

Lars Söderström



Hur skall sjukvården betalas?

– *Om alternativa
betalningsmodeller*

SNS FÖRLAG

Hur skall
sjukvården
betalas?

LARS SÖDERSTRÖM

HUR SKALL
SJUKVÅRDEN
BETALAS?

– *Om alternativa betalningsmodeller*

SNS FÖRLAG

SNS FÖRLAG
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon 08-23 25 20

Hur skall sjukvården betalas?
– *Om alternativa betalningsmodeller*
Lars Söderström

1:a upplagan
1:a tryckningen

© 1991 Lars Söderström och Stockholms läns landsting, Regionplane-
och trafikkontoret
Omslag och typografi: Rickard Frölich
Sättning och tryck: Kristianstads Boktryckeri AB, 1991

ISBN 91-7150-410-9

Innehåll

Förord 7

Författarens förord 8

1. Inledning 9

2. Nuvarande finansieringsmodell 13

Den svenska modellen 13

Internationell utblick 18

3. Betänkligheter mot skattefinansiering 25

Beskattningens begränsade kapacitet 25

Kostsamma biverkningar 30

4. Efterfrågans priskänslighet 35

Spridda iakttagelser 35

Kontrollerade experiment i stor skala 38

Slutsatser 43

5. Inverkan på hälsan 45

Observationer 45

Kommentar 50

6. Samhällsekonomiska konsekvenser 53

Avgränsning 53

Ett par räkneexempel 54

Relevant för Sverige? 60

Slutsats 64

7. Fördelningseffekter 66

När är subventioner utjämnande? 66

Inkomst och vårdkonsumtion 68

Studier av avgiftsfinansieringens fördelningseffekter 75

Slutsats 79

8. Avgiftsstrukturen	81
Socialt optimala avgifter	81
Informationsproblem	88
Sammanfattning	91
9. Högkostnadsskyddets utformning	93
Rand-modellen	94
Ersättningar för inkomstbortfall	101
10. Högkostnadsskyddets finansiering	106
Intresseprincipen	106
Problem vid tillämpningen	109
Slutsats	117
11. Avslutning	120
Litteratur	124
Register	129

Förord

Den svenska sjukvården har problem. Ett av de viktigaste är att den nuvarande finansieringsmodellen inte klarar av att styra tillräckliga resurser till angelägna insatsområden – med bl.a. köer och otillfredsställande kvalitet som följd. Enkelt uttryckt handlar det om fyra frågor: Hur mycket av samhällets resurser skall läggas på hälso- och sjukvård? Hur skall resurserna fördelas på olika aktiviteter inom hälso- och sjukvården, dvs. på vilket sätt och hur mycket skall olika producenter få betalt? Vem skall betala och hur mycket? I vilken form skall betalningen ske – som avgift, skatt eller försäkringspremie?

Den här boken är koncentrerad till de två senaste frågorna. Den bygger på en rapport som docent Lars Söderström utarbetat för Stockholms läns landsting. Avsikten med publiceringen i bokform är att göra framställningen tillgänglig för undervisningsändamål och för en vidare läsekrets än den som nås av utredningsrapporter. Boken passar också väl in i den utgivning av skrifter om den svenska hälso- och sjukvården som SNS inlett och kommer att fortsätta under de närmaste åren. Den är dessutom utgångspunkt för en fördjupad studie av finansieringsmodeller för sjukvården som Lars Söderström nu genomför inom ramen för SNS forskningsprojekt "Nya spelregler för hälso- och sjukvården".

Stockholm i mars 1991

Göran Arvidsson

Forskningsledare

Författarens förord

På uppdrag av Regionplane- och trafikkontoret vid Stockholms läns landsting deltog jag 1989/90 i en arbetsgrupp med uppgift att se på landstingets framtida uppgifter. Temat för arbetsgruppen var *Vård 2000*. Min speciella uppgift var att se på finansieringsfrågorna inom sjukvården. I detta ämne skrev jag en rapport med titeln *Sjukvårdens finansiering*, som utgör underlaget för denna bok.

Jag vill passa på tillfället att tacka deltagarna i arbetsgruppen för en mycket stimulerande samvaro. I gruppen ingick Sven-Erik Bergman, Tord Bergstedt, Bengt Blomberg, Per Carlsson, Göran Danielsson, Kaj Essinger, Lennart Fridén, Anders Hedve, Björn Hårsman, Bengt Jönsson, Ulf Perbeck, Gert Persson, Clas Rehnberg, Rein Sule och Bo Wijmark (ordf.).

Jag vill också speciellt tacka medlemmarna i seminariet i politisk ekonomi vid nationalekonomiska institutionen, ingen nämnd och ingen glömd, samt Krister Hjalte och andra som bidragit med erfarenheter från att använda rapporten i undervisning.

Lund i mars 1991

Lars Söderström

1. Inledning

I 80-talets diskussion om sjukvårdens finansiering har tonvikten legat på frågor om hur *producenterna* i vården skall få sina intäkter. Diskussionen har särskilt gällt olika former av beting. En variant är den s.k. DRG-modellen (*Diagnosis Related groups*). I denna utgår ersättning i förhållande till det *observerade* vårdbehovet med varierande storlek beroende på de vårdbehövandes ålder, kön och diagnos. En annan variant är den s.k. HMO-modellen (*Health Maintenance Organisations*). I denna utgår ersättningen i form av ett fast anslag per ansluten person i förhållande till det *förväntade* vårdbehovet. Bägge modellerna är tänkta att fungera i ett system, där producenterna under fullt kostnadsansvar och med möjlighet att behålla eventuella överskott konkurrerar med varandra om ersättningar respektive anslag. Forskningen om dessa modeller har inriktats på att klargöra hur kostnadsutvecklingen inom sjukvården påverkas, vad som händer med vårdens kvalitet samt i vad mån vårdens tillgänglighet påverkas olika för olika befolkningsgrupper. För en sammanfattande analys av speciellt HMO-modellens styrka och svagheter, se Enthoven (1985, 1988). DRG-modellen diskuteras ur svensk synvinkel av Paulsson (1990).

Frågan om hur producenterna lämpligen bör ersättas för sina tjänster kommer säkert att möta stort intresse länge än, men i detta sammanhang inriktar vi oss på en annan central fråga i diskussionen om sjukvårdens finansiering, nämligen hur *konsumenterna* lämpligen skall betala för den sjukvård de erhåller. Hur mycket sjukvård är de över huvud taget beredda att betala för? Hur skall betalningen gå till? Klarar skattesystemet de påfrestningar som ser ut att komma i takt med att befolkningen åldras? Hur ser alternativen till skattefinansiering ut? Vilka effekter har

olika betalningsmodeller? Sådana frågor kommer förmodligen att dominera 90-talets diskussion om sjukvårdens finansiering.

Konsumenterna kan betala sin sjukvård direkt genom *patientavgifter* eller indirekt genom *skatter* eller *försäkringspremier*. I Sverige sker betalningen huvudsakligen med skatter. Sjukförsäkringar i egentlig mening förekommer praktiskt taget inte alls och patientavgifterna täcker inte mera än ca 10 % av de totala vårdkostnaderna. En hög skatteandel i sjukvårdens finansiering är inte på något sätt unik för Sverige. Bland de länder som Sverige brukar jämföras med (medlemmarna i OECD) är det i själva verket sällsynt att sjukvården inte till största delen betalas skattevägen. Sedan mitten av 70-talet pågår det emellertid en omvärdering av skattefinansieringens ändamålsenlighet och tendensen under 80-talet har varit att skatteandelen i sjukvårdens finansiering stagnerat och även minskat något.

Varför ifrågasätts skattefinansieringens ändamålsenlighet? Hur ser möjligheterna ut att ersätta skatterna med patientavgifter och regelrätta sjukförsäkringar? Dessa är huvudfrågorna i denna bok. Olika betalningsmodeller belyses med hänsyn till deras effekt på värdefterfrågan, befolkningens hälsa, levnadsstandardens fördelning och möjligheterna att styra resursanvändningen i sjukvårdssektorn. Dessutom berörs möjligheterna att samordna vårdens finansiering med sjukpenningssystemet.

