteten hos nya medicinska teknologier i olika steg under utvecklingsprocessen (jfr Johannesson och Jönsson, 1993). I sådana kalkyler kan man ta explicit hänsyn till den osäkerhet som föreligger. Kalkylerna ger möjlighet till kommunikation mellan sjukvårdssystemet och dem som investerar i att utveckla och introducera ny teknologi. De kan vara en viktig del i skapandet av adekvata incitament för utveckling av ny medicinsk teknologi i linje med vad köparna, dvs befolkningen i stort (faktiska och potentiella patienter), är villiga att betala för. Kostnaderna kan man aldrig bortse ifrån, men samtidigt måste kostnaderna relateras till de effekter eller vinster som den nya teknologin kan erbjuda.

Korrekt information om kostnader och konsekvenser av medicinsk teknologi är en viktig "kollektiv vara" för olika privata och offentliga beslutsfattare. Finansieringen av de kostnader som genereringen av denna kunskap drar med sig bör därför åtminstone delvis ske via offentliga medel. Exempelvis har man i det brittiska NHS beslutat att avsätta 1 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna för sådan FoU som kan bidra till ökad rationalitet i användningen av sjukvårdens resurser. Internationellt samarbete kan också vara ett sätt att reducera kostnader för ett enskilt land att få fram den kunskap som erfordras.

11. Politikernas roll i framtidens sjukvård

- *Vilken roll bör politiken och politikerna ha i sjukvården?*
- *Kan man ha en vård på lika villkor med en reducerad roll för politisk styrning?*
- *Skulle omstruktureringar och effektivitetsarbete underlättas om politikerna tog ett steg tillbaka?*

I dagens svenska sjukvård återfinns politiker i beslutsorgan på i stort sett alla nivåer: den nationella (riksdag och regering), den regionala (landstingen och deras centrala hälso- och sjukvårdsnämnder) och den lokala (sjukvårdsområden, primärvårdsnämnder, sjukhusstyrelser osv). De fastlägger regelsystemen ("institutionerna") inom vilken verksamheten bedrivs. De ansvarar för att definiera vårdbehov och hur de skall tillgodoses. De svarar för vårdstrukturen i stort. De styr omfattningen och riktningen av de finansiella strömmarna till och inom sjukvårdssystemet. Politiskt styrda organ är totalt dominerande som finansiärer, beställare och utförare av sjukvård. De är därmed också arbetsgivare för den absoluta majoriteten av de anställda.

Samtidigt kritiseras politikerna för att de inte klarar av vad de främst är tillsatta för, inte minst att fatta kloka och förankrade beslut om resurstilldelning och resursfördelning, dvs att göra välgrundade prioriteringar. Genomgående i projektets delstudier och i samtal med välinformerade personer är observationen att politikerrollen framstår som nyckeln till sjukvårdens reformering.

Politikerna och sjukvårdens mål

Effektivitet kan definieras som måluppfyllelsen i relation till resursanvändningen. Varje diskussion om effektivitet inom sjukvården tenderar att bli meningslös om det inte preciseras vad resurserna skall användas till. Ett stort problem är just avsaknaden av en överordnad diskussion om målen för hälso- och sjukvården. Politikerna har i lagstiftningen angett ett antal mål som sjukvården skall verka för, t ex en god hälsa för befolkningen och vård på lika villkor. Men man har på det hela taget avstått från att delta i debatten om hur dessa mål skall preciseras och avvägas mot de tillgängliga resurserna.

Bristen på preciseringar av de grundläggande målen för sjukvården uppmärksammades av den internationella grupp som inom SNS-projektet studerade den svenska sjukvården. Speciellt påpekades avsaknaden av en närmare diskussion och preciseringar av vad som avses med olika rättvise- och jämlikhetsmål, t ex vård på lika villkor (Culyer m fl, 1991). Utan en precisering av t ex vad geografisk likhet innebär förlorar detta mål sin innebörd och därmed betydelse i diskussioner av den regionala resursfördelningen och sjukvårdens struktur.

Den politiska debatten om sjukvårdens ekonomi tenderar att fokuseras på olika akuta problem, ofta i anslutning till förslag om resurstillskott eller nedskärningar. Vidare handlar denna diskussion gärna om av vem eller hur en viss sjukvård skall produceras: i öppen eller sluten vård, centraliserat eller decentraliserat, offentligt eller privat, av läkare eller annan sjukvårdspersonal, samt med vilka behandlings- och undersökningstekniker. Mera sällan handlar det om vad och hur mycket som skall produceras. Och nästan aldrig diskuteras den centrala fråga som bara den politiska processen kan besvara, dvs avvägningen mellan sjukvårdens mål och andra samhällsmål. Läkare och patienter har naturligtvis synpunkter på vilken vård som skall ges i olika konkreta situationer. Detta är ett både naturligt och rimligt inslag i den sjukvårdspolitiska debatten. Men enskilda aktörer kan och skall inte ta över ansvaret för att avgöra den grundläggande frågan rörande vilka resurser som skall anvisas för att uppnå de uppställda målen.

Politikerna och prioriteringarna

Prioriteringsfrågor står heller inte högt på den politiska dagordningen. Det faktum att vi haft en prioriteringsutredning som arbetat under flera år (se SOU 1993:93 och SOU 1995:5) har inte medfört att debatten kommit igång. En förklaring till detta kan vara att prioriteringsutredningen inte lyckades sätta in frågorna i ett hälsoekonomiskt sammanhang. Bristen på förståelse för prioriteringsfrågornas ekonomiska dimensioner har påtalats av bl a den engelske hälsoekonomen Alan Maynard i *Prioritering i sjukvården* (Arvidsson, Jönsson och Werkö, red, 1993). De tas också upp i andra SNS-böcker (Bengtsson, Lönnberg och Reizenstein, 1994; Borgenhammar, 1993; Ohlsson, Broomé och Nilstun, 1993). Dessa frågor är svåra och förenade med stora politiska risker. Att prioritera innebär också att ange vad vi skall avstå från. Alla försök att precisera vad den offentliga sjukvården skall svara eller inte svara för leder därför till att så gott som allt inkluderas i "baspaketet".

Sjukvården blir därför ett "slagfält" för politiska uppgörelser, där mål och medel blandas om varandra och där (val)taktiska överväganden får dominera. Konsekvenserna av detta är att sjukvården lämnas utan övergripande ledning och styrning, vilket på sikt innebär risk för att grunden för den offentligt finansierade sjukvården rycks undan. Det politiska beslutsfattandet är förvisso inte lätt, och kan dessutom förväntas bli än svårare i framtiden. Den medicinsktekniska utvecklingen kommer att fortsätta, och därmed höjs kraven och förväntningarna från professioner och patienter. Men det finns inget alternativ till att politikerna gör de övergripande prioriteringarna, om målen om allas rätt till vård på lika villkor skall ligga fast och ha en reell innebörd. Därför är det viktigt att politikerna inbjuder till och medverkar i en diskussion om hur avvägningen mellan mål och resurser skall ske. Om sjukvårdspolitikerna reduceras till advokater för mera resurser till sjukvården, vem skall då ta ansvaret för den övergripande ledningen och styrningen?

Politikerna och professionen

En precisering av målen – god hälsa, hög kvalitet i vården, rättvisa och effektivitet – behövs, men är inte tillräckligt. Resurserna och verksamheten måste också kunna styras mot dessa mål. Politisk och

ekonomisk styrning behöver samordnas. Politikernas centrala uppgift är att lägga fast målen, anvisa resurserna och följa upp att den önskvärda utvecklingen sker. Hur vården skall bedrivas är främst ett ansvar för dem som är professionellt verksamma inom sjukvården. För att klara uppgiften behöver politikerna ökade kunskaper om medicinska metoder, epidemiologi och hälsoekonomi, kunskaper som ger dem möjlighet att kritiskt granska de olika kraven på resurser. Kunskaper och kompetens kommer inte av sig själva, utan genom investeringar i utbildning och genom utvecklingen av det offentliga samtalet om sjukvården. Massmedierna är centrala aktörer i denna process. Larmrapporter kan behövas, men de ger ofta mycket partiella bilder av verkligheten.

Sjukvårdens resursfördelningsbeslut beskrivs i ekonomiska modeller som beslutsproblem med asymmetrisk information; de som producerar vården vet mera om möjliga effekter av olika behandlingar m m än de som skall åtnjuta och betala för dessa. Detta grundläggande förhållande kommer vi inte ifrån. Därför måste också sjukvårdens professionella företrädare medverka till att politikerna och medborgarna får ett så korrekt informationsunderlag som möjligt för besluten. Möjligheterna för enskilda professionella företrädare att utnyttja informationsövertaget för egna kortsiktiga vinster måste minimeras. Det är medborgarnas värderingar som skall styra omfattningen och inriktningen av de resurser som fördelas till sjukvården.

Detta behov av att stärka allmänintresset har också uppmärksammats i den amerikanska sjukvårdsdebatten. Det har där uttryckts i termer av att den "medicinska allmänningen" måste skyddas. Om alla bara tar för sig, utan hänsyn till att detta påverkar andras möjligheter att få vård, finns risken att de gemensamma och begränsade resurerna helt enkelt "betas av" och alla förlorar på lång sikt. Det är politikernas viktigaste roll att försvara allmänintresset inom sjukvården. Detta behöver kanske inte påpekas för svenska sjukvårdspolitiker?

Fyra systemalternativ

Frågan om politikerrollen är oupplösligt förenad med den grundläggande vårdstrukturen. Med en annan grundstruktur för sjukvården än dagens, t ex med en samlad nationell sjukvårdsfinansiering

och fristående vårdproducenter eller med sinsemellan konkurrerande vertikalintegrerade vårdsystem, skulle politikernas uppgifter bli mycket annorlunda.

För att tydliggöra de principiella strukturalternativen och deras implikationer för politikerrollen kan fyra grundmodeller urskiljas: plansystem (hierarki), planerad marknad, reglerad marknad och "fri" marknad. Med fokus på utbuds/produktionssidan kan de kortfattat beskrivas så här.

I *plansystemet* utformas produktionsstrukturen, sker resurstilldelningen och fattas produktionsbesluten genom vertikala beslutsprocesser. Beslutsstrukturen kan vara mer eller mindre decentraliserad, men det finns en hierarki där överordnade organ har beslutsmakten. Konkurrens mellan producerande enheter kan förekomma, men den gäller då i relationen till det överordnade organet (t ex i en budgetprocess) och inte om de slutliga avnämarnas gunst. I ett politiskt styrt plansystem kan politikerna direktstyra allt de önskar.

På en *planerad marknad* förekommer sinsemellan fristående producenter som självständigt beslutar om sitt eget utbud. Deras intäkter beror av utförda prestationer. De konkurrerar sinsemellan; åtminstone finns en potentiell konkurrens. De har emellertid en gemensam huvudman som ansvarar för utfallet av den samlade verksamheten. Huvudmannen påverkar med egna operationer vad som produceras, hur mycket, på vilket sätt och till vilka kostnader. Det kan ske med egna produktionsresurser, genom egna köp, genom prisreglering och andra mer eller mindre direkta ingrepp. Om huvudmannen är ett politiskt utsett organ kan detta således agera mycket aktivt på en rad olika sätt för att styra verksamheten i önskad riktning. (Se vidare bl a Arvidssons kapitel "Regulation of planned markets in health care" i Saltman och von Otter, red, 1995.)

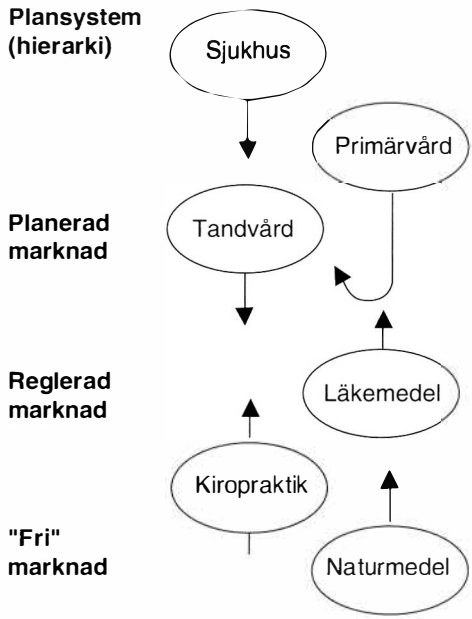
På en *reglerad marknad* finns ingen huvudman med eget ansvar för befolkningens behovstillfredsställelse. Däremot finns regleringsorgan som skall se till att produktion – och försäljning – sker under ordnade betingelser och att konsumenterna skyddas. Regleringarna avser ofta kvalifikationer hos producenter och kvalitetsegenskaper hos produkter, informationsskyldighet gentemot konsumenter och dylikt. Regleringarnas huvuduppgift är att förhindra avarter och att skapa ramverk som främjar en "sund" utveckling. Politikernas roll på en reglerad marknad är således att reglera och övervaka. Hur det bör gå till beror bl a på verksamhetens karaktär.

På en *fri marknad* finns det yttre ramverk som den allmänna civil- och straffrättsliga lagstiftningen ger. I övrigt lämnas det åt samspelet mellan säljare och köpare att avgöra vad som skall produceras och konsumeras. Politikernas roll är att se till att marknaden fungerar.

De fyra alternativen är hårdragna och ofullständigt specificerade men ger nog ändå en bild av under hur olika betingelser tillhandahållande av produkter kan ske. Det finns exempel på alla fyra i Sverige. Skolan har länge varit ett plansystem, men har med skolpeng och friskolor förskjutits mot en planerad marknad. Bostäder och energi är exempel på planerade marknader på väg mot att bli reglerade marknader. Livsmedel är ett exempel på en livsviktig vara som utväxlas på en reglerad marknad. (Någon huvudman som försöker optimera produktionen eller svara för totalkostnadskontroll finns inte.) Motionsverksamheter kan vara exempel på en fri marknad. Stockholms taxi, slutligen, har rört sig från planerad marknad via fri marknad till en reglerad marknad.

Ett försök att illustrera läget och rörelserna vad gäller hälso- och sjukvården finns i figur 11.1.

Figur 11.1 Plan eller marknad för sjukvård?



När det gäller den institutionella ramen i termer som de nyss nämnda är läget i svensk sjukvård oklart. Det är osäkert vad politikförändringar på det nationella planet kan komma att innebära. Någon tydlig, nationell sjukvårdspolitik finns inte, i annat avseende än som en summering av hur vården nu bedrivs. Utvecklingen går dessutom i skilda riktningar i olika delar av landet. Det aktualiserar ytterligare frågan om kompetensfördelningen mellan den nationella och den regionala nivån. Det finns både oklarhet om ansvarsfördelningen och en spänning mellan staten och landstingen.