Framställningen är uppdelad i elva kapitel. Som bakgrund ges i kapitel 2 en kort presentation av nuvarande finansieringsmodell med vissa internationella jämförelser. Motiven att komplettera skattefinansieringen tas upp i kapitel 3. Därefter börjar den egentliga framställningen av de alternativa betalningsmodellerna. Huvudalternativet är en betalningsmodell som innebär att all sjukvård är i huvudsak avgiftsfinansierad utan subventioner, dvs. med i stort sett *kostnadstäckande avgifter*, men där individerna samtidigt är garanterade att ingen behöver lägga mera än en viss andel av inkomsten på sjukvårdskonsumtion, ett s.k. högkostnadsskydd. Hur avgiftsnivån påverkar efterfrågan på sjukvård belyses i kapitel 4. Där visas att en reducerad subventionsgrad, dvs. en högre grad av avgiftsfinansiering, leder till en markant minskad efterfrågan. En naturlig följdfråga är hur detta inverkar på befolkningens hälsa. Denna fråga tas upp i kapitel 5, medan kapitel 6 behandlar de samhällsekonomiska effekterna av en

övergång till (mera) kostnadstäckande avgifter. Denna del av framställningen avrundas i kapitel 7 med en diskussion av subventionernas betydelse för levnadsstandardens fördelning. Därefter följer tre mera principellt hållna kapitel om avgifternas uppbyggnad (kapitel 8), högkostnadsskyddets utformning (kapitel 9) och högkostnadsskyddets finansiering (kapitel 10). De rent försäkringsteoretiska frågorna är samlade i det sistnämnda kapitlet. I kapitel 11 ges en kort sammanfattning samt avslutande kommentarer.

Det nämnda huvudalternativet till nuvarande betalningsmodell kan förefalla både långsökt och utmanande. Kan det verkligen vara relevant att överväga kostnadstäckande avgifter i den svenska sjukvården? I den sjukvårdspolitiska debatten råder sedan länge stor enighet om att subventionerna i sjukvården fyller en viktig funktion för att säkerställa grundläggande jämlikhetsideal och målet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, oberoende av ålder, kön, nationalitet, bostadsort, utbildning, betalningsförmåga, etnisk tillhörighet och kulturella olikheter, förmåga att ta initiativ samt sjukdomens art och varaktighet (Socialstyrelsen, 1987). Därför, kan man tycka, borde det enda rimliga alternativet till dagens betalningsmodell vara någon form av *försäkringssystem*, i vilket subventionerna för att hålla avgifterna låga är kvar, men där man försöker finansiera dem med (regelrätta) försäkringspremier i stället för med skatter. Varför inte begränsa utredningen till ett sådant alternativ?

Det är säkert riktigt att det skulle få katastrofala följder för jämlikheten om subventionerna i sjukvården utan vidare slopades. Någon sådan förändring är vi emellertid inte intresserade av. Huvudalternativet i vår diskussion är att skatterna/försäkringspremierna används för att finansiera ett högkostnadsskydd i stället för subventioner. I detta alternativ är avgifterna vid varje enskilt läkarbesök o.dyl. visserligen högre än i dagens system, men samtidigt är individerna/familjerna garanterade att deras sammanlagda avgiftsbetalning under, säg, en tolv månaders period inte behöver överstiga t.ex. 10 % av årsinkomsten. Eftersom subventionerna kommer alla till del, medan högkostnadsskyddet bara kan utnyttjas av storkonsumenterna i vården, innebär övergången till detta alternativ att användningen av skatterna/försäk-

ringspremierna koncentreras till den mest utsatta gruppen i befolkningen. En sådan förändring står knappast i strid med jämlikhetspolitiken; den medför tvärtom att utjämningssträvandena i samhället underlättas.

Det är inte bara fördelningspolitiska överväganden som kan motivera ett intresse för avgiftsfinansiering i den svenska sjukvården. Ett minst lika starkt motiv för avgiftsfinansiering är att detta gör sjukvården bättre rustad att möta allmänhetens (växande) efterfrågan på vårdinsatser. Det finns redan tydliga bristsymptom i den svenska sjukvården. Utan ett ökat inslag av avgifter i finansieringen, kan bristerna förvärras och bli omöjliga att få bukt med. Det är i så fall en politik som kommer att skörda offer.

Valet står inte mellan avgiftsfinansiering och subventionerad vård i den utsträckning som folk önskar, utan mellan en avgiftsfinansierad vård i tillräcklig omfattning och en subventionerad men underdimensionerad vård. Utan avgifter kommer vårdsökande att hamna i allt längre köer. Det är troligt att det allmänna sjukvårdssystemet då bryter samman. För att undgå köerna kommer framför allt gräddan av de förvärvsarbetande att skaffa sig privata försäkringar och den vägen köpa sig den vård de vill ha. Det skulle ge oss en situation liknande den som nu råder i USA med stora skillnader i olika gruppers tillgång på vård. Detta kan gå snabbt. Därför är det angeläget att vi nu på allvar börjar diskutera hur en generell avgiftsfinansiering av den svenska sjukvården bör utformas.

2. *Nuvarande finansieringsmodell*

Som bakgrund till den efterföljande diskussionen ges i detta kapitel en kort presentation av hur sjukvården idag är finansierad och organiserad i Sverige och andra länder. För jämförbarhetens skull ser vi på den situation som rådde vid mitten av 80-talet.

Den svenska modellen

Konsumenternas betalning

Tabell 2:1 visar hur den svenska sjukvårdskonsumtionen för närvarande är finansierad och fördelad på användningsområden. Av finansieringen svarar socialförsäkringen (inklusive staten), landstingen och kommunerna för 90,5 %. Återstoden finansieras på privat väg, huvudsakligen direkt av vederbörande patient.

All den konsumtion som betalas av socialförsäkringen (inklusive staten), landstingen och kommunerna kan betraktas som skattefinansierad. Detta gäller trots att sjukförsäkringsavgiften i socialförsäkringen formellt är en försäkringspremie. I detta sammanhang måste den ses som en skatt. För att en arbetsgivaravgift skall kunna betraktas som en äkta avgift, dvs i detta fall en försäkringspremie, är det nödvändigt att den är öronmärkt för ett ändamål som har karaktär av löneförmån och att denna löneförmån ur de enskilda löntagarnas synvinkel är värd åtminstone lika mycket som arbetsgivaravgiften uppgår till. Till den del som den avser konsumtion av sjukvård uppfyller sjukförsäkringsavgiften inte dessa villkor, helt enkelt därför att rätten till vård inte är beroende av vad man betalar.

TABELL 2.1. Konsumtionen av sjukvård 1985. Finansiering och fördelning. Miljoner kr.

<i>Finansiering</i>		<i>Fördelning</i>	
Socialförsäkr.	19 262	Offentlig vård	63 505
Landsting	44 303	Privat vård	4 426
Kommuner	4 521	Läkemedel	5 516
Patienter	7 155	Div. hjälpmedel	1 794
Totalt	75 241	Totalt	75 421

Kommentar: Statens bidrag är inräknade i socialförsäkringen. Skolhälsovården, företagshälsovården samt kommunernas äldreomsorg och handikappomsorg är inte inräknad. Som diverse hjälpmedel räknas glasögon och andra medicinska hjälpmedel, för så vitt de anskaffas utan recept. Sjukhusens användning av läkemedel redovisas inte som läkemedel, utan som vård.

Källa: SCB, *Hälsan i Sverige, Hälsostatistisk Årsbok 1987/1988* (Stockholm: Sveriges officiella statistik, 1988).

I förhållande till BNP har sjukvårdskonsumtionen i Sverige ökat med ungefär 25 % sedan början av 70-talet. Praktiskt taget hela denna ökning har varit skattefinansierad. Av hushållens egna konsumtionsutgifter har den andel som läggs på sjukvård faktiskt minskat; från 1,9 % år 1970 till 1,6 % år 1985. I gengäld har sjukvårdens andel av den totala offentliga konsumtionen ökat från 21,9 % till 25,8 %. Närmare uppgifter om denna utveckling ges i tabell 2:2.

TABELL 2.2. Sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten, den offentliga konsumtionen och den privata konsumtionen 1970–85. Procenttal.

	1970	1975	1980	1985
Andel av BNP	7,2	8,0	9,5	9,4
Andel av off.konsumtion	21,9	24,0	25,0	25,8
Andel av privat konsumtion	1,9	1,5	1,5	1,6

Kommentar: Investeringar inom sjukvården ingår inte i denna redovisning.

Källa: Se tabell 2:1

Sjukvårdskonsumtionens krympande andel av hushållens privata konsumtionsutgifter belyses även i tabell 2:3. Där visas hur de olika komponenterna i finansieringen utvecklats under samma period. Den privata finansieringens andel har sjunkit från 16,4 % till 9,5 %, medan skattefinansieringens andel ökat från 83,6 % till 90,5 %. Av tabellen framgår också hur skatteandelen fördelar sig på offentlig vård, privat vård respektive läkemedel.

Dessa siffror visar inte bara på en förskjutning av finansieringen från patientavgifter mot skatter. De visar också att denna förskjutning ägde rum under 70-talet. Under 80-talet har tendensen, om än svagt, varit den motsatta. Det är intressant att notera att denna vändning skett samtidigt som sjukvårdskonsumtionens andel av BNP stagnerat och även minskat något. Vad är här orsak och verkan? Det kan vara så att den minskade konsumtionen möjliggjort en lägre skatteandel, men det är också tänkbart att det har varit svårigheter att upprätthålla en hög skatteandel som lett till att konsumtionen gått tillbaka. Vårdköerna och problem med den offentliga sektorns stora budgetunderskott under den aktuella perioden talar onekligen för det senare antagandet.

TABELL 2:3. Andelen av sjukvårdskonsumtionen som skattefinansieras respektive privatfinansieras 1970–85. Procenttal.

	1970	1975	1980	1985
Skattefinansiering	83,6	89,3	91,4	90,5
varav				
offentlig vård	77,0	78,9	82,5	82,1
privat vård	1,6	4,6	4,0	3,3
läkemedel	4,9	5,8	5,0	5,1
Privat finansiering	16,4	10,7	8,6	9,5

Kommentar: Investeringar i sjukvården ingår inte i denna redovisning.

Källa: Se tabell 2:1

Fördelningen mellan privat och offentlig finansiering på olika delområden inom sjukvården visas i tabell 2:4. Som synes är det stora skillnader. Medan den offentliga vården nästan helt och hållet är skattefinansierad, täcks uppemot hälften av kostnaderna för den privata vården med patienternas egna avgifter. Skattefinansieringen av läkemedel är något större. Att medicinska

hjälpmedel av olika slag, såsom glasögon, helt och hållet betalas på privat väg följer av den definition som används i statistiken. Det förekommer att hörapparater m.m. subventioneras, men i sådana fall klassificeras de som läkemedel.

TABELL 2.4. Fördelningen mellan privat och offentlig finansiering 1985. Procenttal.

	Privat	Offentlig
Offentlig vård	2,7	97,5
Privat vård	44,7	55,3
Läkemedel	30,6	69,4
Div. hjälpmedel	100,0	—

Källa: Se tabell 2:1

Producenternas intäkter

Det är naturligt att *privata* producenter inom sjukvården får sina intäkter genom prestationsersättningar. Den skattefinansierade delen utgår då som en aktivitetsbetingad subvention i tillägg till den betalning som patienten/konsumenten själv står för. Subventionerna kan vara mer eller mindre sofistikerade. De kan utgå med ett fast belopp per patient eller med ett belopp som varierar beroende på vilken behandling som ges. I Sverige är den förstnämnda modellen vanligast, men den taxa som används för privata tandläkares ersättning är exempel på att också den sistnämnda modellen kommer till användning. I fallet med ett fast belopp per patient kan man som ett mellanting ha beloppet differentierat med avseende på patientens ålder, kön, diagnos etc. Detta är den i USA använda DRG-modellen för patienter som har rätt att få sin sjukvård skattefinansierad med federala medel.

För producenterna i den *offentliga* sektorn ligger det nära till hands att skattemedlen överförs i form av anslag baserade på de förväntade kostnaderna under budgetåret. En sådan ordning är emellertid inte nödvändig. Producenter verksamma i den offentliga sektorn kan liksom privata producenter få sina intäkter genom ersättningar baserade på faktiska prestationer. Den väg som valts i Sverige är ett mellanting. Här förekommer både anslag och ersättningar.

Hur en offentlig vårdgivare täcker sina kostnader illustreras i tabell 2.5. Där redovisas intäkterna på hälso- och sjukvårdsnämndens i Stockholm verksamhetsområde år 1989. Nämndens totala intäkter uppgick detta år till drygt 16 miljarder kr. Intäkterna är uppdelade på *anslag* (ur landstinget egna skattemedel, inklusive eventuella skatteutjämningsbidrag o.dyl.), *bidrag* från staten och socialförsäkringen samt *ersättningar* för utförda prestationer. Fördelningen mellan dessa komponenter är (grovt) 70, 20 resp 10 %. Bidragens roll är inte entydig. I vissa fall fungerar de som ett anslag, medan de i andra fall har karaktär av en typisk prestationsersättning.

TABELL 2.5. Finansieringen på hälso- och sjukvårdsnämndens i Stockholm verksamhetsområde 1989. Preliminärt bokslut. Miljoner kr.

<i>Anslag</i> (egna skattemedel)	11 975		
<i>Bidrag</i>	3 023		
Försäkringskassan		2 682	
allmän sjukvårdssers.			2 319
hjälpmedel, handikappade			131
hälso- och primärvård			78
öppen psykiatrisk vård			154
Staten		341	
psykiatrisk vård			27
läkarutbildning			279
AIDS			35
<i>Ersättningar och försäljningar</i>	1 327		
Externa		991	
patientavgifter			373
utomlänsintäkter			164
primärskom.ersättningar			38
asylsökande m.m.			65
övriga ersättningar			230
hyror och arrenden			65
försäljningar			56
Interna		336	
tvätt			152
övriga ersättningar		8	105
försäljningar			79
<i>Totalt</i>	16 325		

Källa: Stockholms läns landsting.

Det är värt att understryka att de i tabell 2:5 lämnade uppgifterna avser sjukvårdshuvudmannens intäkter under det aktuella året. Det är på denna nivå vi finner en någorlunda strikt uppdelning mellan anslag och ersättningar. På lägre nivåer i organisationen blir bilden mera diffus. Formellt erhåller flertalet kliniker o.dyl. sina intäkter i form av ett anslag på basis av de *förväntade* kostnaderna under kommande budgetperiod. I realiteten är det emellertid ofta de *faktiska* kostnaderna som styr tilldelningen. Dels kan extra anslag många gånger erhållas om de faktiska kostnaderna visar sig bli större än väntat, dels har mottagaren sällan rätt att för egen del behålla överskjutande anslag om de faktiska kostnaderna visar sig bli mindre än väntat. Under dessa omständigheter går det inte att dra en skarp gräns mellan anslag och ersättningar.

Internationell utblick

Konsumenternas betalning

I likhet med Sverige är det numera många länder som har en hög skatteandel i sjukvårdens finansiering. (Som skatt räknas nu också förekommande sjukförsäkringsavgifter i socialförsäkringen. Det betyder att vi bortser från att dessa i något fall kan vara äkta avgifter i enlighet med de villkor som tidigare redovisats. Möjligheterna att använda äkta avgifter i socialförsäkringen kommer att diskuteras i kapitel 10.) Parallellt med att de totala sjukvårdsutgifterna ökat, har det under efterkrigstiden skett en vridning mot skatter i finansieringen av dessa utgifter. Men, precis som i Sverige, bröts denna trend i början av 80-talet. Därefter har vårdutgifterna legat tämligen stilla och i vissa fall även minskat. Detta belyses närmare i tabell 2:6.

Som framgår av tabellen har ökningen i skatteandelen av vårdutgifterna i vissa fall varit markant. Detta gäller särskilt Holland och Kanada, där system med huvudsakligen privat finansiering övergavs på 60-talet. Observera emellertid att en övergång från privat till offentlig finansiering inte nödvändigtvis innebär att

man samtidigt går från en *individuell* till en *kollektiv* finansiering. Såväl privat som offentlig finansiering kan vara individuell likväl som kollektiv, dvs. med eller utan äkta avgifter. På sjukvårdsområdet dominerar kollektiv finansiering både på den privata och den offentliga sidan.

TABELL 2.6. Andelen av de totala sjukvårdsutgifterna som finansieras med skatter och socialförsäkringsavgifter i några OECD-länder 1960–84. Procenttal.