Politikernas roller hänger intimt samman med vilka roller andra aktörer har och bör ha. Ett sätt att definiera och pröva politikerrollen är att överväga vilken marknadstyp av de fyra nämnda som i dag bäst beskriver situationen i olika delar av sjukvården. Figur 11.1 kan vara en utgångspunkt. Som ett andra steg kan diskuteras vilken modell som är att föredra. En första uppgift skulle kunna vara att analysera och bedöma hur väl olika systemutformningar klarar av sjukvårdens kanske främsta dilemma – att avväga jämlikhet, valfrihet och ekonomi.

Jämlikheten gäller "allas rätt till vård på lika villkor", valfriheten allas rätt att välja läkare, vårdinrättning m m, ekonomin att begränsa totalkostnader och att nå hög effektivitet och produktivitet. Folkhälsoperspektiv, individualhälsoperspektiv respektive finansiärsperspektiv tenderar att leda till skilda systemutformningar. Pendelrörelser mellan sådana återspeglar ofta perspektivskiften.

Finns då någon övergripande modell som medger att god ekonomi kan förenas med en sjukvård byggd på samhälleliga moralvärden och som samtidigt ger människorna möjligheter till fria val? En lösning kanske kan sökas i denna riktning:

- reglerad marknad på nationell nivå
- planerade regionala marknader för huvuddelen av sjukvården (eventuellt med kompletterande inslag av reglerade marknader för vissa verksamheter)
- reglerade lokala marknader för samhälleligt lågprioriterad specialistvård, tandvård och paramedicinska tjänster.

Om detta förefaller önskvärt, gäller det att finna en övergripande organisations- och finansieringsmodell som kan inrymma sådana olika marknadsmodeller. Det förslag som skisseras i nästa kapitel tillgodoser ett sådant önskemål.

Politikernas styrinstrument

För att närmare diskutera politikerrollen behöver man klara ut vilka styr- eller påverkansmedel politikerna har till sitt förfogande. Det finns i huvudsak fyra slag av instrument som politikerna och deras verkställande organ, myndigheterna, kan använda inom hälso- och sjukvården:

1. *Informera.* Politikerna kan välja en informationsstrategi som primärt syftar till att förbättra marknaders funktionssätt eller en som mer direkt syftar till att påverka människors beteenden. Ett exempel på det senare är den offentliga informationen om hälsorisker som förmedlas genom Folkhälsoinstitutet. Det finns starka skäl för att lägga ökad vikt vid information till hälso- och sjukvårdsproducenterna om kostnader och effekter av ny (och gammal) medicinsk teknologi. Läkemedelsverket och läkemedelskommittéerna arbetar också till stor del med detta instrument. Kunskap utgör i hög grad en kollektiv vara och är därför lämplig att utveckla och sprida genom offentliga insatser, men självfallet inte enbart genom sådana.

2. *Reglera.* Reglering sker genom bl a lagar och föreskrifter och gäller ofta rättigheter, tillstånd, påbud, förbud osv. Exempel på regler inom hälso- och sjukvården är sådana som gäller legitimation och tillsyn av läkare, sjukgymnaster m fl yrkesutövare, godkännande av vilka läkemedel som får säljas och föreskrifter om att utövare måste ha ansvarsförsäkring.

3. *Finansiera.* Här avses att det politiska systemet drar in köpkraft och fördelar den till hälso- och sjukvård. Det kan ske genom att de ekonomiska resurserna dras in genom skatter eller obligatoriska avgifter och sedan delas ut som anslag eller som ersättning enligt avtal mellan den offentliga finansiären och vårdproducenterna. Olika slag av subventioner hör också hit. De generella argumenten för offentlig finansiering gäller främst kollektiva nyttigheter, dvs sådana där individuella avnämare är svåra att definiera, och sådana där individuell betalningsvilja eller betalningsförmåga uppfattas som otillräcklig.

4. *Producera.* Detta innebär att det offentliga själv svarar för produktionen av varorna eller tjänsterna. Offentlig produktion är vanligen knuten till offentlig finansiering, men behöver inte vara det. (Man kan t ex vaccinera sig på egen bekostnad hos offentliga vårdgivare.)

Hur det politiska systemet skall utnyttja dessa instrument är i hög grad en värderingsfråga och avgörs åtminstone i stort i allmänna val. Det handlar bl a om frågor som rättvisa, legitimitet och vilken samhällsutveckling man önskar sig.

Vår uppfattning, som främst utgår från effektivitetsresonemang, är att politikerna tagit på sig en allt för omfattande och mångdimensionell uppgift när det gäller hälso- och sjukvården. Följden har blivit att politiken, som den kommer till uttryck i användningen av de fyra slagen av instrument, är ofokuserad, inkonsistent och fragmenterad.

En mer koncentrerad politikerroll

Det är en angelägen uppgift för sjukvårdsdebatten och politikernas självrannsakan att pröva en koncentration på huvuduppgiften, dvs att definiera hälso- och sjukvårdens uppgifter i stort och skapa förutsättningar för att dessa kan fullföljas. En startpunkt kan vara att ta ställning till bl a följande teser, som illustrerar vad det handlar om:

- Producera inte i egen regi, när fristående (privata m fl) producenter kan göra det minst lika bra.
- När det finns skäl för offentlig produktion: se till att ge de producerande enheterna en hög grad av autonomi.
- Se till att privata och offentliga producenter kan konkurrera med kvalitet och kostnader, inte med olika reglerade priser (egenavgifter) som i dag.
- Finansiera inte, om det inte behövs. Offentlig finansiering är främst motiverad när det gäller kollektiva varor och tjänster. När det gäller individuella sjukvårdstjänster kan subventioner vara motiverade, men då bör subventioner från fattiga till rika undvikas.
- Styr med generell reglering och tillsyn i stället för direkt politisk styrning av verksamheters bedrivande.

- Om aktörerna på vårdmarknaderna har korrekta incitament kan det räcka att politikerna (via nationella, regionala och lokala myndigheter) bidrar med information/kunskap som underlag för rationella val.
- Om politikerna drar sig tillbaka från produktionsrollen ökar kraven på reglering och tillsyn.

Teserna är medvetet allmänt hållna och nämnda enbart för att visa vad en omprövning kan omfatta. Vad en sådan faktiskt bör leda fram till är i hög grad en värderingsfråga. Ett konkret problem i dagens sjukvård är, enligt vår uppfattning, att de politiska organen i allt för hög grad har intresserat sig för att påverka "utbudsfunktioner" och för att "producera", vilket gått ut över uppmärksamheten på "efterfrågefunktionerna" och utnyttjandet av de andra instrumenten.

Det är speciellt det politiska engagemanget i finansiering och produktion som måste utövas med stor omsorg. Det finns viktiga politikeruppgifter här, men risken för politikmisslyckanden är lika viktig att beakta och undvika som risken för marknadsmisslyckanden.

Det finns två dimensioner att beakta:

- politikerrollens utsträckning: omfattande eller begränsad
- politikernas inflytande: starkt eller svagt.

Sjukvårdspolitikerna har i huvudsak en omfattande men svag roll. Det vore kanske bättre att välja en begränsad och stark roll.

Det handlar således inte främst om att definiera en mindre viktig roll för politikerna utan om en annan roll. Det sägs ibland att politikerna bör avstå från att spela en massa "biroller" och koncentrera sig på "huvudrollen", även om det skulle innebära att man inte står på scenen under hela föreställningen. Metaforen är tankeväckande, med leder antagligen tanken fel. Rollen som företrädare för det allmänna patientintresset och för skattebetalarintresset spelas bäst utanför scenen. Det är nog "teaterstyrelseledamoten" som är den lämpligaste politikerrollen.

I nästa kapitel drar vi ihop resonemangen ovan och i tidigare kapitel till en diagnos av svensk sjukvård och skissar på ett behandlingsprogram.

12. Sammanfattande diagnos och skiss till behandlingsprogram

I detta slutkapitel sammanfattar vi situationen i svensk sjukvård, som vi uppfattar den, och skissar på ett åtgärdsprogram. Liksom i läkekonsten vill vi bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, men liksom vårdprofessionerna får vi finna oss i att inte på alla punkter vara säkra på vare sig diagnosen eller effekterna av vissa åtgärder. På flera punkter står vi dock på fast grund. Det är dem vi koncentrerar oss på.

Diagnos

Läget i svensk sjukvård kan beskrivas kort genom identifiering av starka och svaga sidor. Varje bedömning av vad som är starkt och svagt utgår från en bedömningsnorm. En offentlig utredning skulle sannolikt utgå från formuleringarna i Hälso- och sjukvårdslagen och vad som anförs i utredningens direktiv. Det behöver vi inte göra. Vår bedömningsnorm innefattar läget i andra länder, hur det har varit tidigare i Sverige och, framför allt, vad vi uppfattar att svenska folket vill ha ut av sjukvården. Vi utgår också från teoretiska överväganden grundade i forskningsresultat som vi bedömt vara relevanta. När det gäller valet av dimensioner och de faktiska bedömningarna, dvs *vad* som bedöms som svagt eller starkt och hur det bedöms, har vi strävat efter att identifiera det policyrelevanta, det som kan påverkas med policybeslut.

Avsikten är att stimulera till diskussion och handling. Det saknas inte åsikter om vad som bör göras: förslag från HSU 2000, de politiska partiernas program, landstingens handlingsplaner, privata vårdgivares propåer och professionens och patienternas önskemål. Det är viktigt att diskussionerna om sjukvården i framtiden fokuse-

ras på väsentligheterna och ger utgångspunkter för de viktiga beslut som behöver fattas.

Starka sidor

- bred uppslutning bakom principen "vård på lika villkor" och det sociala perspektivet
- demokratisk förankring
- regionalisering och populationsbaserad resurstilldelning
- decentraliserat beslutsfattande
- stark professionalism och hög kvalitet
- stark lojalitet hos personalen; åtminstone hittills
- rimliga kostnader
- stort förtroende hos befolkningen; men tendenser att detta urholkas.

Svaga sidor

- oklart om omfattningen och inriktningen av vården svarar mot befolkningens önskemål
- oklara kriterier för prioriteringar i stort
- bristande möjligheter (och intresse av) att tillvarata olika individers skilda önskemål
- bristande transparens vad gäller resursanvändning, måluppfyllelse och effektivitet
- brister i incitamenten för patienter och producenter att vara kostnadsmedvetna och att välja kostnadseffektiva insatser för prevention, behandling och rehabilitering
- stora oförklarade skillnader mellan vårdgivare beträffande behandlingsmetoder och läkemedelsförskrivning
- bristande samordning av alla aktiviteter som berör en patient under en vårdepisod, dvs brister i samspelet mellan vårdgivare och vårdnivåer
- vårdproduktionen alltför politiserad, medan det politiska ansvaret för de centrala frågorna rörande mål och resurser är oklart.

Behöver något göras?

Det enkla svaret är att svagheterna behöver åtgärdas, förutsatt att man anser att de faktiskt föreligger. Frågan är också hur väsentliga

Tabell 12.1 Befolkningens tillfredsställelse med sjukvårdssystemet 1996

	Sverige	*Danmark*	*Finland*	*Tyskland*	*Frankrike*	*England*	*EU*
Mycket nöjd	13,3	54,5	15,2	13,0	10,2	7,7	8,9
Ganska nöjd	55,2	36,0	71,7	54,1	56,0	40,9	42,1
Varken nöjd eller missnöjd	17,0	3,8	7,0	21,8	19,0	10,1	20,2
Ganska missnöjd	11,6	4,5	5,3	10,0	13,0	26,0	19,1
Mycket missnöjd	2,8	1,2	0,7	1,2	1,9	15,4	9,7

Källa: LSE Health.

de är. Många tidigare undersökningar pekar ju på att svenskarna är ganska eller mycket nöjda med sjukvården. En alldeles ny internationell undersökning visar dock, att visserligen är de flesta svenskarna (65 procent) nöjda eller mycket nöjda med sjukvården, men andelen är mindre än den är bland finländarna och – i synnerhet – danskarna (tabell 12.1). Att det inte har att göra med sjukvårdens finansiella resurser torde framgå av att sjukvårdskostnaderna per capita (i köpkraftspariteter) i de tre länderna är ungefär desamma (figur 1.1).

Ungefär 25 procent av svenskarna anser att bara grundläggande förändringar kan få vården att fungera bättre, och 3 procent anser att vården fungerar så dåligt att den måste ändras från grunden (tabell 12.2). Andelen som anser att det behövs grundläggande förändringar är visserligen mindre än i EU som helhet men avsevärt större än i Danmark och Finland. Det är visserligen oklart vad de missnöjda önskar sig, men det är fullt klart att ganska många efterlyser förändringar. Det är inte osannolikt att de svaga sidor vi identifierat ligger bakom missnöjet och önskemålen om förändringar.

Sjukvårdens framgångar, men också dess problem, skapas på flera nivåer, var och en med sin del av ansvaret:

- den övergripande nivån: den strategiska inriktningen och vårdstrukturen i stort
- ledningsnivån: prioriteringar, ledarskap, resursanvändning m m
- fältnivån: professionalism i arbetet, dvs kvalitet, omsorg om patienten, engagemang, arbetsvilja, kostnadsmedvetande osv.

Tabell 12.2 Befolkningens attityder till behovet av förändringar i sjukvårdssystemet 1996

	Sverige	*Danmark*	*Finland*	*Tyskland*	*Frankrike*	*England*	*EU*
På det hela taget fungerar sjukvården bra	29,0	54,7	39,3	38,3	26,2	14,8	22,7
Det finns en del som är bra men med mindre ändringar skulle det kunna fungera bättre	44,8	37,4	52,1	40,0	41,8	27,9	33,0
Det finns en del som är bra men bara grundläggande förändringar kan få det att fungera bättre	22,1	5,7	7,8	17,4	25,1	42,7	30,1
Sjukvården fungerar så dåligt att den måste ändras i grunden	3,4	1,8	0,6	2,3	5,2	14,3	12,6

Källa: LSE Health.

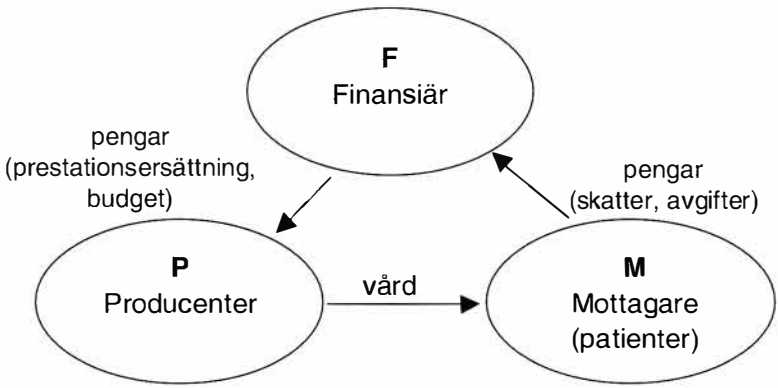
Det finns mycket att göra på alla tre nivåerna. De hänger dessutom ihop. Vi väljer ändå att koncentrera oss på de två översta – i fullt medvetande om att det är på fältnivån – i vårdavdelningen, operationssalen, läkarmottagningen, tandläkarmottagningen, sjukgymnastmottagningen osv – som det egentliga hälso- och sjukvårdsarbetet utförs (eller inte utförs), att det är där, i mötet med patienten, som vårdkvaliteten skapas och effekterna har sitt upphov.