	1960	1970	1975	1980	1984
Danmark	88,7	86,3	91,9	85,2	83,4
Finland	54,5	72,1	78,6	78,2	78,8
Island	40,0	47,4	58,4	82,6	82,7
Norge	77,8	91,6	96,2	98,4	88,8
Sverige	72,6	86,0	90,2	92,0	91,4
Frankrike	57,8	71,7	72,2	72,0	71,2
Holland	33,3	84,3	76,5	78,6	78,3
Japan	60,4	69,8	72,0	70,8	72,1
Kanada	43,1	70,2	76,6	74,4	74,4
Schweiz	u.s.	u.s.	66,5	65,4	u.s.
Storbritannien	85,2	87,0	90,3	90,4	88,9
Tyskland	67,5	74,2	80,2	79,3	78,2
USA	24,7	37,0	42,5	42,5	41,4
OECD, median	61,0	72,1	76,2	79,0	78,7

Kommentar: Medianvärdena är beräknade exklusive Luxemburg, Nya Zeeland, Portugal, Spanien och Schweiz. I Schweiz låg den offentliga finansieringsandelen 1965 på 60 %.

Källa: OECD, *Financing and delivering health care, A comparative analysis of OECD countries* (Paris: OECD Social policy studies no 4, 1987).

Ett typiskt exempel på privat kollektiv finansiering är att anställda i ett företag har en gemensam försäkring för vilken arbetgivaren helt eller delvis betalar premierna. Detta är vanligt i bl.a. USA. En stridsfråga i den amerikanska sjukvårdsdebatten gäller den skattemässiga behandlingen av dessa kollektiva försäkringar. Det finns många som menar att de är otillbörligt förmånliga i och med att de anställda inte är skyldiga att deklarerera ett förmånsvärde av försäkringarna. De utgör alltså en skattefri löneförmån. Enligt kritikerna medför denna subvention att efterfrå-

gan på sjukvård blir onödigt stor. Det må vara hur som helst med den saken. I detta sammanhang är det värt att understryka att denna typ av dolda subventioner försvårar internationella jämförelser. Det hade inte varit omotiverat att ta med dessa subventioner explicit och räkna in dem i vårdutgifterna för USA. Liknande kollektiva försäkringar kan vara organiserade av kyrkor, fackförbund och andra sådana sammanslutningar. Från ekonomisk synpunkt är det inget särskilt långt steg från denna typ av privata kollektiva sjukförsäkringar till motsvarande försäkringar i offentlig regi.

Bakom siffrorna i tabell 2:6 döljer sig många skillnader mellan länderna. Det är t.ex. inte alla länder som har en socialförsäkring, och när en sådan finns är det inte alltid som den inkluderar hela befolkningen. Vidare finns det skillnader mellan länderna, inte bara när det gäller finansieringen av socialförsäkringen, utan också i hur mycket denna omfattar. Den kan t.ex. vara begränsad till enbart akut sjukvård. Det skulle föra för långt att nu redogöra för dessa skillnader i detalj, men det kan vara intressant att illustrera dem med hur det ser ut i några länder. Vi ser här i första hand på England, Frankrike, Holland, Kanada, Schweiz och Tyskland.

England, Frankrike och Kanada har på samma sätt som Sverige en socialförsäkring som omfattar hela befolkningen. I Holland och Tyskland står 30 respektive 10 % av invånarna utanför socialförsäkringen, men dessa personer har i allmänhet en privat försäkring. I Schweiz finns det över huvud taget ingen socialförsäkring, men där är det i gengäld obligatoriskt i vissa kantoner för åtminstone vissa kategorier (typiskt mindre bemedlade) att ha en privat försäkring med viss minsta omfattning. Härigenom blir anslutningen till de privata försäkringarna nästan fullständig. För närvarande är det 94 % av invånarna i Schweiz har en sådan försäkring. (Som regel är dessa försäkringar organiserade på ideell basis – utan vinstintresse – varför de ofta karakteriseras som sociala.)

Det finns också olikheter mellan länderna ifråga om vad socialförsäkringen (och den i Schweiz obligatoriska privata försäkringen) täcker. Gemensamt är att den omfattar ett grundskydd vid akuta behov, men i övrigt är det skillnader. Den mest omfattande socialförsäkringen finns i Kanada. Den avses täcka alla rimliga

behov. I de andra länderna är skyddet uppbyggt som ett obligatoriskt gemensamt grundskydd med kompletterande frivilliga tilläggsförsäkringar av varierande omfattning. (En viktig anledning till sådana tilläggsförsäkringars popularitet är att de ger rätt att välja läkare.)

Finansieringen av socialförsäkringen sker på svenskt manér med arbetsgivaravgifter i Frankrike och Holland, medan Kanada och England för detta ändamål använder allmänna skatter. I Tyskland sker finansieringen med mera regelrätta försäkringspremier, som betalas individuellt eller av vederbörande arbetsgivare. I Schweiz sker hela finansieringen med individuella premier, men liksom i Sverige är inte försäkringen tänkt att täcka alla vårdkostnader. Schweiziska sjukhus får en inte obetydlig del av sina intäkter i form av anslag och skattefinansierade bidrag.

Skillnader i skatteandelens nivå hör i någon mån samman med hur vårdkonsumtionen är uppdelad. Det typiska synes vara att i första hand slutna vård skattefinansieras, medan öppen vård i stor utsträckning finansieras på privat väg. Eftersom gränsen mellan dessa vårdformer varierar en del mellan länderna, kan detta förhållande inverka på skatteandelen i den totala finansieringen.

Observera dock att det inte tycks spela någon roll om sjukvården bedrivs i privat eller offentlig regi. Privata sjukvårdsinrättningar kan finansieras med skattemedel och offentliga sjukvårdsinrättningar kan finansieras på privat väg. Sådana blandsystem är i själva verket vanliga. Som en illustration visas i tabell 2:7 hur sjukhusbäddarna är fördelade mellan offentliga och privata sjukhus i några olika länder. Beträffande de privata sjukhusen sker i vissa fall en särredovisning efter om de drivs ideellt (*non profit*) eller kommersiellt (*for profit*). I den förstnämnda kategorin ingår producentkooperativ, där sjukhuspersonal i egen regi ger vård utan vinstintresse. Redovisning sker med antalet bäddar per 10 000 invånare.

Genom att jämföra siffrorna i tabellerna 2:6 och 2:7 kan man lätt övertyga sig om att det inte finns något närmare samband mellan skatteandelens nivå och andelen av sjukhusbäddarna som erbjuds i privat respektive offentlig regi. Detta är sagt med reservation för att denna typ av internationella jämförelser rymmer stora statistiska problem. Som exempel kan nämnas att tele-

TABELL 2.7. Sjukhusbäddarnas fördelning på offentliga, ideella (*non profit*) och kommersiella (*for profit*) ägare. Antal bäddar per 10 000 invånare. Slutet av 70-talet.

	Offentliga	Ideella	Kommersiella	Totalt
Frankrike	68,3	13,4	20,2	101,9
Holland	—	123,6	—	123,6
Tyskland	61,9	41,5	14,3	117,7
Schweiz	71,4	34,7	8,5	114,6
Kanada	84,6	17,9	—	102,5
England	82,7	7,2	—	89,9
USA	25,9	32,8	1,9	60,6

Kommentar: Holland har ett fåtal offentliga sjukhus som inte särredovisas. I England särredovisas inte ideella och kommersiella privata sjukhus. (Övriga delar av Storbritannien är inte medräknade.) Motsvarande gäller Kanada, där den officiella statistiken inte ens skiljer mellan offentliga och privata sjukhus.

Källa: W. A. Glaser, *Paying the hospital, The organisation, dynamics, and effects of differing financial arrangements* (San Francisco: Jossey-Bass, 1987).

fonkataloger och liknande material behövt användas för att identifiera olika kategorier av sjukhus i Kanada. W. A. Glaser, som utfört detta arbete, fann inga centrala register med sådana uppgifter. Förmodligen har han inte lyckats få med alla privata sjukhus. Detsamma gäller sannolikt för USA. Den i tabellen uppgivna totalsiffran för USA är anmärkningsvärt låg, allrahelst som Glaser på annat håll rapporterat att antalet bäddar per invånare på akutsjukhus inte är mindre i USA än i de andra länderna. Den låga siffran för USA i tabellen beror därför förmodligen på att Glaser misslyckats med att kartlägga beståndet av övriga sjukhus.

Ofta är skillnaden mellan privat och offentlig verksamhet på detta område dessutom inte särskilt stor. Det vanliga är att offentliga sjukhus drivs av enskilda kommuner och att kommunerna, precis som privata sjukhusstiftelser o.dyl., får bidrag till sin verksamhet från staten, socialförsäkringen och förekommande privata försäkringar. Detta är fallet i bl.a. Frankrike, Holland, Tyskland och Kanada. Offentliga sjukhus är mera sällan statliga, utom i England där såväl finansieringen som driften ses som en primärt statlig angelägenhet. Den svenska modellen med lands-

tingsägda sjukhus är sällsynt, men förekommer i bl.a. USA. Det är vanligt att motsvarigheten till våra landsting, som i Kanada, har en kontrollerande och finansierande funktion.

På den privata sidan är det ideella ägandet helt dominerande. Det handlar här om religiösa samfund, speciella kooperativ ledda av en lekmannastyrelse samt stiftelser o.dyl. Ibland är det fråga om sammanslutningar av läkare som arbetar utan vinstintresse. Detta är den dominerande ägarformen i Japan.

Vi har här speciellt sett på skatteandelen i finansieringen. Som tidigare nämnts är skatterna bara en del av den kollektiva finansieringen. Det tillkommer kollektiva betalningar genom löneavtal m.m. Detta har OECD tagit hänsyn till i den aktuella rapporten *OECD Health, Facts and Trends* (Paris 1990). Där redovisas graden av kollektiv finansiering inom sluten vård, öppen vård samt läkemedel m.m. För Sverige uppges andelarna till 100, 90 respektive 75 %. Vad OECD funnit beträffande Schweiz och USA har ett särskilt intresse. För dessa länder anges andelarna till 100, 86 och 90 % respektive 55, 56 respektive 90 %. Om dessa siffror är riktiga, visar denna kartläggning att graden av kollektiv finansiering kan vara väsentligt större än skatteandelen, som denna angetts i tabell 2:6. Det finns dock anledning att sätta frågetecken för OECD:s kartläggning. Exempelvis är det inte riktigt att 100 % av den slutna vården är kollektivt finansierad i Sverige. Som bekant är pensionärer skyldiga att ur egen ficka erlägga viss avgift vid sjukhusvistelse sedan de blivit utförsäkrade. Vidare får förvärvsarbetande en viss reduktion i sjukpenningen när de är inlagda på sjukhus.

Producenternas intäkter

Det finns stora olikheter länderna emellan också i själva hanteringen av skattemedlen i sjukvårdssystemet. Slutligen hamnar skattemedlen hos vederbörande läkare och sjukvårdsinrättning, men vägen dit är mycket olika. Det är, som tidigare nämnts, fråga om en kombination av anslag, bidrag och prestationsbaserade ersättningar. Vilken kombination som dominerar i ett land beror i någon mån på om sjukvården bedrivs i privat eller offentlig regi, men man kan inte undgå intrycket att det till stor del är

fråga om historiska tillfälligheter.

Kanada och England illustrerar tydligt att ägarformen har en underordnad betydelse. Kanada har ett markant inslag av privata sjukhus, medan offentliga sjukhus helt dominerar bilden av England. Ändå finansieras sjukhusen i både Kanada och England praktiskt taget helt och hållet med anslag från provinsregeringen respektive staten. Ytterligare en skillnad är att det förekommer patientavgifter i viss omfattning i England, medan sådana avgifter saknas i Kanada.

En annan situation råder i Frankrike, Holland och Tyskland. Där finansieras de *privata* sjukhusen huvudsakligen med ersättningar som utgår med ett fast belopp per vård dag. Sådana ersättningar utgår också i Schweiz, men som tidigare påpekats kan sjukhusen där dessutom erhålla vissa anslag. Patientavgifter förekommer i någon omfattning i dessa länder, men bara i de privata sjukförsäkringarna. *Offentliga* sjukhus i Tyskland brukar behandlas på jämställd fot med de privata, medan offentliga sjukhus i Frankrike och Schweiz till skillnad från de privata delvis också brukar finansieras med anslag.

I den mån som sjukhusen erhåller anslag eller bidrag fastställs dessa på sedvanligt sätt genom politiska beslut. Ersättningarna, som alltså i flertalet fall utgörs av ett fast belopp per vård dag, bestäms i Frankrike och Tyskland genom förhandlingar med respektive sjuk kassa, medan de i Holland fastställs av en fristående kommission. I Schweiz används olika regler i olika kanton er.

Avslutningsvis kan nämnas att läkare i öppen vård normalt betalas med någon form av prestationsersättning (*fee-for-service*). Fast avlönade läkare är sällsynta. Ibland, som t.ex. ingår i Storbritannien, är prestationsersättningen istället kompletterad med en s.k. *capitation*. Detta är ett fast belopp per person som ingår i läkarens patientregister. Det i USA snabbt växande HMO-systemet (*Health Maintenance Organisations*) bygger i hög grad på sådana *capitationer*. Förutom att de där betalas direkt av vederbörande person själv eller hans arbetsgivare, och inte som i Storbritannien av staten, är de så väl tilltagna att personen under den period *capitationen* gäller (vanligen ett år) kan få *all* vård han behöver (inklusive sjukhusvård) utan extra kostnad. Vid remitteringar till specialister är det i detta fall den remitterande läkaren (eller snarare den HMO denne tillhör) som betalar räkningen.

3. *Betänkligheter mot skattefinansiering*

På många håll omprövas nu principerna för hur sjukvården skall finansieras. Det är i första hand det markanta inslaget av skatter som ifrågasätts. Diskussionen domineras av det praktiska argumentet att det i framtiden kommer att bli svårt att öka beskattningen i den omfattning som krävs för att möta den växande efterfrågan på sjukvård. Ett ökat inslag av patientavgifter och försäkringspremier ses som ett medel att stärka sjukvårdens finanser och på så sätt undvika köer och en hårdhänt ransonering. Men i diskussionen hörs också principiella invändningar mot skattefinansieringen som sådan med argument att denna finansieringsform från samhällsekonomisk synpunkt är (onödigt) dyrbar och därför i möjligaste mån bör undvikas. I detta perspektiv framstår patientavgifter och försäkringspremier snarare som substitut än som komplement till skatterna i sjukvårdens finansiering. Avsikten med detta kapitel är att belysa dessa argument närmare.

Beskattningens begränsande kapacitet

Med de stora budgetsunderskotten under senare år i färskt minne är det inte svårt att hysa tveksamhet om möjligheterna att klara av en fortsatt expansion av sjukvårdskonsumtionen med nuvarande finansieringsmodell. Denna modell är byggd på förutsättningen att sjukvården kan tillföras skattemedel i takt med att efterfrågan på vård ökar. Om denna förutsättning inte kan uppfyllas, återstår bara att acceptera ett växande gap mellan önskemålen och resurserna, dvs. växande köer, eller att gå över till en annan finansieringsmodell.

Den demografiska utvecklingen

En anledning till oro har varit den förväntade befolkningsutvecklingen. På grundval av SCB:s tidigare prognoser har det målats upp visioner av Sverige som ett ålderdomshem med ett enormt behov av vårdresurser (Snickars & Axelsson, 1984, Ohlsson & Broomé, 1988). En motsvarande diskussion har förts i andra länder. För en översikt, se OECD, *The future of social protection*.

Får vi tro SCB:s senaste prognos är läget inte fullt så dystert, bl.a. beroende på att födelsetalet och invandringen ser ut att bli större än man tidigare antagit, men alltså pekar prognosen på en från vårdsynpunkt ogynnsam befolkningsutveckling. Den främsta anledningen är att de allra äldsta åldersgrupperna, som svarar för en betydande (och växande) del av den totala vårdkonsumtionen, ökar relativt snabbt. Ökningen fram till år 2025 är 44 % för åldersgruppen 80–84 år, 40 % för åldersgruppen 85–89 år, 70 % för åldersgruppen 90–95 år och hela 156 % för åldersgruppen över 95 år. (Utvecklingen är inte stadig, utan sker i vågor. För närmare detaljer, se SCB's befolkningsprognos för åren 1989–2025, 1989.)