Vad är det som nu sker?

Reformarbetet i svensk sjukvårds organisation och finansiering på senare år kan beskrivas med utgångspunkt i den s k marknadstriangel som kännetecknar sjukvården (figur 12.1). Det utmärkande

för marknadstriangeln är att producenterna inte erhåller betalning direkt från sina avnämare utan från en tredjepartsfinansiär, som i sin tur finansieras med skatter, avgifter eller försäkringspremier från ett avnämarkollektiv. Självklart är bilden förenklad; det saknas pilar som representerar egenavgifter som betalas direkt till producenten, det försäkringsskydd för individerna som finansiären tillhandahåller osv.

Figur 12.1 Sjukvårdens "marknadstriangel"



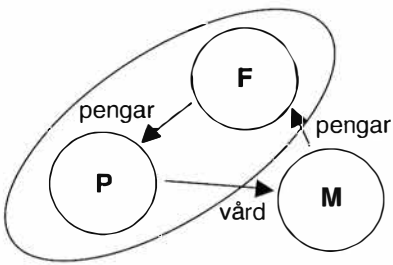
I en situation med tre kategorier av aktörer – producenter, mottagare/nyttjare och (tredjeparts)finansiärer – finns en inbyggd frestelse för de två förstnämnda att höja kvalitet och kvantitet på bekostnad av den tredje. Det är inte speciellt för sjukvård. Hem- och bilförsäkringar är andra, välbekanta exempel. I sådana försäkringssystem finns noga reglerat vad försäkringen omfattar, och genom självrisker, bonussystem m m söker försäkringsgivare hålla nere ersättningsanspråken. I sjukvården används patientavgifter för att dämpa efterfrågan. Sjukvårdens innehåll och kostnader styrs emellertid huvudsakligen av vårdproducenterna. (Det har hävdats att sjukvårdens dyraste instrument är läkarnas pennor, de med vilka de skriver remisser och förskriver läkemedel.) I alla sjukvårdssystem söker därför finansiärerna efter sätt att kontrollera vårdproducenterna.

De amerikanska "health maintenance organizations", sjukvårdsplaner med tillgång till enbart kontrakterade vårdgivare, och för-

säkringsgivares integration framåt genom köp av vårdföretag är exempel på metoder som används i försäkringsbaserade system.

I skattefinansierade system finns andra möjligheter. Den väg som valts i Sverige är att integrera finansieringsfunktionen med merparten av produktionen i *en* organisation med finansiären överordnad producenterna. Dessutom är finansiären och dess underordnade enheter politiskt styrda organisationer. Landstingens ledningsnivå har pengarna och är överordnad huvuddelen av vårdproducenterna. En principskiss över den integrerade modellen finns i figur 12.2.

Figur 12.2 Integrerat system



F är överordnad **P**
i en hierarkisk organisation

Huvudidé: **F** är huvudman
och totalansvarig

Ett sjukvårdssystem uppbyggt enligt den integrerade modellen är väl ägnat att uppnå totalkostnadskontroll och möjliggör för finansiären att direktstyra vårdens omfattning och inriktning via bl a beslut i budgetprocessen. Hur bra resultatet blir beror i hög grad på samspelet mellan aktörerna. Det finns emellertid erfarenhetsmässigt två inneboende nackdelar, eller i vart fall risker, med den integrerade förvaltningsmodellen. Det gäller generellt, inte bara sjukvård.

Den ena är att effektiviteten eftersätts, både den dynamiska effektiviteten (förnyelseförmågan) och den statiska kostnadseffektiviteten (att man producerar till lägsta kostnad). Det är inte lätt för finansiären/ledningsnivån att veta vad man kan begära av producentorganisationen. Incitamenten för producenterna tenderar att vara svaga. Det gäller både positiva incitament i form av belöningar och negativa i form av hot mot den egna verksamheten om man inte sköter sig väl.

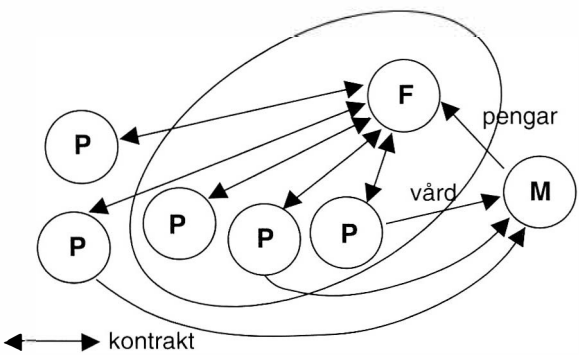
Den andra svagheten är att det finns en tendens att rikta uppmärksamheten inåt, dvs att inte alltid främst fokusera på "kundnyttan" (konsumtionseffektiviteten, att göra rätt saker), på att till-

godose de egentliga avnämarnas skiftande behov och önskemål och helst överträffa deras förväntningar. För producenter med ekonomiskt ansvar och finansieringen ordnad uppifrån är finansiären ekonomiskt intressantare än avnämaren. Om patienten dessutom i ekonomiska termer uppfattas som en kostnad snarare än som en intäkt, beroende på ersättningssystemets utformning, blir tendensen än starkare att betrakta patienten som någon som får favörer snarare än som den egentliga uppdragsgivaren. (Läkaretiken bjuder naturligtvis att patientens väl står i fokus. Här kommenteras i vilken riktning styrsystemen verkar.) För finansiären/ledningsnivån är det enklast, och oftast det enda realistiska i stora centralstyrda system, att se avnämarna som kollektiv snarare än som många, inbördes olika individer – även om man kanske hävdar motsatsen. Konsekvensen av dessa "krafter" är att patienten marginaliseras.

Det är uppenbart att mycket av det reformarbete som bedrivits i sjukvården har inriktats på att eliminera just dessa brister. Det har gällt att dels höja produktivitet och effektivitet, dels öka patientinflytandet. Problemet ligger i att finna en metod som kan eliminera båda bristerna.

Standardmetoden för att höja effektivitet och produktivitet i integrerade förvaltningar är att tydligt skilja på finansiär och utförare och se till att båda parter har incitament till effektivitetshöjande åtgärder. Köp/säljsystem, konkurrensutsättning, upphandling internt eller externt är några exempel. Hierarkiska plansystem ersätts med kontraktsförhållanden. Se figur 12.3. Flera av dagens landstingsmodeller för sjukvården bygger på detta tänkande.

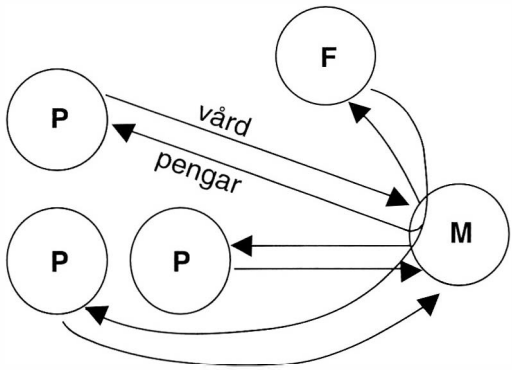
Figur 12.3 Interna marknader och entreprenader



Huvudidé:
F svarar för kontrakt med effektiva producenter; "patienten följer pengarna"

Den vanliga metoden för att främja avnämarnas inflytande – med bibehållen offentlig finansiering – är att dels ge dem ökade valmöjligheter, dels ge deras val reellt inflytande på producenternas ekonomi. Möjlighet att välja serviceproducent och tjänsteinnehåll med hjälp av servicecheckar (vouchers) och införande av pengsystem är exempel på detta i svensk offentlig förvaltning. Se figur 12.4. Husläkarsystemet och det fria vårdsökandet är exempel inom sjukvården.

Figur 12.4 Kundvalssystem/pengsystem



Huvudidé: **F** ackrediterar **P**; **M** väljer **P**; "Pengarna följer patienten"

På det stora hela har båda strategierna varit framgångsrika i reformeringen av de offentliga servicesystemen – där en av dem har blivit den dominerande lösningen. Just i sjukvården har man emellertid på många håll valt bådadera. Nya offentliga beställarfunktioner beställer/avtalar med vårdproducenter om vårdproduktion under en kommande period samtidigt som patienter har möjlighet att välja vårdgivare och deras företrädare i primärvården kan utfärda remisser utan hänsyn till vårdavtalen.

Inkonsistenser är oundvikliga i sådana blandmodeller. De politiska organens ingrepp för att rätta till det som blir fel kan vara motiverade sedda var för sig, men för styrsystemens legitimitet hos professionen och allmänheten kan resultatet bli förödande.

Finns en idealmodell?

På sina håll finns det hos sjukvårdspolitiker och vårdprofessionen tendenser att åter rikta sitt hopp till den integrerade förvaltningsmodellen. Andra anser att en ”återställarpolitik” inte erbjuder

någon lösning för framtiden. Vi delar den senare uppfattningen. Frågan är då i vilken riktning sjukvårdens organisation, styrning och organisation bör sökas. Vår slutsats av egna och andras studier är att det inte finns någon enda väg, någon idealmodell att finna och implementera. Fördelar och nackdelar med olika organisations- och finansieringsmodeller måste analyseras noga med utgångspunkt i de speciella förhållanden som råder i Sverige som helhet och i olika delar av landet. Det förefaller osannolikt att det som passar ett storstadsområde också skulle vara det bästa för ett glesbygdsområde. Samtidigt behövs på den nationella nivån en gemensam grundstruktur. Som vi har visat tidigare finns det två huvudalternativ som internationellt visat sig fungera någorlunda väl.

Det ena "konceptet" bygger på offentligt reglerade, inbördes konkurrerande, internt integrerade system bestående av såväl försäkringsgivare som vårdproducenter. Invånarna väljer mellan dessa "vårdplaner". Finansieringen sker genom försäkringsvgifter, som kan tas ut på olika sätt med varierande grad av offentliga subventioner.

Det andra alternativet bygger på central, offentligt administrerad finansiering och vårdproducenter som är fristående från finansiären. Det innebär monopol på finansieringssidan och konkurrens på utförarsidan. Den centrala finansiären kan delegera finansieringsfunktionen till intermediära finansiärer, vårdhuvudmän. Konkurrensen kan ske dels i form av konkurrens mellan vårdgivare om vårdkontrakt med finansiären, dels som patientval mellan vårdgivare på samma vårdnivå.

Med den historiska tradition vi har i svensk sjukvård är det mest realistiska att bygga det framtida sjukvårdssystemet på den senare grundprincipen.

Kriterier på ett bra vårdsystem

Varje utformning av hälso- och sjukvårdssystem innebär en uttalad eller outtalad avvägning mellan olika hänsyn. Vi har tolkat situationen så att svensk sjukvård bör uppfylla högt ställda krav i följande avseenden:

1. Vårdkvalitet, såväl medicinsk som omvårdnadskvalitet
2. Totalkostnadskontroll
3. Samverkan med andra system, bl a äldreomsorg och sjukersättningssystem
4. Kostnadseffektivitet
5. Patientinflytande
6. Allmän tillgänglighet
7. Förnyelseförmåga.

Vi har utgått från dessa kriterier när vi skisserat följande förslag.

Förslag till åtgärder

Vi vill föreslå ett reformprogram uppbyggt på tre pelare:

1) Offentlig finansiering genom en öronmärkt nationell sjukvårdsskatt eller en väldefinierad budgetpost i statsbudgeten. Vid val av en särskild skatt skall denna ha en bred bas. Med hänsyn till såväl fördelningsaspekter som tydlighet om vem som betalar är en inkomstrelaterad skatt att föredra. Skatteintäkterna, alternativt medlen i den väldefinierade budgetposten, föres till en fond till vilken också intäkterna från en sjukersättnings-, arbetsskade- och förtidspensioneringsavgift (arbetsgivaravgift) föres. Avsättningarna till denna fond bestäms för rullande treårsperioder. Syftet med fonden är att utjämna fluktuationer i skatte- och avgiftsunderlaget och förändringar i befolkningspanoramat. Fonden får inte uppvisa underskott. Denna fond finansierar såväl vård som inkomstkompensation till följd av ohälsa, dvs långtidssjukfrånvaro, arbetsskador och förtidspensioneringar. Utgifterna för folkhälsoarbete, utvärdering, information och kvalitetskontroll samt medicinsk forskning och utbildning, dvs de kollektiva tjänsterna, finansieras också från denna källa. Riksdagen ansvarar för den övergripande prioriteringen mellan olika ändamål.

Landstingens beskattningsrätt för sjukvårdsändamål försvinner. De (eller nyskapade regionala enheter) tilldelas medel för sjukvård och inkomstbortfall på grund av sjukdom eller skada. Staten utformar regelsystemen och har ett övergripande tillsynsansvar över vårdens finansiärer och producenter, offentliga såväl som privata.

2) Landstingen (eller nya regionala enheter) ansvarar för hälsomål och ekonomi i rollen som huvudman och tilldelas ekonomiska medel enligt befolkningskriterier. De tar över ansvaret för administration och utbetalningar av sjukpenning, arbetsskadeersättningar och förtidspensioner. Den övergripande styrningen av landstingen sker genom politiskt valda styrelser. Inom landstingen görs en klar separering mellan "beställare/köpare" och "producenter". Inom varje landsting kan det finnas en eller flera beställarenheter beroende på upptagningsområdets storlek, befolkningstäthet m m.

Vården utförs i vårdsystem där primärvård, sjukhusvård och receptläkemedel integreras. Vården utförs av professionellt ledda, offentligt eller privat ägda vårdproducenter som erbjuder vård enligt kontrakt med beställaren. I kontrakten definieras det vårdprogram som erbjuds. Vårdproducenterna kan om de så vill bilda konsortier, som utgör nätverksorganisationer sammanhållna av interna kontrakt vilka tillsammans definierar vårdprogrammet. Invånarna skall ges möjlighet att välja vårdprogram och, om därvid så erfordras, även beställarorganisation. Modesta patientavgifter i samband med vårdutnyttjandet bör tas ut. Ickemedicinska tilläggstjänster betalas direkt av patienten.

3) Ett högkvalificerat institut för medicinsk, teknologisk och ekonomisk utvärdering skapas med basfinansiering från staten. Projektmedel söks från forskningsfinansierande organ, vårdfinansiärer och vårdproducenter, patientföreningar m fl intressenter. Associationsformen bör övervägas. Ett privaträttsligt (aktiebolag etc) institut är sannolikt att föredra framför myndighetsformen.

Motiv för förslagen

Motiven för dessa förslag, som givetvis måste både prövas och vidareutvecklas, är följande:

1. Skapa trygghet och tydlighet (transparens) i finansieringen samt en sjukvård som omfattar alla.
2. Medge frihet att organisera vårdens utförande på olika sätt beroende på lokala förutsättningar och professionella initiativ, skapa valmöjlighet för patienterna beträffande vårdprogram samt skapa stabila spelregler för vårdproducenter och vårdpersonal.

3. Skapa en förstärkt utvärderingsfunktion som kan vägleda sjukvårdens aktörer i deras framtida verksamhet.

Syftet med reformeringen av finansieringen är att skapa klarhet i vilka resurser som sjukvården förfogar över, hur dessa utvecklas och används samt möjliggöra för riksdagen att tydligt prioritera sjukvård mot annan verksamhet och att göra övergripande prioriteringar mellan olika delar av sjukvårdsutgifterna. Mera detaljerade prioriteringar görs på regional och lokal nivå.

Det båtar föga att söka peka ut vinnare och förlorare. Rollerna kommer förvisso att förändras, inte minst för politiker som nu har ett operativt ansvar. Professionernas roll och ansvar blir tydligare och vidare. Vårdprogrammen, och konsortierna som organiseras kring dem, kommer med all säkerhet att domineras av professionens företrädare. För patienterna minskar möjligheterna att "shoppa runt", men de får en tydligare relation till vården, kanske genom patientansvariga primärvårdsläkare som "kundansvariga", oavsett vart behandlingen sedan leder patienten. Och sjukvårdsekonomin blir säkrare, bl a eftersom civilrättsliga kontraktsformer skapar ökad tydlighet i vem som svarar för vad. Priser och andra kontraktsvillkor går dessutom inte att ensidigt manipulera som i ett hierarkiskt system. Däremot bibehålls ett i huvudsak slutet system men med tydligare koppling mellan prestationer och ersättningar.

Går detta att genomföra?

De nya samverkansprogrammen mellan sjukhus, vårdcentraler och privatvård som växer fram i t ex Värmland och delar av Skåne har samma inslag av "managed care" som vårt förslag. I Stockholms län kan man tänka sig att landstinget delegerar huvudmannaskapet och resurserna till t ex tre beställarenheter: Nord, Centrum och Syd. Invånarna kan välja en annan beställare än den inom vars geografiska område man bor, men blir då samtidigt hänvisad till de vårdproducenter som beställaren har avtal med. De tre beställarna väljer antagligen att själva "kontraktera ihop" ett vårdsystem men bör ha frihet att teckna avtal med fristående, ackrediterade vårdkonsortier som tar emot kapitationsersättningarna och svarar för kontrakten inom konsortiet. I båda slagen av vårdsystem kan ingå både pri-

vata och offentliga vårdgivare. Högspecialiserade vårdgivare kommer att ingå i flera vårdsystem. Kapitationsersättningen täcker (utöver de modesta patientavgifterna) all bassjukvård (dvs ungefär som i dag). Tilläggstjänster (tandvård, sjukgymnastik, viss typ av äldreomsorg osv) kan erbjudas mot försäkring eller patientavgifter.

I stora delar av landet är det sannolikt inte ändamålsenligt att ha flera parallella, kompletta sjukvårdsprogram. Där kan valmöjligheten avse primärvården, vars olika enheter har avtal med i huvudsak samma specialister, sjukhus osv.

En huvudpoäng är att den närmare organisationen utformas regionalt inom de gemensamma ramar som staten sätter upp i egenskap av huvudfinansiär och ansvarig för regelsystemen. För att knyta an till det föregående kapitlet handlar det om att finna den lämpliga avvägningen mellan reglering och marknad på samtliga nivåer. Det skulle ges möjlighet att arbeta i riktning mot en reglerad marknad på nationell nivå, planerade regionala marknader för huvuddelen av sjukvården (eventuellt med kompletterande inslag av reglerade marknader för vissa verksamheter) samt reglerade lokala marknader för samhälleligt lågprioriterad specialistvård, tandvård och paramedicinska tjänster.

En organisationsmodell med dessa huvuddrag skulle ta vara på flera värdefulla inslag i det brittiska systemet och i de försäkringsbaserade systemen i Nederländerna och Tyskland – och självfallet väsentliga egenskaper som vi förknippar med bra svensk sjukvård: tillgång till vård för hela befolkningen, hög professionell standard, god totalekonomi. Samtidigt skulle vi få smidigare resurs- och kapacitetsanpassningar, tydligare och mer positiva incitament till utveckling av vårdkedjor och behandling på rätt vårdnivå, möjligheter för patienter att uttrycka preferenser för (delvis) olika vårdpaket. Vi är övertygade om, men kan givetvis inte "visa med kliniska försök", att kvaliteten blir bättre.

Ledningsfunktionen

Strukturlösningar ger emellertid bara förutsättningar för en effektiv sjukvård. Många av sjukvårdens problem, sådana de framställs i medierna och i politiska debatter, är i grunden managementproblem. Dessa har delvis sin grund i den speciella organisationen och

finansieringen av sjukvården, framför allt relationen mellan de politiska och professionella beslutsfattarna. Delvis beror ledningsproblemen på bristande kompetens, både vilja och förmåga. Oklara roller hos sjukvårdens aktörer bidrar.

Ledarskapet inom sjukvården måste göras klarare, mer attraktivt och mer ansvarsfullt. Det gäller det politiska såväl som det professionella ledarskapet. Politikerrollen måste förändras så att politikerna träder tillbaka när det gäller besluten om hur verksamheten skall bedrivas. De bör koncentrera sig på de mera övergripande uppgifterna, där besluten mera skall styras av värderingar än professionella kritierier, t ex målen för verksamheten och omfattningen av de resurser som skall tillföras. Samtidigt som detta ger ökade befogenheter till professionella beslutsfattare att bestämma hur verksamheten skall bedrivas, ger det samtidigt större möjligheter att utkräva ansvar för att verksamheten bedrivs effektivt och att uppställda mål nås. Med stor sannolikhet leder detta också till att möjligheterna att rekrytera och behålla kompetenta ledare inom sjukvården ökar – och till ett ökat intresse för kompetensutveckling på alla nivåer för att kunna komma ifråga för dessa ledarpositioner.

En positiv vision

Det behövs en vision, en positiv vision, för svensk sjukvård. Förutsättningarna finns i form av kunskaper och resurser. Experimenterandet med olika "modeller" har gett många lärdomar. Pengar, personal m m finns och kan utnyttjas bättre.

Ett nytt motto för svensk sjukvård kanske kan bidra till att samla krafterna till gemensam handling. Vi föreslår att portalparagrafen i Hälso- och sjukvårdslagen skrivs om, att det passiva och svårtolkade mottot "god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen" ersätts med "hälsa och vård i världsklass – enligt befolkningens önskemål". Finns det några skäl till att vi inte skulle kunna förverkliga den ambitionen? Till att vi inte skulle vilja?

Referenser

Anell, A (1994), *Sjukhusens kontrakt – från anslag till intäkter*, SNS Förlag, Stockholm.

Anell, A och Persson, M (1996), *Personalresurser i svensk sjukvård – utvecklingslinjer och internationell jämförelse*, IHE Arbetsrapport 1996:9, Lund.

Anell, A och Rosén, P (red) (1996), *Valfrihet och jämlikhet i vården*, SNS Förlag, Stockholm.

Arvidsson, G (red) (1990), *Företagsledares recept för sjukvården*, SNS Förlag, Stockholm.

Arvidsson, G (1995), "Regulation of planned markets in health care" i R B Saltman och C von Otter, red, *Implementing planned markets in health care –Balancing social and economic responsibility*, Open University Press, Buckingham och Philadelphia.

Arvidsson, G och Jönsson, B (red) (1991), *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*, SNS Förlag, Stockholm.

Arvidsson, G och Jönsson, B (red) (1991), *Sjukvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?*, SNS Förlag, Stockholm.

Arvidsson, G och Jönsson, B (red) (1993), *Tandvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?*, SNS Förlag, Stockholm.

Arvidsson, G, Jönsson, B och Karlsson, G (1993), "Skiss till riktlinjer för den framtida tandvårdspolitiken", SNS Occasional Paper Nr 44.

Arvidsson, G, Jönsson, B och Werkö, L (red) (1993), *Prioritering i sjukvården – etik och ekonomi*, SNS Förlag, Stockholm.

Bengtsson, G, Lönnberg, A och Reizenstein, P (1994), *Etik och ekonomi i vården*, SNS Förlag, Stockholm.

Berggren, U, Zethraeus, N, Arvidsson, D, Haglund, U och Jönsson, B (1996), "A costminimization analysis of laparoscopic cholesystectomy versus open cholesystectomy". *The American Journal of Surgery*, 172(4):305–310.

Borgenhammar, E (1993), *Att vårda liv – Organisation, etik, kvalitet*, SNS Förlag, Stockholm.

CMR News, Vol 14, No 2, 1996.

Culyer, A J, Evans, R G, Schulenburg, J-M Graf v d, van de Ven, W P M M och Weisbrod, B A (1992), *Svensksjukvård – bäst i världen?*, SNS Förlag, Stockholm.

Culyer, A J, Schulenburg, J-M Graf v d och van de Ven, W P M M (1995), "Swedish health care revisited", SNS Occasional Paper Nr 71; i svensk översättning "Svensk sjukvård granskad på nytt", SNS Occasional paper Nr 78, 1997.

Ds Fi 1985:3, *Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960–1980*. Rapport till ESO.

Ds Fi 1994:22, *Kvalitets- och produktivitetsutvecklingen i sjukvården 1960–1992*. Rapport till ESO.

Gerdtham, Ulf-G och Jönsson, B (1993), *Läkemedelsförmånen*, SNS Förlag, Stockholm.

Jacobsson, L och Lindgren, B (1996), *Vad kostar sjukdomarna?*, Socialstyrelsen, Stockholm.

Johannesson, M och Jönsson, B (1993), *Ekonomisk utvärdering av läkemedel*, SNS Förlag, Stockholm.
Jonsson, E (1993), *Konkurrens inom sjukvården. Vad säger forskningen om effekterna?*, SPRI rapport 350, Stockholm.
Jönsson, B, Gerdtham, Ulf-G m fl (1995), "New Directions in Health Care Policy", Health Policy Studies, No 7, OECD.
Jönsson, B och Karlsson, G (1994), *Tandvården – en ekonomisk analys*, SNS Förlag, Stockholm.
Landstingsförbundet (1995) *Landstingens ekonomi*, augusti.
Lubitz, J, Beebe, J och Baker, C (1995), "Longevity and Medicare expenditures", *New England Journal of Medicine*, 332:999–1003.
Nationalräkenskaperna (1996).
OECD *Economic Outlook*.
OECD Health Data (1996 och tidigare årgångar).
Ohlsson, R, Broomé, P och Nilstun, T (1993), *Operation sjukvård*, SNS Förlag, Stockholm.
Rehnberg, C och Garpenby, P (1995), *Privata aktörer i svensk sjukvård*, SNS Förlag, Stockholm.
Reizenstein, P (1992), *Kvalitetssäkring av vården*, SNS Förlag, Stockholm.
Saltman, R B (1992), *Patientmakt över vården*, SNS Förlag, Stockholm.
Saltman, R B och von Otter, C (red) (1995), *Implementing planned markets in health care – Balancing social and economic responsibility*, Open University Press, Buckingham och Philadelphia.
Socialstyrelsen (1996), *Den planerade marknaden – Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1995:7.
SOU 1993:93, *Vårdens svåra val*. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.
SOU 1995:122, *Reform på recept*. Delbetänkande av HSU 2000.
SOU 1996:91, *Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer*. Betänkande av Utredningen om ersättning till privata vårdgivare.
SOU 1996:163, *Behov och resurser i vården – en analys*. Delbetänkande av HSU 2000.
Svalander, P-A och Lindqvist, R (1996), "Kostnadsjämförelser privata–offentliga läkarmottagningar" (förhandsupplaga), Landstingsförbundet, Stockholm.
Söderström, L (1991), *Hur skall sjukvården betalas?*, SNS Förlag, Stockholm.
Söderström, L (1993), "A Case for Patient Charges?", SNS Occasional Paper Nr 43.
Westlund, A H m fl (1996), "Åtgärdsinriktade patientenkäter", *Läkartidningen*, 93 (21) 2078–2081.

Bilaga 1

SNS-projektet ”Nya spelregler för hälso- och sjukvården” – en beskrivning

Hälso- och sjukvården är en av de viktigaste samhällsfunktionerna – och en av de mest omdebatterade. Kvalitet, effektivitet, kostnader, prioriteringar osv ifrågasätts och olika lösningar presenteras, diskuteras och införs. I hög grad prövar man sig fram. SNS forskningsprojekt "Nya spelregler för hälso- och sjukvården" startades 1990 för att med fakta, analyser och idéer, baserade på vetenskapliga studier, bidra till omprövning och förändring av den svenska hälso- och sjukvården.

Projektet avslutas formellt med föreliggande skrift. En rad studier har genomförts. Totalt har tretton böcker och nio uppsatser (Occasional papers) publicerats. Flera större konferenser samt en rad seminarier och andra möten har genomförts i anslutning till projektet.

The European Healthcare Management Association tilldelade projektet 1994 års Baxter Award för framstående bidrag till hälso- och sjukvårdsadministration i Europa.

Inriktning

Forskningen har bedrivits i ett systemperspektiv. Strukturutformning, regelsystem och olika aktörers roller har stått i fokus (och inte arbetsmetoder eller rent medicinska eller sociala aspekter). Studieområdet har uppfattats i vid mening, dvs inrymmer sjukvård i olika former, tandvård, läkemedelsanvändning osv. Vidare har hälso- och sjukvården studerats i sin omgivning där såväl försäkringssystemen som uppgiftsfördelningen och samspelet med näringslivet varit föremål för särskilt intresse. Jämförelser har gjorts med systemutformningar i andra länder och utländska, internationellt erkända forskare har granskat den svenska sjukvården.