För att belysa hur de demografiska förändringarna inverkar på vårdbehovet, har IHE (Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi) låtit göra en oberoende kartläggning av den demografiska utvecklingen samt applicerat denna på 1983 års vårdkonsumtion. Studien är mycket detaljerad. För varje årsklass (med uppdelning på män och kvinnor) har konsumtionen kartlagts på ett flertal delområden inom sjukvården. Med ledning härav kan man göra preciserade utsagor om hur såväl sjukvårdskonsumtionens nivå som struktur påverkas av olika demografiska faktorer. I tabell 3:1 visas hur prognosen för hela perioden 1983–2005 utfaller för män och kvinnor i olika sektorer av sjukvården. Totalt handlar det om en ökning av vårdbehovet med 17,6 %. Merparten (13 procentenheter) av denna ökning faller på perioden 1989–2005. Vid konstant konsumtionsmönster ger alltså den demografiska utvecklingen under de kommande femton åren upphov till en volymökning på 0,8 % per år.

Det finns andra försök att beräkna vilket genomslag de demografiska förändringarna får på vårdbehovet. Som regel är dessa beräkningar mindre detaljerade och/eller mindre omfattande än

TABELL 3:1. Vårdkonsumtionens tillväxt på grund av demografiska faktorer 1983–2005. Antagande om konstant konsumtionsmönster för män och kvinnor i varje årsklass. Procenttal.

	Män	Kvinnor
Somatisk korttidsvård	13,1	15,4
Långvård	26,5	44,4
Psykiatrisk sjukhusvård	5,6	9,2
Psykiatriskt vårdhem	15,2	14,6
Läkarbesök	13,1	15,7
Läkemedel	10,7	11,1
Tandvård	9,3	10,7
Totalt	13,2	21,0

Kommentar: Tillväxten för tandvården är förmodligen något underskattad. Servicehus med helinackordering (ålderdomshem) har en utveckling liknande långvårdens. Inkluderas denna vårdform, stiger totalsiffrorna med ca 1 procentenhet. Vid en grov indelning av befolkningen hade konsumtionsfördelningen 1983 följande utseende: I förhållande till genomsnittet för hela befolkningen var konsumtionen 39 % i åldersgruppen 0–19 år, 64 % i åldersgruppen 20–64 %, 172 % i åldersgruppen 65–74 år och 514 % i åldersgruppen över 75 år.

Källa: R. Ohlsson, *Sjukvårdens kostnader 2005* (Lund: IHE, 1990).

IHE-studien. Men det hindrar inte att resultaten vanligen pekar i samma riktning. Som exempel kan den kalkyl nämnas som landstingsförbundet gjort i den senaste långtidsutredningen (Landstingsförbundet, 1990). För de delar av sjukvården som administreras av landstingen visar denna att de demografiska förändringarna genererar en årlig volymökning av ungefär samma storleksordning som i IHE-studien. Regionala skillnader kan naturligtvis inte utslutas. Exempelvis visar en beräkning för Stockholms län att de demografiska förändringarna implicerar en årlig volymökning med 1,2 % under 1990-talet (Fridén, 1990, vars beräkning är gjord med utgångspunkt från 1988 års konsumtionsmönster).

Andra faktorer

Det är inte bara den demografiska utvecklingen som bestämmer hur kostnaderna för sjukvården kommer att utvecklas. Räknat i fasta priser är den demografiska utvecklingen ensam avgörande

bara om såväl konsumtionen per individ i respektive åldersgrupp som produktiviteten i tillhandahållandet av vården är konstant över tiden. Det är knappast realistiskt att räkna med att så skulle vara fallet under den period vi har framför oss.

Erfarenhetsmässigt stiger sjukvårdskostnaden per person efter hand. Om anledningen är att konsumtionen ökar kvantitativt och/eller kvalitativt, eller om anledningen är att produktiviteten successivt sjunker, må här vara osagt. Effekten blir i bägge fallen densamma, nämligen att det krävs allt större insatser för att finansiera vården.

Historiskt tycks den demografiska utvecklingen spelat en underordnad roll för sjukvårdskonsumtionens tillväxt. Det är i varje fall det intryck man får av den statistik som OECD sammanställt. Inom hela OECD-området steg sjukvårdskonsumtionen under åren 1960–84 med i genomsnitt 6,1 % per år. En analys av siffrorna visar att 0,8 % kan hänföras till ökad folkmängd och bara 0,3 % till ändringar i åldersstrukturen. Återstoden, 5,0 %, måste alltså hänföras till produktivetsminskningar och ökningar i konsumtionen per person. Hur stor denna *restfaktor* varit i enskilda länder visas i tabell 3:2. (Det är möjligt att OECD överdrivit restfaktorernas betydelse genom att effekten av ändringar i åldersstrukturen underskattats. Anledningen är att man arbetat med en relativt grov åldersuppdelning av befolkningen. Av den nämnda IHE-studien framgår att man behöver en detaljerad kart-

TABELL 3.2. Årlig ökning i real resursförbrukning inom sjukvården per capita 1960–84. Siffrorna är justerade för ändringar i åldersstrukturen.

Danmark	4,8	Japan	8,6
Finland	5,6	Kanada	4,8
Sverige	6,3	England	3,8
Frankrike	6,9	Tyskland	3,6
Holland	3,5	USA	3,8
Schweiz	3,9		

Kommentar: Holland avser 1960–83, Schweiz avser 1960–82. (För en del länder har OECD färskare uppgifter fram till 1987. De företer samma mönster.)

Källa: OECD, *Financing and delivering health care, A comparative analysis of OECD countries* (Paris: OECD Social policy studies no 4, 1987).

läggning av konsumtionsmönstret för både män och kvinnor för att ge åldersstrukturens betydelse full rättvisa.)

Mot bakgrund av dessa siffror är det svårt att tro att vi nu skulle ha nått ett mättnadsläge vad gäller sjukvårdsutgifterna per person. Visserligen skedde det, som framgått, en avmattning i utgiftsökningen under 80-talet, men detta behöver inte vara tecken på ett trendbrott i efterfrågan. Avmattningen kan lika gärna ses som ett tecken på begynnande svårigheter att använda den traditionella finansieringsmodellen. De många bristsymptomen i dagens sjukvård talar för detta. I så fall kan resurserna i sjukvården behöva ökas extra mycket under kommande år.

Utöver ökningen av andelen äldre i befolkningen är det speciellt två förhållanden som gör att vårdbehovet per person ökar. Ett skäl är att det efterhand blir möjligt att sätta in behandlingar i allt svårare fall. Vissa ingrepp som tidigare bara kunde göras på personer med ett gott allmäntillstånd, kan numera med viss framgång praktiseras i stor skala. Detta gäller bl.a. transplantationer. Ett annat skäl är att en växande andel av befolkningen är ensamstående utan närmare kontakt med barn och andra anhöriga. Det medför att även relativt enkla problem, som tidigare kunde avhjälpas i hemmet, i växande utsträckning kräver professionella insatser.

Konkurrerande utgifter

Svårigheterna att finansiera en expansion av sjukvården via beskattningen understryks av att det numera är många utgiftsområden som konkurrerar om skattemedlen, och att det på vissa av dessa områden förutses kraftiga utgiftsökningar. Det allmänna pensionssystemet är ett exempel. Skulle tillväxten i reallönerna stanna vid 1 % årligen blir belastningen på löntagarna för finansieringen av folkpensionen och ATP mycket kännbar. Ifrågovarande arbetsgivareavgifter behöver höjas med 10–15 procentenheter (Kruse, 1988). Även om skatteuttaget totalt sett skulle öka, är det därför inte säkert att sjukvården kan tillföras några mera betydande resurstillskott på denna väg. I den mån som utgifterna på andra områden växer snabbare än det möjliga skatteuttaget, kan det även bli fråga om ett minskat utrymme för sjukvårdens del.