Publikationer

Som ett led i förberedelserna genomfördes ett seminarium med deltagande av sjukvårdspolitiker, sjukvårdsadministratörer, läkare, ekonomer och företagsledare. På grundval av seminariet utarbetades boken:

– *Företagsledares recept för sjukvården*, 1990, av Göran Arvidsson, red, under medverkan av Ragnar Beyer, Stig Larsson, Melker Schörling

och Marcus Storch samt kommentarer av Henrik Almkvist, Leni Björklund, Douglas Skalin, Björn Tengroth och Claes Örtendahl

Därefter har följande böcker publicerats:

- *Hur skall sjukvården betalas?*, 1991, av professor Lars Söderström
- *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*, 1991, av Göran Arvidsson och Bengt Jönsson, red, under medverkan av forskarna Lennart Hansson, Ernst Jonsson och Casten von Otter samt landstingsföreträdarna Göran Forsblad, Malmöhus, Toivo Heinsoo, Kopparberg, Lars Roslund, Bohus, och Göran Rådö, Stockholm
- *Sjukvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?*, 1991, av Göran Arvidsson och Bengt Jönsson, red. Studien utfördes av en svensk forskargrupp under ledning av Bengt Jönsson
- *Svensk sjukvård – bäst i världen?*, 1992. Studien utfördes av en internationell forskargrupp bestående av professorerna A J Culyer, University of York, Robert G Evans, University of British Columbia, J-M Graf v d Schulenburg, Universität Hannover, W P M M van de Ven, Erasmus university, Rotterdam, och Burton A Weisbrod, Northwestern university. Kommentarer av Hans Bergström, Ingemar Ståhl och Johannes Vang
- *Patientmakt över vården*, 1992, av professor Richard Saltman, Emory university, Atlanta
- *Ekonomisk utvärdering av läkemedel*, 1993, av fil dr Magnus Johannesson och Bengt Jönsson med kommentarer av beslutsfattare och experter
- *Läkemedelsförmånen*, 1993, av fil dr Ulf-G Gerdtham och Bengt Jönsson
- *Prioritering i sjukvården*, 1993, av Göran Arvidsson, Bengt Jönsson och Lars Werkö, red, med bidrag av professorerna Daniel Callahan, New York, Cyril Chantler, London, och Alan Maynard, York, samt kommentarer av svenska beslutsfattare och experter
- *Tandvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?*, 1993, av Göran Arvidsson och Bengt Jönsson, red, under medverkan av Sirkkasisko Arinen, Jostein Grytten, Dorthe Holst, Göran Karlsson, David Parkin, Harri Sintonen and Norman H Whitehouse
- *Tandvården – en ekonomisk analys*, 1994, av Bengt Jönsson och fil dr Göran Karlsson

- *Sjukhusens kontrakt – från anslag till intäkter*, 1994, av ekon dr Anders Anell
- *Privata aktörer i svensk sjukvård*, 1995, av fil dr Clas Rehnberg och fil dr Peter Garpenby.

Nio Occasional papers har dessutom framställts:

- *International Review of the Swedish Health Care System*, 1991, by A J Culyer, Robert G Evans, J-M Graf v d Schulenburg, W P M M van de Ven and Burton A Weisbrod. SNS Occasional paper No 34
- *Health Care and Health Care Finance in Sweden: The crisis that never was; the tensions that ever will be*, 1991, by A J Culyer. Summary of the study above. SNS Occasional paper No 33
- *Patient Choice and Patient Empowerment: A conceptual analysis*, 1992, by Richard B Saltman. SNS Occasional paper No 40
- *A Case for Patient Charges?*,1993, by Lars Söderström. SNS Occasional paper No 43
- *Skiss till riktlinjer för den framtida tandvårdspolitiken*, 1993, av Göran Arvidsson, Bengt Jönsson and Göran Karlsson. SNS Occasional paper Nr 44
- *Dental Care Systems in Europe: An overview and the cases of Finland, Norway and UK*, 1993, by Sirkkasisko Arinen, Jostein Grytten, Dorthe Holst, David Parkin, Harri Sintonen and Norman H Whitehouse. SNS Occasional paper No 45
- *Setting Limits in Health Care – balancing ethics and economics*, 1993, by Daniel Callahan, Cyril Chantler and Alan Maynard. SNS Occasional paper No 46
- *Swedish Health Care Revisited*, 1995, by A J Culyer, J-M Graf v d Schulenburg and W P M M van de Ven. SNS Occasional paper No 71
- *Svensk sjukvård granskad på nytt*, 1997, av A J Culyer, J-M Graf v d Schulenburg och W P M M van de Ven. SNS Occasional paper Nr 78.

Som komplement till skrifterna från projektet har SNS Förlag publicerat följande böcker:

- *Privatisera arbetsskadeförsäkringen?*,1990, av Hans Esping och Aira Filppa
- *Kvalitetssäkring av vården*, 1992, av Peter Reizenstein

- *Att vårda liv – organisation, etik, kvalitet*, 1993, av Edgar Borgenhammar
- *Operation sjukvård*, 1993, av Rolf Ohlsson, Per Broomé och Tore Nilstun
- *Etik och ekonomi i vården*, 1994, av Gunnar Bengtsson, Anders Lönnberg och Peter Reizenstein
- *Äldreomsorgen i Sverige*, 1994, av Per Broomé och Pirkko Jonsson
- *Hälsoekonomiska perspektiv*, 1995, av Per Carlsson och Clas Rehnberg, red, samt tio andra hälsoekonomer
- *Valfrihet och jämlikhet i vården*, 1996, av Anders Anell och Per Rosén, red, samt Paula Blomqvist, Casten von Otter och Lars Trägårdh.

Konferenser

Följande större konferenser har hållits:

- *Svensk sjukvård – bäst i världen?* November 1991
- *Prioritering och rationalisering av sjukvården.* December 1992; i samarbete med Handelshögskolan och Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik (SBU)
- *Nya spelregler för svensk tandvård.* April 1992
- *Läkemedlen i framtidens sjukvård.* November 1993
- *Politik och marknad i framtidens sjukvård.* Oktober 1994
- *Konkurrens och samverkan i sjukvården.* Mars 1995
- *"Läkemedelsdagmar".* December 1995; i samarbete med Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE)
- *Samspelet i sjukvården – vilken roll skall privata och offentliga aktörer spela i vårdkedjan?* April 1996; i samarbete med Praktikertjänst
- *Framtidens sjukvård – vad händer när skattepengarna inte räcker?* November 1996; i samarbete med IHE.

Därutöver har sjukvården och projektet behandlats vid en rad mindre seminarier samt möten i SNS lokalgrupper.

Budget och finansiering

Projektet har haft en totalbudget om ca 5 mkr för hela perioden. Anslag har erhållits från Sven och Dagmar Saléns Stiftelse samt

Apoteksbolaget, Astra, Folksam, LIC Care, Läkemedelsindustriföreningen, Länsförsäkringsbolagen, PT Vård, Praktikertjänst, Procordia, SAS Service Partner, Skandia, Trygg-Hansa och Wasa Försäkring.

Projektledning; referensgrupp

Projektet har letts av docent Göran Arvidsson, forskningsledare vid SNS, och professor Bengt Jönsson, chef för Centrum för Hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm.

En referensgrupp med företrädare för de medverkande företagen och med direktör Marcus Storch, AGA, som ordförande har följt arbetet. I referensgruppen har i slutskedet av projektet ingått följande personer utöver ordföranden: Stefan Bjarnvik, Hälsa Sverige, Håkan Bryngelson, S:t Görans Sjukhus, Tommy Dahlqvist, Länsförsäkringsbolagen, Ulf Edstedt, Läkemedelsindustriföreningen, Göran Fredrixon, Folksam/AMF, Orwar Gustafsson, Nova Medical, Åke Hallman, Gösta Jedberger, Praktikertjänst, Sune Lennstrand, Trygg-Hansa, Stefan Saläng, PT-Vård, Carl-Henrik Söderström, Skandia, Kerstin Valinder, Astra Läkemedel, och Hans Wahlén, Pharmacia & Upjohn.

Bilaga 2

SNS-projektet om sjukvården – en översikt

Åke Blomqvist

Inledning

Under de senaste 10–15 åren har reformering av sjukvården varit ett centralt ämne i den politiska debatten på många håll i världen. Två internationella översikter[1] har kapitel om vårdreformer i följande länder: Sverige, Holland, Tyskland, Belgien, Frankrike, Irland, Spanien, Storbritannien och USA; Danmark, Finland och Norge är ytterligare exempel. En anledning till det starka intresset för vårdreformer är naturligtvis att kostnaderna för sjukvården är en av de största posterna i den offentliga sektorns utgifter i alla i-länder (inklusive USA, där den framtida finansieringen av den federala Medicare-planen är en hett omdebatterad fråga). En kanske lika viktig anledning i många länder, inklusive Sverige, och på sistone också i Kanada, har varit missnöje med kvaliteten på den vård som erbjudits i den offentliga sektorn. Det faktum att maktutredningen identifierade sjukvården som en sektor där medborgarna kände sig speciellt "maktlösa" har ofta nämnts i den svenska debatten.

Att reformera sjukvården är en lång och komplicerad process, och det är ännu för tidigt att säga i hur pass hög grad sjukvården ytterst kommer att förändras som en följd av de reformprogram som pågår i många svenska landsting. (En faktor som bidrar till osäkerheten är att reformprocessen kom att sammanfalla i tiden med den akuta statsfinansiella krisen på 1990-talet; det är inte lätt för beslutsfattarna att koncentrera sig på långsiktiga strukturförändringar när det brinner i knutarna.)

Vad slutresultatet än blir är emellertid en sak redan klar: insikterna om sjukvårdens problem och de olika metoder som kan användas för att ta sig an dem, har avsevärt förbättrats som ett resultat av den vårddebatt som pågått i Sverige under det senaste decenniet. I en värld där särintressen ibland verkar ha politiken i ett järngrepp kan avståndet mellan sådana insikter och den faktiska politiken ibland synas hopplöst stort. I det långa loppet är emellertid inget vapen så effektivt mot särintressenas dominans som en upplyst folkopinion. Åtminstone i jämförelse med länder som Kanada och USA förefaller mig Sverige som ett bra exempel på hur detta vapen kan stärkas genom en öppen och livlig offentlig debatt.[2]

I enlighet med svensk tradition finns mycket av debattunderlaget redovisat i offentliga dokument. Ett av de viktigaste är expertrapporten till HSU 2000-kommittén,[3] men olika aspekter på reformering av vården har också diskuterats i rapporter från andra riks-

dagskommittéer, Socialstyrelsen, socialdepartementet, finansdepartementet m fl. Landstingsförbundet och även enskilda landsting har publicerat många inlägg och analyser. (Den utredning vars slutrapport publicerades 1991 under det något klumpiga namnet *Vägval: Hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden* påbörjades redan 1988, innan den brittiska regeringens vitpapper om reform av NHS[4] kommit ut, och diskuterade många av de teman som sedermera blivit centrala i debatten.) Andra inlägg har publicerats i vetenskapliga tidskrifter eller böcker, som t ex Saltman och von Otters analyser av internmarknader i sjukvården.[5]

I SNS-projektets böcker om sjukvården i Sverige behandlas delvis samma frågor som i dessa utredningar och rapporter, i vissa fall av samma författare. Detta kan vara värdefullt av flera skäl. För det första får materialet en vidare läsekrets. För det andra ger det rapportförfattarna ytterligare ett tillfälle att experimentera med hur de vill presentera sina analyser och slutsatser och dra nytta av kommentarer och förslag från ett skickligt redaktörsteam, Göran Arvidsson och Bengt Jönsson, med en god överblick över sjukvårdspolitiken som helhet. Arvidsson och Jönsson har lyckats bra i den meningen att bidragen till SNS-serien i allmänhet är välskrivna och lättlästa; ett resultat, får man förmoda, både av deras goda omdöme i valet av författare och av det arbete de lagt ned på att redigera manuskripten.

Man förmodar också att Arvidsson och Jönsson är de som fattat de huvudsakliga besluten om seriens innehåll. Två aspekter beträffande innehållet är anmärkningsvärda. Den första är strategin att ge stor vikt åt internationella jämförelser och utländska erfarenheter, delvis med hjälp av bidrag från utländska forskare som översatts från engelska. Den andra är beslutet att ge stort utrymme åt vissa viktiga delsektorer inom sjukvården som annars ofta diskuteras enbart i mycket specialiserad litteratur. Exempel är bidragen beträffande tandvården, behandlingen av läkemedel i den offentliga sjukvårdsförsäkringen och frågan om vilka metoder som kan och bör användas för vårdprioritering och utvärderingar av läkemedel. SNS-projektet har uppmärksammats på många håll i utlandet, och tilldelades år 1994 European Healthcare Management Associations pris (Baxter-priset) för ”föredömliga ... bidrag till förbättrad administration av sjukvården i Europa”; priskommittén noterade speciellt hur ”villigheten att lära från utländska erfarenheter och utländsk expertopinion givit en

utmärkt kombination av bidrag till både vetenskap och praktisk politik" (min [mycket fria] översättning).

I mina detaljerade kommentarer indelar jag projektets publikationer i sex undergrupper. Den första består av två böcker som ger en internationell bakgrund till debatten om vårdreformer i Sverige. Grupp två innehåller tre böcker som behandlar medel och modeller för vårdreformer på ett principiellt plan, medan böckerna i den tredje gruppen diskuterar konkreta delfrågor (finansiering av den slutna vården, den privata sektorns roll), delvis på basis av faktiska erfarenheter inom den svenska sjukvården. Den fjärde gruppen består av två böcker om tandvården. I den femte ingår två arbeten om finansiering och utvärdering av läkemedel. Slutligen finns en skrift om prioritering inom vården mera allmänt.

Vårdreformer: en internationell bakgrund

Den första boken i denna grupp, *Sjukvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?* (red Arvidsson och Jönsson) publicerades redan 1991, och innehåller uppsatser om sjukvårdssystemen i Storbritannien, Kanada, Tyskland, Holland, Schweiz, USA och Japan, av författare knutna till Tema Hälsa vid Linköpings universitet. Den har också en sammanfattande uppsats av Bengt Jönsson och intervjuer med två ledande svenska sjukvårdspolitiker om vad Sverige kan lära från andra länders erfarenheter. Uppsatserna utgör tillsammans ett rikt material (de är mellan 25 och 45 sidor långa). Jämförelser mellan länderna underlättas av det faktum att de är organiserade enligt en mer eller mindre gemensam modell, med avsnitt om följande ämnen: vårdens finansiering; sjukhusens respektive den öppna läkarvårdens (eller primärvårdens) organisation; kostnadskontroll och vårdutnyttjande; äldreomsorgen; mekanismer för styrning och ledning av systemet.

Den andra volymen i gruppen, *Svensk sjukvård – bäst i världen?*, publicerades 1992 och innehåller en serie uppsatser av prominenta hälsoekonomer från andra länder. Deras uppdrag var formellt *inte* att analysera systemen i sina hemländer, utan i stället att ge sin syn på det svenska systemet (som de studerade under ett par intensiva seminarier och intervjuer med svenska sjukvårdspolitiker och tjänstemän i maj och augusti 1991). Varje författares tolkning av det svenska sy-

stemet och dess problem är emellertid färgad av erfarenheterna i det egna landet, så i praktiken kan uppsaterna också ses som jämförelser av Sverige med systemen i fem av de länder som studerades i *Sjukvård i andra länder:* Storbritannien (A J Culyer), Kanada (Robert G Evans), Tyskland (J-Matthias Graf von der Schulenburg), Holland (Wynand P M M van de Ven) och USA (Burton A Weisbrod).

Vilka är de viktigaste skillnaderna som man kan urskilja i en jämförande studie av vårdens organisation i olika länder? En indelningsgrund, som Jönsson understryker i sin sammanfattande uppsats, är mellan i huvudsak skattefinansierade system (Storbritannien, Kanada) och de som finansieras genom någon typ av försäkring (alla de andra i referensgruppen utom möjligen USA, som utgör ett särfall eftersom vården där i huvudsak är skattefinansierad för dem som täcks av Medicare och Medicaid-planerna,[6] men försäkringsfinansierad för alla andra). Gränsen mellan försäkringsfinansierade och skattefinansierade system kan emellertid ibland bli flytande. I Holland, Tyskland och Japan *måste* varje medborgare vara täckt av någon form av sjukförsäkring, och för många finns i realiteten bara ett alternativ, dvs den sjukkassa man tillhör genom arbetet (eller en offentlig sjukkassa om man är arbetslös, egen företagare eller pensionär), och för dessa personer är den premie man måste betala i realiteten en del av skatten. (Parallellen blir ännu klarare om man beaktar att försäkringspremierna i dessa länder i allmänhet tas ut som en procent av lönesumman, dvs som en arbetsgivaravgift.) Skillnaden mellan skatte- och försäkringsfinansierade system är större när de senare innebär någon grad av valfrihet beträffande försäkringens form och kostnad. Förutom i USA, där en viss grad av valfrihet existerar även inom ramen för Medicare-planen, finns sådan valfrihet för närvarande bara för personer med inkomst över en viss gräns i Holland och Tyskland.[7]

Valfrihet beträffande försäkringsform inom ett offentligt organiserat system kan emellertid bli mera aktuellt i framtiden. Ett av de intressantaste experimenten med sjukvårdsreformer är enligt min mening det som för närvarande pågår i Holland, och grundvalen för den holländska reformen är möjligheten till konkurrens mellan ett antal fristående försäkringsplaner, organiserade ungefär som amerikanska Preferred Provider Organizations (PPO). Det holländska reformexperimentet finns väl beskrivet, dels i Lena Finnströms kapitel i *Sjukvård i andra länder*, dels i van de Vens uppsats i *Svensk*

sjukvård – bäst i världen?. Det stora problemet med denna form av konkurrens (som också skulle ha utgjort grundvalen för det amerikanska systemet om Clinton-planen hade genomförts) är risken för "gräddskumning": att de konkurrerande försäkringsplanerna skulle komma att inrikta sin marknadsföring på de personer som av olika anledningar har låg risk för sjukdom (dvs de med de minsta behoven av sjukvård). I den holländska planen försöker man motverka detta genom att ge större offentliga premiesubventioner åt personer i högriskgrupper (t ex äldre personer eller personer som tidigare varit svårt sjuka). I vad mån detta löser problemet är svårt att säga, och många följer nu det holländska experimentet med stort intresse för att se vad svaret blir.[8]

En annan viktig skillnad mellan de olika systemen har att göra med vad för slags frihet patienter har att välja vårdgivare inom ramen för den offentliga försäkringen. Beträffande primärvården kan man säga att alla länder i referensgruppen har en högre grad av valfrihet än vad som fanns i det tidigare svenska systemet när varje person var hänvisad till en viss vårdcentral. I alla länderna utom Storbritannien produceras primärvården huvudsakligen av privatpraktiserande läkare som betalas av sjukkassorna per utförd tjänst, och patienterna kan vända sig till vilken läkare de vill. I Storbritannien, å andra sidan, är primärvården organiserad på basis av ett system med husläkare, som i stor utsträckning betalas enligt kapiteringsprincipen, dvs på basis av antalet personer som valt att lista sig hos läkaren i fråga. I detta system har patienten å ena sidan rätt att välja husläkare för en viss kontraktstid, men när man väl gjort det har man inte längre rätt att vända sig till en annan primärvårdsläkare under kontraktstiden.

Med avseende på sjukhus- och specialistvård begränsas patienternas valfrihet i alla systemen åtminstone i någon mån av en eller annan form av remisskrav (dvs den offentliga planen täcker bara kostnaderna för sådan vård om patienten fått remiss från primärvården). Eftersom skillnader mellan länderna i vårdens totalkostnader i stor utsträckning beror på skillnader i kostnaderna för sjukhusvården är frågan hur användningen av denna slags vård styrs och kontrolleras av stor vikt. I Storbritannien måste man ha remiss från sin husläkare för sjukhus- och specialistvård (husläkaren förväntas fylla en funktion som "grindvakt" med avseende på sådan vård), vilket begränsar valfriheten. Genom de reformer som sedan

några år tillbaka håller på att införas i Storbritannien förstärks husläkarnas incitament att begränsa patienternas användning av slutenvård (och läkemedel) genom ekonomiska incitament i det s k fundholding-systemet. I Japan, som i likhet med Storbritannien använder en mindre del av BNP till sjukvården än flertalet andra industriländer, verkar ekonomiska incitament också ha spelat en viktig roll som förklaring till den relativt låga användningen av slutenvård.[9] I den holländska reformplanen (liksom i amerikanska PPO) begränsas patienternas valfrihet också i den meningen att de bara kan söka behandling hos vårdgivare (läkare, vårdcentraler, sjukhus) med vilka deras plan har vårdkontrakt. Sådana begränsningar kan å ena sidan ses som ett nödvändigt medel för att förbättra försäkringsgivarens förmåga att kontrollera vårdens kostnader när de förhandlar om vårdkontrakt med producenterna, men de representerar naturligtvis också en nackdel ur patientens synvinkel.

Som redan nämnts kan uppsatserna i *Svensk sjukvård – bäst i världen?* i viss mån betraktas som ett komplement till *Sjukvård i andra länder*. Förutom uppsatsen av van de Ven är Culyers inledning, och hans diskussion av den svenska vården, speciellt läsvärda. Jag skulle gärna ha sett honom ge en systematisk beskrivning av de brittiska reformplanerna, som kan sägas utgöra prototypen för modellen med en enda försäkringsplan men skilt ansvar för finansieringen och produktionen av vård (beställar/utförarmodellen, i svensk terminologi), men det var förstås inte hans uppdrag. Robert Evans bidrag är, som vanligt, välskrivet och insiktsfullt; den statistik han citerar beträffande betydelsen av allt dyrare behandlingsmetoder, framför allt för mycket gamla patienter, och de utmaningar detta ställer systematisk teknologivärdering och prioriteringsmetoder inför, är tankeväckande. Som vanligt tycker jag att hans kritiska attityd mot allt som har med amerikansk sjukvård och patientavgifter att göra ibland är överdriven, och hans karikatyrer av neo-klassisk nationalekonomi kunde vara mer nyanserade, men man vänjer sig med åren.

Vårdreformer: styrmedel och modeller

Den första boken i den grupp studier som behandlar alternativa ansatser till vårdreformer, *Valfrihet och konkurrens i sjukvården* (red Arvidsson och Jönsson, 1991), inleds med en serie uppsatser i vilka

fyra forskare (Ernst Jonsson, Lennart Hansson, Bengt Jönsson och Casten von Otter) diskuterar olika former av marknader och konkurrens som har använts, eller skulle kunna användas, som styrmedel inom offentlig produktion i allmänhet och sjukvården i synnerhet. Jag fann Hanssons diskussion av beställar–utförarmodellen, med internmarknader som "ett konkurrenskraftigt alternativ till mera renodlade marknadslösningar", speciellt balanserad och intressant. Bengt Jönssons korta uppsats om "styrd konkurrens" kan ses som en föregångare till expertrapporten till HSU 2000-kommittén. Den andra delen av boken består av fyra beskrivningar av de olika försök till vårdreformer som då boken skrevs just hade inletts i Dalarna, Bohuslän, Stockholm och Malmöhus län, och en jämförande sammanfattning av Arvidsson och Jönsson i vilken de identifierar många av de frågor som senare kom i förgrunden allteftersom reformprocessen fortsatte i dessa och andra landsting.

Richard Saltmans studie, *Patientmakt över vården* (1992), som också finns i en engelsk version, börjar med ett långt och informativt kapitel där han beskriver patienternas valmöjligheter inom sjukvården i Danmark, Finland, Storbritannien, Tyskland, Holland och Frankrike; kapitlet kan också ses som en kompakt (och välskriven) jämförelse av sjukvårdens organisation i allmänhet i dessa länder. Mycket av innehållet i resten av boken handlar implicit om vad Saltman ser som hotet mot patientmakten från kontraktsbaserade modeller för vårdens organisation. Enligt Saltman visar de amerikanska erfarenheterna av denna modell (i form av Health Maintenance Organizations eller Preferred Provider Organizations) att patienterna blir lidande (vårdens kvalitet försämras); detta händer därför att modellen innebär en omfördelning av "makten" från patienter till grupper som t ex försäkringsadministratörer och tjänstemän inom sjukhusens ledning. Han varnar för att man kan befara samma problem när "kontraktsbaserade modeller lånade från USA" införs i offentligt finansierade system, ett fenomen som han karaktäriserar som "idémässigt egendomligt" (s 43).

Saltman har naturligtvis rätt när han observerar att vårdkontrakten i ett beställar–utförarsystem ofta innebär en viss grad av begränsning i patienternas valfrihet. De kan t ex bara välja mellan de vårdgivare med vilka beställaren har kontrakt, och remissystemet kan också innebära begränsningar i rätten att välja sjukhus (har man t ex rätt att begära vård i ett sjukhus utanför landstingets grän-

ser?). Remissystemet i sig självt begränsar också patientens valfrihet och "makt", eftersom den ger läkaren rätt att säga nej till vård som patienten själv skulle välja att få.

Begränsningar av detta slag existerar emellertid för att underlätta beställarnas uppgift att förhandla sig fram till vårdkontrakt som tar hänsyn till både vårdens kvalitet *och dess kostnader*. Beställarna måste ha rätt att *inte* skriva kontrakt med vårdgivare som inte erbjuder rimliga villkor. Om de inte har denna rätt därför att patienterna måste kunna söka vård från vilken vårdgivare de än väljer, fungerar inte systemet: Det blir inte möjligt att kontrollera totalkostnaderna. *I ett system med tredjepartsfinansiering är en konflikt mellan kostnadskontroll å ena sidan och valfrihet för patienterna å den andra, oundviklig.*[10] Saltmans analys verkar ha missat denna poäng; jag kunde inte finna någon konkret diskussion om kostnadskontroll och resursproduktivitet någonstans i hans studie.

Saltman understryker att patientens rätt att välja vårdgivare bara är *en* dimension av "patientmakt": En annan dimension består i att ge patienten inflytande över vad för slags vård han eller hon får i olika situationer. Med avseende på detta förordar han en förstärkt statlig roll, i form av ett "sjukvårdens användarinstitut" som bl a skulle ha ansvar för kontinuerlig utvärdering av medicinska teknologier och behandlingsmetoder. Nyttan av sådana utvärderingar, och av bättre offentlig information (för både patienter och politiker), verkar vara något som alla är mer eller mindre överens om.

Innehållet i Lars Söderströms bok *Hur skall sjukvården betalas?*, publicerad 1991 som den första boken i SNS-serien, kontrasterar skarpt mot den negativa attityd som t ex Robert Evans intar beträffande patientavgifternas roll i sjukvården. (Evans har beskrivit patientavgifter som "en cynisk skatt på sjuka människor".) I det nuvarande svenska systemet bekostas mer än 90 procent av de totala vårdkostnaderna av skattemedel. Söderströms diskussion utmynnar i en plan som skulle innebära att den skattefinansierade andelen minskades till 50 procent. Patientavgifternas andel skulle öka till 30 procent, främst genom att varje medborgare (eller familj) skulle bli skyldig att betala hela kostnaden för sin sjukvård så länge denna är mindre än 10 procent av inkomsten. Enligt Söderströms räkneexempel skulle detta komma att innebära att omkring 85 procent av befolkningen varje år skulle betala hela kostnaden för sin vård ur egen ficka. För de 15 procent som han beräknar skulle överskrida 10-

procentgränsen skulle överskottet betalas antingen genom den offentliga sektorn (för pensionärer och andra utsatta grupper) eller genom privata försäkringar. Om man tar hänsyn till beskattningens marginella dödviktskostnad (Söderström citerar skattningar enligt vilka varje offentligt finansierad krona inom sjukvården har en reell kostnad på mellan två och tre kronor) skulle en sådan reform, enligt räkneexemplet, kunna ge en nettobesparing på 1,25 procent av BNP (s 57).

Principen att den marginella samhällsekonomiska kostnaden för en krona i offentliga utgifter är högre än en krona är naturligtvis riktig. Precis *hur mycket* högre är emellertid högst osäkert, och Söderströms räkneexempel kan också ifrågasättas i vissa andra avseenden. För det första: Är det realistiskt att anta att det samhällsekonomiska värdet av den vård som inte skulle produceras vid högre patientavgifter är "försumbart" (s 65)? För det andra: Är det förenligt med svenska begrepp om rättvisa att acceptera att personer som har haft oturen att ha ett stort behov av vård skall tvingas betala så mycket som 10 procent av sin årliga inkomst för sjukvård ur egen ficka? För det tredje: Är det egentligen någon större skillnad mellan ett skattefinansierat högkostnadsskydd och ett högkostnadsskydd i form av en obligatorisk privat försäkring? Är inte en sådan försäkring i realiteten likvärdig med en (regressiv) skatt?[11] Om svaren på dessa frågor skiljer sig från vad Söderström antagit skulle beräkningarna av de samhällsekonomiska vinsterna från en högre grad av avgiftsfinansiering kunna se dramatiskt annorlunda ut; de skulle till och med kunna vara negativa, som Evans menar.

Vårdreformer: sjukhusfinansiering; privata aktörers roll

Anders Anells *Sjukhusens kontrakt – från anslag till intäkter* (1994) och *Privata aktörer i svensk sjukvård* av Clas Rehnberg och Peter Garpenby (1995) handlar om mera speciella aspekter på vårdreformer. Båda innehåller intressant material om effekterna av de förändringar som ägde rum inom svensk sjukvård under de första åren av 1990-talet.

Kapitel 3 och 4 i Anells bok ger exempel på olika slags modeller som använts för att skilja på beställar- och utförarfunktionerna i olika landsting, vilka kontraktsformer som använts och effekterna av

ökad valfrihet för patienterna inom slutenvården. I stor utsträckning kan framställningen tolkas som en vidare analys av den konflikt mellan målsättningarna att ge patienterna valfrihet å ena sidan, och att kontrollera totalkostnaderna å den andra, som omnämnts ovan.

Anell diskuterar två typexempel: det ena med primärvårdsstyrd vård (decentraliserade beställare) i vilket primärvårdsläkarna har en "grindvaktsfunktion" som begränsar patienternas valfrihet inom slutenvården; det andra med en central beställarorganisation och större patientvalfrihet. En viktig slutsats är att det senare ger mindre utrymme för effektiv priskonkurrens mellan sjukhusen. Så länge patientavgifterna är enhetliga och patienterna har full frihet att välja vid vilket sjukhus de vill behandlas, har sjukhusen visserligen incitament att konkurrera genom att erbjuda vård av hög kvalitet, men *inte* att konkurrera genom att försöka producera vården till låg kostnad och ta mindre betalt av beställarna. Han diskuterar också olika betalningsmetoder, från "blockkontrakt" där landstinget ger sjukhuset en klumpsumma i utbyte mot ett generellt åtagande att producera en viss slags vård för en given patientgrupp, till olika slags prestationsersättning, som t ex ett DRG-system där sjukhuset får en förutbestämd summa pengar för varje patient i en viss "diagnos-relaterad grupp", oavsett vilken behandling patienten fått. (Detta system används i den amerikanska Medicare-planen.)