I detta sammanhang är det värt att understryka att sjukvårdens finansieringsproblem, till skillnad från t.ex. pensionssystemets, inte säkert mildras av att den ekonomiska tillväxten blir större. All erfarenhet säger nämligen att ekonomisk tillväxt inte bara genererar ett ökat skatteunderlag, utan också en ökad efterfrågan på sjukvård. Den uppmätta inkomstelasticiteten på nationell nivå är så hög som 1,6. Detta är medianvärdet för OECD-länderna (OECD, 1987). Det betyder att efterfrågan på sjukvård stiger med 1,6 % för varje procent som nationalinkomsten ökar. För Sveriges del är den uppmätta elasticiteten ännu större, nämligen 2,7. Om samma inkomstelasticitet gäller i framtiden, implicerar nuvarande finansieringsmodell att det för sjukvårdens del krävs en skärpning av beskattningen när nationalinkomsten ökar (i reala termer). I detta perspektiv är det inte så konstigt att skatteandelen sjönk något vid 80-talets början. Dessa år utmärktes av låg, obefintlig och även negativ ekonomisk tillväxt. Men det kan inte uteslutas att vi står inför ett trendbrott. För perioden 1975–87 är den uppmätta elasticiteten (i per capita konsumtionen) bara 1,3 inom OECD-området. (En redogörelse av de allra senaste rönen på detta område ges av Schieber & Poullier, 1989.)

Mycket tyder på att det svenska skattesystemet blir hårt ansträngt i framtiden och att det kan bli svårt att finna utrymme för en expansion av sjukvården vid nuvarande finansieringsmodell. Om vi med denna modell obönhörligen dras in i en djup sjukvårdskris, får dock nu vara en öppen fråga. För den efterföljande diskussionen har denna fråga ingen avgörande betydelse. Det finns andra skäl att nu ändå noga överväga alternativa sätt att finansiera konsumtionen av sjukvård.

Kostsamma biverkningar

Även om beskattningen skulle kunna skärpas i den utsträckning som behövs för att behålla nuvarande finansieringsmodell inom sjukvården, finns det skäl att undvika de skattehöjningar som kommer att behövas. Anledningen är att skattehöjningar inte kan ske utan samhällsekonomiska kostnader. Praktiskt taget all beskattning har negativa effekter på resursallokeringen i samhäl-

let till följd av de s.k. anpassningar som sker på arbetsmarknaden, i folks sparande och företagets investeringar samt i hushållens konsumtionsmönster. Beskattningen ger aktörerna i det ekonomiska systemet incitament att bete sig på ett samhällsekonomiskt mindre lönsamt sätt. Ett slående exempel är reaktionen på den omsättningsskatt på värdepapper (*valpskatten*) som infördes härom året. Denna skatt anses ha lett till en kraftig minskning i omsättningen av värdepapper och också till att en stor del av handeln flyttat utomlands. Även en skatt som totalt sett är liten, kan alltså ge upphov till mycket betydande olägenheter för den svenska ekonomin. Kostnader av detta slag brukar kallas beskattningens dödsvikt (*dead weight* eller *excess burden*). Praktiskt taget alla skatter ger upphov till dödsvikt i någon form. På grund av detta är allmänhetens reella uppoffring för skattefinansierade utgifter större än det skattebelopp som åtgår. För en närmare diskussion om detta, se t.ex. de bägge volymer av Stockholms- respektive Lundaforskare som Riksbankens jubileumsfond gav ut 1986 med Kerstin Stigmark som redaktör.

Storleken på beskattningens dödsvikt

I tabell 3:3 visas en beräkning av hur stor allmänhetens reella uppoffring är för att öka en skattefinansierad utgift med 1 kr när utgiften avser en transferering respektive någon form av kollektiv konsumtion, t.ex. u-hjälp. I tabellen jämförs uppoffringen när finansieringen sker med kommunalskatt respektive arbetsgivaravgifter/moms. I fallet med transfereringar kostar det enligt den-

TABELL 3.3. Reell kostnad för att öka två typer av skattefinansierade utgifter med en krona när finansieringen sker med kommunalskatt respektive arbetsgivaravgift/moms.

<i>typ av skatt</i>	<i>transferering</i>	<i>kollektiv konsumtion</i>
kommunalskatt	3,00	2,30
arbetsgivaravg/moms	2,30	1,70

Källa: I. Hansson, Marginal cost of public funds for different tax instruments and government expenditures (Scandinavian journal of economics 86: 115–30, 1984).

na beräkning 3 kr att ta in och betala ut 1 kr om finansieringen sker med kommunalskatt samt 2 kr och 30 öre om finansieringen sker med arbetsgivaravgifter/moms. Mellanskillnaden, 2:00 respektive 1:30, är beskattningens dödvikt.

När det rör sig om en transferering och skattebetalaren och mottagaren av transfereringen är samma person, dvs om det rör sig om s.k. rundgång, utgör dödvikten en ren samhällsekonomisk förlust. Det finns då ingen intäkt (nytta) som kan balansera kostnaden. Om skattebetalaren och mottagaren av transfereringen är olika personer, utgör dödvikten priset för ifrågasatt inkomstfördelning. När skatterna används för att finansiera kollektiv konsumtion är dödvikten genomgående mindre, men som tabellen visar är den även i detta fall långtifrån negligerbar. Den uppgår till 70 % av utgiften när arbetsgivaravgifter/moms används, och till hela 130 % av utgiften när kommunalskatt används.

Kommentar

De siffror som anges i tabell 3:3 är framkomna i den enda mera utförliga beräkning som gjorts av beskattningens dödvikt i Sverige. Vi har ingen anledning att ifrågasätta beräkningens riktighet, men det kan vara värt att påpeka att personer som i praktiken har att befatta sig med frågor om beskattningens dödvikt brukar använda lägre värden än vad som anges i tabellen. Som exempel kan nämnas att Vägverket i sina lönsamhetsbedömningar av skattefinansierade investeringar antar att beskattningens dödvikt är 25 % av skattebeloppet, dvs att den reella kostnaden för varje använd skattekrona är 1:25 (Vägverket, 1989).

Här bör också nämnas att dödviktens storlek är beroende på hur hög den allmänna skattenivån är. Den i tabellen redovisade beräkningen avser läget vid den skattenivå som rådde vid början av 80-talet. När skattenivån stiger, blir dödvikten under i övrigt lika omständigheter större. Som framgår av tabellen har det också betydelse vilken typ av skatt som används. Olika skatter är olika kostsamma. Det är insikten om detta som legat bakom de stora skattereformer som genomförts i många länder under senare år. Ett huvudsyfte med dessa reformer har varit att få ett skattesystem som så lite som möjligt inbjuder till olika former av anpass-

ningar/störningar i ekonomin. Härigenom blir beskattningens totala dödvikt mindre. (Man bör inte förväxla beskattningens dödvikt med de dynamiska effekter som en marginalsattesänkning förväntas ge upphov till. Dödvikten är definierad som skillnaden mellan potentiell och faktisk välfärdsnivå i ett jämviktsläge, medan de dynamiska effekterna avser ökningen i själva skattebasen när skattesatserna ändras. Diskussionen om storleken på de senare har främst handlat om med vilken snabbhet ökningen i skattebasen kommer att ske. Går den på ett år, eller krävs det kanske fem år? Beskattningens dödvikt är ett komparativt statiskt begrepp och därför oberoende av tidsperspektivet.)

Storleken på skattefinansieringens dödvikt inom just sjukvården är inte närmare studerad. Med reservation för vad som nyss sagts, kan den dock antas ligga någonstans mellan de värden som redovisas i tabell 3:3. Kan inslaget av skatter i finansieringen av sjukvården minskas, så kan detta alltså medföra icke föraktliga vinster för samhällsekonomin som helhet. Annorlunda uttryckt, i den mån som sjukvården kan finansieras utanför skattesystemet, blir den generellt billigare. Härigenom får vi råd med en större konsumtion. De alternativ som står till buds är att sjukvården i ökad utsträckning finansieras med direkta patientavgifter och *regelrätta* försäkringar.

Observera kursiveringen i den sista meningen. Vad som här sagts om skatter gäller nämligen i lika hög grad *försäkringspremier* som uttas utan närmare samband med de förmåner som erhålles. För att dödvikten i finansieringen skall undvikas, måste betalningen ha karaktär av en god affär. Den måste vara något som man gärna gör, därför att man vet att en utebliven betalning har övervägande negativa konsekvenser för en själv. Annars försvinner inte incitamentet att ägna sig åt s.k. anpassningar. När det gäller sjukförsäkringar, måste alltså utebliven betalning leda till att vederbörande person (helt eller delvis) går miste om den vård betalningen avser. Om inte detta villkor är uppfyllt, är det från samhällsekonomisk synpunkt lika kostsamt att betala sjukvården med försäkringspremier som med skatter.