Som Anell observerar är ett blockkontrakt det enklaste, men det innebär å andra sidan ingen egentlig skillnad jämfört med det tidigare systemet i vilket varje sjukhus eller klinik fick en årlig rambudget för hela verksamheten. Ett system med blockkontrakt har emellertid fördelen att det ger beställarna full kontroll över totalkostnaderna, medan olika former av prestationsersättning, som t ex ett DRG-system, inte gör det. Problem kan också uppkomma i ett system med prestationsersättning exempelvis om ett visst sjukhus inte tjänar in tillräckligt mycket för att täcka sina lönebetalningar och andra kostnader. I praktiken skulle en sådan situation förmodligen leda till att landstinget skulle tvingas täcka underskottet; men om detta sker, försvagas sjukhusens incitament att konkurrera i motsvarande mån. Anells synpunkt att det bästa systemet kanske är ett där en del av betalningen sker i form av ett blockkontrakt, medan en annan del baseras på prestationsersättning, förefaller förnuftig. Sådana blandade system har redan använts i Sverige, t ex i Bohuslän, Stockholm och Sörmland.

Anell diskuterar också resultat av empirisk forskning från USA, Norge och Storbritannien beträffande olika betalningssystems effekter på vårdens kvalitet och kostnader. Fallet Storbritannien är speciellt intressant på grund av det experiment med ett modifierat "grindvaktssystem" i vilket primärvårdsläkarna har ett ekonomiskt incitament att begränsa den specialist- och sjukhusvård deras patienter använder, som omnämnts ovan. Hans slutsatser, som jag tolkar dem, är (1) att det inte verkar som om vårdens kvalitet blivit lidande i någon större utsträckning i system där beslutsfattarna givits incitament att sänka vårdens kostnader, och (2) att det brittiska experimentet med ökad primärvårdsstyrning av sjukhusvården givit större effekter än väntat.[12] Mot bakgrund av den senare slutsatsen fann jag det något förvånande att Anell, i det avslutande kapitlet, ställer sig kritisk till system där beställarfunktionen inom landstingen decentraliseras (t ex genom primärvårdsstyrning). Hans motivering är dels att primärvårdsstyrning tenderar att minska patienternas valfrihet (à la Saltman), dels att en decentralisering försvagar beställarnas förhandlingsstyrka och också tenderar att öka administrationskostnaderna. Motivet att sänka administrationskostnaderna är också delvis skälet till att Anell förordar att sjukhusen, inte klinikerna (basenheterna), skall vara beställarnas motpart i kontraktsförhandlingarna.

Den andra boken i denna grupp, *Privata aktörer i svensk sjukvård*, är relativt lång, delvis eftersom den har ganska mycket jämförande internationellt och historiskt material och också ett antal intervjuer med politiker, tjänstemän och företrädare för några av de försäkrings- och sjukvårdsföretag som deltagit i projektets finansiering.

I internationella jämförelser av den privata sektorns betydelse i vården är det viktigt att skilja på finansieringsfunktionen och producentfunktionen. På finansieringssidan är variabler som patientavgifter och privata försäkringar avgörande; på produktionssidan är faktorer som läkarnas anställningsformer och vem som äger sjukhusen de viktigaste. Rehnberg och Garpenby visar att den privata andelen är relativt liten i Sverige i båda dessa avseenden, men speciellt på produktionssidan. Privatpraktiserande läkare och tandläkare och privatägda sjukhus har en mindre roll i Sverige än i de flesta andra länder.[13]

Resultat från empirisk forskning om skillnader i effektivitet mellan privata och offentliga producenter, både från Sverige och från

USA, diskuteras kort i boken. En intressant slutsats från studier av både tandvård och läkarvård i Sverige på 1980-talet är att om hänsyn tas till kostnaderna för både läkarens (tandläkarens) tid, och "kringkostnaderna" (för biträdande personal och/eller lokaler etc) var totalkostnaden per besök (färdigbehandlad patient) lägre i privat vård i båda fallen, trots att den offentliga sektorn visade högre produktivitet per läkartimme (tandläkartimme). Produktivitetsstudier inom tjänstesektorn är emellertid notoriskt svåra att tolka, och resultat från studier av andra slags verksamhet (delvis redovisade i Jonssons uppsats i *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*) ger vid handen att den utsträckning i vilken enskilda producenter är utsatta för konkurrens är en viktigare bestämningsfaktor än om de är privatägda eller offentligt ägda (eller drivs som vinstdrivande eller icke-vinstdrivande företag, vilket varit en fråga av stort intresse i USA). De studier som Rehnberg och Garpenby beskriver tyder på att konkurrens mellan privata producenter om patienter vars vård betalas av en tredjepartsfinansiär inte befrämjar effektivitet inom vården,[14] medan å andra sidan konkurrens mellan producenter om "selektiva" vårdkontrakt med (privata eller offentliga) beställare/försäkringsbolag förefaller mera verkningsfull. Observera att detta kan ses som ännu en manifestation av den fundamentala konflikten mellan valfrihet och kostnadskontroll som diskuterats ovan.

Den privata sektorns roll har varit en central fråga i två av de mest problematiska sjukvårdspolitiska initiativen i Sverige på senare år: husläkarreformen och införandet av fri etableringsrätt för specialistläkare i öppenvården. Som Rehnberg och Garpenby förklarar innebar den senare reformen en risk att landstingens förmåga att kontrollera vårdens totalkostnad försvagades (eftersom fri etableringsrätt för försäkringsanslutna specialister innebär att de inte behöver förhandla om kontrakt med landstingen). Det är därför inte svårt att förstå varför landstingen motsatte sig denna reform (vilken nu upphävts). Husläkarreformen, å andra sidan, innebär inte i sig mindre kontroll över totalkostnaderna om kapiteringssystemet tillämpas konsekvent (så att landstingens kostnader för läkartjänster inom primärvården är lika med de belopp som betalas ut i detta system). Eftersom en konsekvent tillämpning visade sig vara omöjlig (när det beslöts att landstingen fortfarande måste betala full lön till de landstingsanställda primärvårdsläkare som inte lyckats få ett tillräckligt stort antal patienter), var en stor del av vitsen med reformen

borta. Rehnberg och Garpenby understryker också att problemet med konkurrensneutralitet mellan vårdcentraler och privatpraktiserande husläkare inte ägnades tillräcklig uppmärksamhet i samband med husläkarreformen. Vad som kommer att ske med husläkarsystemet i framtiden är i skrivande stund oklart, men principen om något slags fast läkarkontrakt inom primärvården verkar nu väl etablerad.

Tandvården

Problemet med konkurrensneutralitet existerar också inom tandvården, som i enlighet med SNS-projektets mandat ägnas speciell uppmärksamhet. Även om tandvårdens kostnader är avsevärt mindre än sjukvårdens talar man ändå om så mycket som nio miljarder kronor (tidigt 1990-tal), eller omkring 0,7 procent av BNP. Den ansats som projektet tar till studiet av tandvården liknar den man använder för sjukvården: att först göra en jämförelse mellan den svenska tandvården och tandvården i andra länder, och sedan diskutera fallet Sverige mot denna bakgrund. I *Tandvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?* (red Arvidsson och Jönsson, 1993) beskrivs tandvårdssystemen i Finland, Norge och Storbritannien av författare från respektive länder. Deras beskrivningar sammanfattas delvis i en inledande uppsats av Göran Karlsson där han kort jämför det svenska systemet med dessa länders, men också med Hollands, Tysklands och Danmarks. Också inom tandvården finns det betydande skillnader mellan de metoder som använts för att organisera den, och per capita-kostnaderna skiljer sig dramatiskt. Bland de europeiska länder för vilka jämförande data återges i boken använder Storbritannien och Belgien så litet som 0,25 procent av BNP på tandvård, medan motsvarande siffra i Sverige är mer än dubbelt så stor, 0,71 procent. Den dyraste tandvården har Tyskland: 1,1 procent av BNP. Existerande konventionella mått visar inga stora skillnader i tandhälsa mellan länderna, men man måste komma ihåg att dessa mått är mycket grova.

En viktig skillnad mellan olika länder har att göra med hur stor andel av vården som produceras av privatpraktiserande tandläkare snarare än i den offentliga sektorn. I de flesta länder dominerar privatpraktikerna: Finland, Danmark och Sverige är de enda länder

där den offentliga sektorns andel är så hög som omkring 50 procent. Den andel av tandvården som *finansieras* av den offentliga sektorn (antingen direkt genom skatter eller genom någon form av offentlig försäkring) är emellertid i allmänhet högre: i Sverige omkring 70 procent, i Storbritannien och Tyskland omkring 80 procent (detta trots att den andel av tandvården som *produceras* i den offentliga sektorn i de senare länderna bara är 15–25 procent). Det är vanligt att tandvården för barn och ungdomar helt bekostas av den offentliga sektorn, medan vuxna i allmänhet måste betala åtminstone en del av kostnaderna ur egen ficka. I vissa länder (Holland, Tyskland) är höginkomsttagare inte automatiskt täckta av den offentliga försäkringen, utan måste betala en premie om de vill vara med (eller välja att vara utan försäkring). Det enda land i vilket privata försäkringar sägs spela någon nämnvärd roll som komplement till den offentliga försäkringen (enligt den modell som jag förstått har diskuterats i Sverige) är Danmark, men detta arrangemang diskuteras inte i detalj i boken. På utbudssidan används också olika ersättningsmetoder för tandläkarna (vissa länder har kapiteringselement), och det finns också skillnader med avseende på den roll "tandläkarsubstitut" (tandhygienister och denturister) tillåts spela inom produktionen av tandvård.

I *Tandvården – en ekonomisk analys* av Bengt Jönsson och Göran Karlsson (1994) diskuteras många av dessa olika organisationsfrågor och ansatser inom ramen för en detaljerad och djupgående analys av den svenska tandvården, och möjliga riktlinjer för framtida svensk tandvårdspolitik presenteras. Från min synpunkt är det slående att se i hur stor utsträckning Jönssons och Karlssons diskussion påminner om diskussionen om sjukvården i allmänhet, eller mera exakt, om marknaden för läkartjänster, i USA eller Kanada. Skälet är naturligtvis att läkarna i dessa länder i allmänhet betalas per utförd åtgärd (fee for service), dvs enligt samma metod som används inom stora delar av tandvården i Sverige och de flesta europeiska länder. Likheterna gäller t ex frågan om hur effektiv priskonkurrens kan bli i ett system där köparna inte är tillräckligt välinformerade för att bedöma kvaliteten på de tjänster de köper, och där åtminstone en del av kostnaden betalas av en tredje part (försäkringen). Fenomenet med "utbudsstyrd efterfrågan" ("supplier-induced demand") är en annan manifestation av detta problem. (Båda böckerna citerar empiriska belägg för att detta fenomen exi-

sterar inom tandvården i t ex Norge och Storbritannien.) Diskussionen om tandhygienisternas roll påminner om de livliga debatter som har ägt rum i t ex Kanada beträffande barnmorskor (som substitut för obstetriker) och optometrister (som substitut för ögonläkare). Frågan om i vilken utsträckning totalkostnaderna påverkas av allmäntandläkarnas benägenhet att anlita tandtekniker eller remittera sina patienter till specialister, och hur de påverkas av det sätt på vilket tandläkarna kompenseras, har också paralleller inom sjukvården. Jönsson och Karlsson diskuterar alla dessa frågor på ett pedagogiskt sätt; deras förhoppning att boken inte bara skall ses som ett debattinlägg utan också i viss utsträckning skall kunna användas som en lärobok, förefaller mig inte omotiverad.

I slutet av boken skisserar Jönsson och Karlsson ett antal reformer som skulle kunna genomföras för att göra tandvården mindre kostsam och mera effektiv. De viktigaste elementen i det nuvarande systemet som man enligt dem bör *behålla* är avgiftsfri tandvård för barn (och vissa andra grupper) och ett högkostnadsskydd (som emellertid skulle innebära att vuxna patienter skulle betala en mycket större del av totalkostnaderna än de gör i dag). I många andra avseenden föreslår de å andra sidan stora förändringar: att folktandvårdsklinikerna skulle drivas som oberoende enheter som skulle konkurrera (på lika villkor) med privattandläkarna, både om befolkningskontrakt för barntandvården och om vuxna patienter; att tandläkare och kliniker skulle tillåtas välja mellan kapitering eller betalning per åtgärd, så att patienterna skulle ha ett val beträffande det sätt på vilket de skulle betala för sin tandvård; och att tandhygienister skulle ha rätt att konkurrera och få betalt för sina tjänster på samma villkor som tandläkarna. Deras grundprincip kan inte beskrivas bättre än de själva gör (s 131): ”[Låt] många blommor blomma men inför vissa bindande restriktioner.” Det är intressant att notera att deras förslag i många avseenden påminner om Dekker-planens ansats till sjukvårdsreform i Holland, för vilken denna version av ordförande Maos uppmaning kanske också var en inspirationskälla.

Läkemedel

Receptet med internationella jämförelser som bakgrund till en diskussion av svenska frågeställningar används också i någon mån i de

två böcker som behandlar läkemedlens roll i sjukvården. Kapitel 2 i *Ekonomisk utvärdering av läkemedel* av Magnus Johannesson och Bengt Jönsson (1993) innehåller en systematisk framställning av de teoretiska metoder som ligger till grund för sådana utvärderingar (t ex kostnads–effektanalys; kostnads–nyttoanalys, där begreppet quality-adjusted life years, QALYs, spelar en central roll; och cost–benefitanalys där "contingent-valuation" eller "enkät-metoden" numera allt oftare kommer till användning). I kapitel 3 ges översiktliga beskrivningar av ett halvt dussin studier från litteraturen som illustrerar de olika metoderna. Svenska forskare ligger långt framme på detta område; alla de studier som diskuteras har svenska författare, och antingen Jönsson eller Johannesson har deltagit i de flesta. I kapitel 4 diskuteras olika områden där ekonomiska utvärderingar kan användas. Det viktigaste är förmodligen i utformningen av behandlingsriktlinjer för olika sjukdomar. För andra beslut (som t ex beträffande formell registrering av läkemedel, om prissättning, eller huruvida ett visst läkemedel skall godkännas för subventionering i läkemedelsförmånen) måste man emellertid vara försiktig. Som författarna understryker beror ett läkemedels relativa kostnadseffektivitet ofta på vilken patientgrupp det rör sig om (äldre eller yngre; normalpatienter eller de med speciellt svåra fall), något som är svårt att ta hänsyn till när sådana beslut fattas. Två intressanta fallstudier av hur ekonomiska värderingar har använts för konstruktion av officiella behandlingsriktlinjer i andra länder (Australien, Kanada) presenteras i ett appendix.

Läkemedelsförmånen av Ulf-G Gerdtham och Bengt Jönsson (1993) ger en kort översikt av subventioneringssystemen i andra länder. Författarna drar slutsatsen att man i alla länder kan observera en trend mot högre patientavgifter och ökade ansträngningar att motivera läkarna att ta ekonomiska hänsyn vid val av läkemedel, t ex genom att använda de billigare generiska varianterna när sådana är tillgängliga. I Storbritannien försöker man (som redan observerats) åstadkomma detta genom att ålägga husläkarna ansvar för en del av kostnaderna för de läkemedel som patienterna på deras listor använder. I Tyskland har man givit läkarna ett kollektivt intresse av att sänka läkemedelskostnaderna genom att minska den pott från vilka läkarnas inkomster bestäms om läkemedelskostnaderna överstiger ett visst belopp.

I jämförelse med de europeiska länder för vilka statistik redovi-

sas i boken verkar Sverige ha läkemedelskostnaderna under relativt god kontroll: De utgör litet över 8 procent av sjukvårdens totalkostnader, lägst bland de åtta länder för vilka statistik är tillgänglig (den högsta siffran har Tyskland, där läkemedelskostnaderna är 21 procent av totalkostnaderna). I absoluta tal är de emellertid höga, över 8 miljarder år 1992. En stor del av boken ägnas åt en kvantitativ simulering av de effekter man kan vänta sig av ett antal möjliga reformer av det svenska subventioneringssystemet, i riktning mot ökade patientavgifter och ett förhöjt högkostnadsskydd. Författarna företar egna skattningar av läkemedelsefterfrågans priselasticitet (resultatet skiljer sig inte mycket från de skattningar som gjorts på basis av data från Rand-experimentet i USA, eller i Storbritannien), och simuleringarna är baserade på data från en detaljerad studie av läkemedelskonsumtionen i Jämtland sedan 1970. Resultaten tyder på att även med en relativt låg priselasticitet (–0,1 till –0,2) kan minskad subventionering leda till avsevärda minskningar i både statens utgifter och de totala utgifterna för läkemedel. Liksom i Söderströms bok tas hänsyn till att en överföring av en del av kostnaderna från den offentliga sektorn till patienterna kan ge en samhällsekonomisk vinst i form av minskade (skatterelaterade) dödviktsförluster. Beräkningarna tar emellertid ingen hänsyn till att en högre gräns för högkostnadsskyddet i princip innebär en viss välfärdsförlust i form av en lägre grad av försäkringsskydd. Man kan också fråga sig (delvis på basis av de utländska studier som citeras i boken) om det verkligen är motiverat att anta, som författarna implicit gör, att de läkemedel som inte konsumeras vid minskad subventionsgrad skulle ha haft ett samhällsekonomiskt värde lika med noll.[15]

Prioritering

Volymen *Prioritering i sjukvården – etik och ekonomi* (red Göran Arvidsson, Bengt Jönsson och Lars Werkö, 1993), slutligen, behandlar frågor om ekonomiska värderingar och prioriteringar inom sjukvården på ett mera allmänt plan. Den består huvudsakligen av tre uppsatser av utländska författare (Daniel Callahan, Alan Maynard och Cyril Chantler) och kommentarer av svenska forskare, läkare, politiker och tjänstemän. Ett sammandrag av en rapport till Läkarförbundet, författat av Anders Milton, ingår också.

Till en del kan det växande intresset för alternativa prioriteringsmetoder kanske tolkas som en reaktion mot användningen av ekonomiska principer inom sjukvården; många utomstående har uppfattningen att ekonomiska kriterier inte tar tillräcklig hänsyn till "mänskliga värden" eller "individens egenvärde" och föreslår därför att man skall använda värderingsmetoder grundade på t ex metoder från filosofin ("tillämpad etik"). Enligt min uppfattning har den litteratur där dessa alternativ diskuteras hittills varit av begränsat värde, delvis därför att den bygger på ett missförstånd av nationalekonomisk metodologi, delvis därför att de alternativa prioriteringskriterier som föreslagits ofta varit hopplöst trubbiga och inte använt någon form av marginalresonemang.[16] Uppsatsen av Daniel Callahan, vars böcker haft en vid läsekrets i USA, kan betraktas som ett avskräckande exempel på vart man kan komma om man antar ett kollektivistiskt synsätt där individen inte sätts i centrum. Även om jag ibland finner Alan Maynards framställning överdrivet kritisk (mot nästan alla) ger den emellertid en bra introduktion till det ekonomiska synsättet på prioriteringsfrågan (med en kort diskussion av hur problemet angripits i andra länder; den s k Oregon-planen ägnas rätt mycket uppmärksamhet), och hans aforism att "ineffektivitet är oetiskt" förefaller ha fått ett entusiastiskt mottagande vid den konferens där uppsatserna ursprungligen presenterades.

Min egen uppfattning är att frågor inom prioriteringsområdet är av stor vikt för sjukvården i framtiden. Nya (ofta dyra) behandlingsmetoder utvecklas ständigt som ett resultat av medicinsk forskning, och beslut om vilka som skall användas, och för vilka patientgrupper, kommer att ha ett stort inflytande på totalkostnaderna och resursproduktiviteten inom vården. På frågan hur dessa beslut skall fattas skulle jag svara med "försäkringsanalogin": Om vi inte hade en offentligt finansierad sjukvårdsförsäkring, vilken slags vård skulle en genomsnittlig (välinformerad) medborgare inkludera i sitt privata försäkringskontrakt, givet den marginella premiekostnaden? Oregon-planen kan ses som ett försök till praktisk användning av denna abstrakta princip, och fortsatt arbete i den riktningen verkar mera lovande än de filosofiskt baserade ansatser som för närvarande blivit populära.

Sammanfattning

Från ett nordamerikanskt perspektiv förefaller den svenska debatten om vårdreformer som ett utmärkt exempel på den pragmatiska kompromissanda som tjänade den svenska ekonomin och samhället så väl under större delen av 1900-talet. SNS-projektet utgör ett betydande bidrag till denna debatt, på en hel rad områden. Den systematiska användningen av internationella jämförelser för att få ett bättre perspektiv på de svenska problemen är speciellt anmärkningsvärd; i t ex Kanada är vi inte tillnärmelsevis så välinformerade om andra länders sjukvårdspolitik som man nu är i Sverige. En annan anmärkningsvärd aspekt av SNS-projektet är den utsträckning i vilken det stöddes av privata företag i sjukvårds- och försäkringsbranschen. Dessa företags villighet att delta i debatten på ett konstruktivt sätt kontrasterar starkt mot t ex den privata försäkringsindustrins agerande i den amerikanska debatten om vårdreformer.

Avslutningsvis några spekulationer om den framtida sjukvårdspolitiken i Sverige. Av de olika styrmedel inom sjukvården som mest flitigt debatterats i andra länder förefaller mig två ha betonats mest i SNS-projektet: ökade patientavgifter (Söderströms bok, förslagen beträffande tandvård och läkemedel), och ”patientmakt” (ökad valfrihet för patienter och konkurrens mellan vårdgivare om patienter som incitament till högre effektivitet). Tre andra styrmedel har antingen mest kritiserats eller givits mindre uppmärksamhet: (1) Konkurrens mellan vårdproducenter om beställarkontrakt i ett system med ”selektiv kontraktering”; (2) Valfrihet för patienterna mellan olika offentliga försäkringskontrakt (hörnstenen i den holländska modellen för vårdreformer); (3) Ett system med kapiterade husläkare som har en grindvaktsfunktion och ekonomiska incitament att hushålla med läkemedel och sluten vård (den brittiska modellen).

Min gissning är att valfrihet på försäkringsmarknaden även i fortsättningen kommer att spela en begränsad roll i Sverige. Å andra sidan gissar jag att husläkarsystemets roll, och fördelarna med effektiv användning av kontraktskonkurrens som styrmedel, kan komma att bli centrala frågor i den fortsatta sjukvårdspolitiska debatten. Framtiden får utvisa!

Noter

[1] OECD, *The reform of health care: A comparative analysis of seven OECD countries* (Paris: OECD 1992), och C Ham, R Robinson och M Benzeval, *Health check: Health care reform in an international context* (London: Kings Fund Institute, 1990).

[2] En kanadensisk samhällsvetare som sympatiserar med den svenska välfärdsstaten, Henry Milner, har betonat betydelsen av folkbildning (genom t ex de politiska partiernas studieförbund) som en förklaring till den relativa enighet som rått i Sverige om de grundläggande principerna för välfärdspolitiken. Se t ex hans *Social democracy and rational choice: The Scandinavian experience and beyond* (London och New York: Routledge, 1994).

[3] *Hälso- och sjukvården i framtiden: Tre modeller* (SOU 1993:38).

[4] Department of Health, *Working for patients* (London: HMSO, 1989).

[5] Richard Saltman och Casten von Otter, "Revitalizing public health care systems: A proposal for public competition in Sweden", *Health Policy*, vol 7, 1987, s 21–40; Saltman och von Otter, *Planned markets and public competition: Strategic reform in northern European health systems* (London: Open University Press, 1992).

[6] Medicare-planen täcker alla amerikaner över 65, medan de delstatliga Medicaid-planerna täcker personer som får socialbidrag och vissa andra grupper med låga inkomster.

[7] Privata försäkringar existerar också i Storbritannien, men eftersom alla medborgare automatiskt är försäkrade i det skattefinansierade systemet (liksom i Sverige) är det i praktiken bara personer med höga inkomster som är beredda att teckna sådana försäkringar "ovanpå" den offentliga.

[8] Se t ex Wynand van de Ven och R van Vliet, "How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the 1990s", i P Zweifel och H E Frech, red, *Health economics world-wide* (Dordrecht, Kluwers förlag, 1992); van de Ven, "The Dutch experience with internal markets", s 95–117 i Monique Jérôme-Forget, J White och J Wiener, red, *Health care reform through internal markets: Experience and proposals* (Montreal: Institute for research on public policy, 1995). Problemet har också uppmärksammats i samband med de engelska reformerna (se nedan): M Matsaganis och H Glennerster, "The threat of cream-skimming in the post-reform NHS", *Journal of Health Economics*, vol 13, 1994, s 31–60.

[9] När patienter läggs in på sjukhus i Japan övertar sjukhusanställda läkare ansvaret för deras vård, dvs de ger inte längre några intäkter för öppenvårdsläkarna. Detta system kontrasterar mot vad som gäller i t ex USA och Kanada där både specialister och allmänläkare i den öppna vården kan fortsätta att behandla patienter som lagts in på sjukhus.

[10] En klar beskrivning av denna konflikt återfinns i B Kirkman-Liff, "Health care reform in the Netherlands, Germany, and the United Kingdom", s 167–215 i Åke Blomqvist och David Brown, red, *Limits to care: Reforming Canada's health system in an age of restraint* (Toronto: C.D. Howe Institute, 1994). Problemet kan också formuleras genom att fråga om "pengarna skall följa patienten" eller "patienten följa pengarna"?

[11] Om den obligatoriska premien inte är inkomstberoende utgör den en klumpsummeskatt, och en sådan skatt ger inte upphov till någon dödviktsförlust. Det är emellertid svårt att tro att den minskning av skattesystemets progressivitet som skulle bli resultatet av Söderströms förslag inte skulle kompenseras med en skärpning av progressiviteten i andra delar av skattesystemet, vilket skulle minska de potentiella effektivitetsvinsterna.
[12] För vidare diskussion av erfarenheterna med de brittiska reformerna, se H Glennerster, "Internal markets: Context and structure", och A Maynard, "Internal markets and health care: A British perspective", s 17–25, 27–46 i Monique Jérôme-Forget, J White och J Wiener, red, *Health care reform through internal markets: Experience and proposals* (Montreal: Institute for research on public policy, 1995); H Glennerster, M Matsaganis och P Owens, *Wild card or winning hand? Implementing fundholding* (Milton Keynes: Open University Press, 1994).
[13] De privata sjukvårdsförsäkringarna i Sverige ägnas ett helt kapitel, men Rehnberg och Garpenby observerar att de för närvarande inte står för mer än 0,2–0,3 procent av de totala kostnaderna för sjukvården (s 103).
[14] Robert Evans har alltid andragit informationsasymmetrin mellan läkare och patient som huvudskälet till att konkurrens mellan producenter inte visat sig vara ett effektivt styrmedel inom vården (se t ex hans *Strained mercy: The economics of Canadian health care* (Toronto: Butterworths, 1984)). Enligt min mening är det snarare kombinationen av tredjepartsfinansiering och informationsasymmetri som har denna effekt.
[15] En fråga som debatterats mycket livligt i Kanada har varit hur läkemedelskostnaderna påverkas av den nationella patentlagstiftningen i ett land där en stor del av läkemedlen importeras. Denna fråga diskuteras inte i boken, trots att en stor procent av de läkemedel som används i Sverige kommer från andra länder. Situationen i Sverige skiljer sig emellertid från Kanadas i detta avseende, delvis därför att Sverige också har en stor export av läkemedel, och delvis (förmodar jag) därför att medlemskap i EU innebär restriktioner på patentlagstiftningen. En kort diskussion av denna fråga skulle emellertid ha varit intressant.
[16] Prioriteringsutredningens slutbetänkande (*Vårdens svåra val*, SOU 1995:5) faller enligt min mening i denna kategori.

Politik och marknad i framtidens sjukvård

Efter många år av politiskt och administrativt styre av sjukvården gjorde marknadskrafterna sitt intåg. Det skedde delvis i form av privatiseringar, men framför allt genom interna köp- och säljsystem och ekonomiska incitament. På sina håll sker nu en återgång till central planering; på andra håll söker man samverkan mellan olika aktörer. Samtidigt har det skett en ekonomisk åtstramning som utlöst besparingsprogram i sjukvården.

Kan vi lita på sjukvården i framtiden? Avvägningen mellan politik, marknad och professionella avgöranden hör till de stora framtidsfrågorna.

Politik och marknad i framtidens sjukvård är skriven för en bred läsekrets och utgör slutrapporten från det internationellt prisbelönta SNS-projektet "Nya spelregler för hälso- och sjukvården". Författarna summerar dussintalet delstudier, inkluderande frågor om patientinflytande, organisations- och finansieringsformer, privata vårdgivare, läkemedel och tandvård.

Boken mynnar ut i en skiss till ett framtida svenskt sjukvårdssystem som erbjuder god, effektiv vård för hela befolkningen men med annorlunda roller för politikerna och professionen än i dag.

Författare är docent ***Göran Arvidsson***, forskningsledare vid SNS, och professor ***Bengt Jönsson***, chef för Centrum för hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm, projektledare respektive vetenskapligt huvudansvarig för SNS sjukvårdsprojekt. Boken innehåller också en översikt över projektets delrapporter genomförd av professor ***Åke Blomqvist***, svensk hälsoekonom verksam i Kanada.

ISBN 91-7150-567-9

9 789171 505675

SNS FÖRLAG