I de närmast följande kapitlen kommer alternativet med ett större inslag av patientavgifter att diskutera. Är det en väg som lämpligen bör beträdas? Det finns anledning att överväga vilka avgifter

som kan bli aktuella, hur sjukvårdsefterfrågan och befolkningens hälsotillstånd skulle påverkas samt vad som skulle hända med levnadsstandardens fördelning jämfört med om konsumtionen finansieras med t.ex. arbetsgivaravgifter. Är det över huvud taget lämpligt att finansiera sjukvård med patientavgifter?

Diskussionen sker i medvetande om att avgiftsfinansiering inom sjukvården är ett kontroversiellt ämne. Många har svårt att acceptera anhängarnas argument att avgiftsfinansiering minskar behovet av (dyra) skatter, tar bort trivial vård samt ger producenterna incitament att sänka kostnaderna.

Motståndet mot avgiftsfinansiering kommer från flera håll. En grupp menar att sjukvård är behovsbaserad och därför inte kan betraktas som en handelsvara. Enligt denna uppfattning är vård ingenting man köper mer eller mindre av beroende på tycke och smak. Avgiftsfinansiering har därför ingen annan ekonomisk betydelse, menar man, än att den undergräver solidariteten med dem som är olycksdrabbade och sjuka samt utestänger mindre bemedlade från den vård de behöver. Detta argument har framför allt använts i den kanadensiska sjukvårdsdebatten. Där har man dragit den logiska slutsatsen och förbjudit läkarna att ta betalt av patienter (Evans, 1984). En annan grupp kan acceptera att sjukvård betraktas som en handelsvara, men de framhåller att den har speciella egenskaper som motiverar att avgiftsfinansiering undviks. De pekar på att avgifter är dyra att administrera, att folk är alltför okunniga för att kunna uppträda som rationella konsumenter, samt att de personer som är lite mera framåt ändå kan skaffa sig en privat sjukförsäkring och på så sätt undgå att känna av avgifterna.

4. Efterfrågans priskänslighet

Är det sant att människor, om de har råd, varken efterfrågar mera eller mindre sjukvård än de verkligen behöver? I detta kapitel presenteras ett antal studier som belyser denna fråga. Framställningen är inte fullständig, men den ger en representativ bild av den forskning som bedrivs om sjukvårdsefterfrågans priskänslighet.

Spridda iakttagelser

Inledningsvis skall några partiella studier nämnas. De är inriktade på någon del av konsumtionen, såsom läkemedel, tandvård, läkarbesök eller sjukhustjänster. Dessa studier har ett begränsat värde, men de tas med här för att illustrera hur en stor del av litteraturen på området ser ut.

Beträffande konsumtionen av *läkemedel* gjordes en brett upplagd undersökning i Storbritannien under åren 1955–69. Av denna framgår att en patientavgift motsvarande 25 % av kostnaden minskar efterfrågan (utgiften per person) med 14 % (Phelps & Newhouse, 1974). En undersökning i Holland avseende 3636 manliga hushållsföreståndare visar att en patientavgift motsvarande 20 % av kostnaden för (receptbelagda) läkemedel ökar konsumtionen med 40 % jämfört med om patienten själv betalar hela kostnaden (van de Ven & van der Gaag, 1982). Ett försök med fria läkemedel i Mississippi (*Medicaid Program*) fick till följd att antalet recept per person ökade med 75 % och att läkemedelsutgiften per person ökade med 124 % (Smith & Garner, 1974).

Också beträffande konsumtionen av *tandvård* finns det flera

studier av priskänsligheten. Den typiska observationen är att efterfrågan på tandvård ungefär fördubblas vid 0-taxa jämfört med om patienten själv betalar kostnaden. Detta gäller vuxna. För barn förefaller priseffekten att vara ännu större, ca 200 % (Phelps & Newhouse, 1979).

I distriktet Swift Current i den kanadensiska provinsen Saskatchewan infördes i augusti 1953 en fast avgift vid läkarbesök. Avgiften uppgick till 1 dollar, vilket motsvarade ungefär 40 % av den totala besökskostnaden. Som följd härav minskade antalet besök hos läkare med 17 % och antalet hembesök med hela 60 % (Straight, 1962).

Flera studier har gällt frågan hur patientavgifter i den slutna vården påverkar intagningsfrekvensen och vistelsetiden på sjukhus. Ett genomgående resultat i dessa studier är att patientavgiften har effekt på intagningsfrekvensen, men knappast någon effekt alls på vistelsetiderna. Som exempel kan en studie från 60-talet nämnas. I denna jämfördes två grupper försäkringstagare tillhörande *Blue Cross*. Av försäkringstagarna i den ena gruppen uttogs en patientavgift på 4 dollar per dag, medan försäkringstagarna i den andra gruppen inte behövde betala något i samband med själva vården. Det var ingen skillnad mellan grupperna i vistelsetidens längd, men den sistnämnda gruppen visade sig ha 16 % flera intagningar på sjukhus (Williams, 1966). Effekten av en väsentligt kraftigare avgiftshöjning kunde studeras när *Blue Cross* i Connecticut vid ungefär samma tid införde en patientavgift vid sjukhusvistelse på 15 dollar per dag. Denna avgift svarade mot inte mindre än 31 % av vårdkostnaden. Efter analys av de erfarenheter som då gjordes har man dragit slutsatsen att ett slopande av patientavgiften skulle öka sjukhusintagningarna med 12 %. Någon mera märkbar effekt på sjukhusvistelsernas längd kunde inte konstateras (Phelps & Newhouse op.cit.).

Det finns säkert hundratals liknande studier. Gemensamt för dem är att de bara gäller en del av sjukvårdskonsumtionen. Härigenom missar man potentiellt viktiga korseffekter mellan olika delar av konsumtionen. Exempelvis kan det vara intressant att se hur patientavgifter inom den öppna vården påverkar efterfrågan på slutna vård. För information om detta krävs studier som gäller hela eller flera delar av konsumtionen.

Ett par kanadensiska studier

Två kanadensiska studier skall få illustrera ett par grundläggande svårigheter vid mätningar av efterfrågans priselasticitet.

Det första exemplet är den brett upplagda studie som gjordes i samband med att patientavgiften helt avskaffades i Quebec i november 1970. Det fick till följd att antalet läkarbesök ökade med 17 %. Denna observation ger dock inte hela sanningen om efterfrågeeffekten. Eftersom kapaciteten att möta efterfrågeökningen var begränsad, blev en annan viktig effekt att köerna växte. Väntetiden för besök hos läkare nästan fördubblades, från 6 till 11 dagar (Enterline, Salter, McDonald & McDonald, 1973). Hur stor den rena efterfrågeeffekten verkligen var, är alltså svårt att säga.

Av denna och liknande erfarenheter i andra studier kan slutsatsen dras att undersökningar av efterfrågans priselasticitet helst bör göras i situationer då patientavgifterna höjs. Man slipper då problemet att sjukvårdsresurserna visar sig otillräckliga. Som vårt andra exempel från Kanada visar, kan emellertid studier av situationer med avgiftshöjningar också ge svårtolkade resultat.

1962 infördes en heltäckande sjukförsäkring i hela provinsen Saskatchewan. Denna försäkring gavs till en början utan självrisk, men 1968 bestämdes att konsumenterna skulle betala 1,5 dollar vid besök hos läkare samt 2 dollar vid övriga läkarkontakter (hembesök samt akutmottagning m.m. på sjukhus). Effekten av detta blev att vårdkonsumtionen minskade med 6 à 7 %. Minskningen var kraftigare ifråga om allmänläkares än specialistläkares tjänster. En detaljerad studie gjorde av ca 40.000 familjer under åren 1963 till 1968. Särskilt undersöktes hur konsumtionsminskningen utföll i olika inkomstklasser (Beck 1974).

Dessa siffror avser effekten på konsumtionen av sjukvård. Den rena efterfrågeeffekten kan antas ha varit större. Det kunde nämligen konstateras att vårdintensiteten per läkarbesök ökade. Detta förmodas vara ett utslag av läkarnas intresse att upprätthålla sina inkomster. De fick sina inkomster enligt ackordsprincipen (*fee-for-service*). När antalet patienter minskade, kunde läkarna kompensera sig genom att behandla varje patient mera ingående. En indikation på att så var fallet är att det skedde en ökning i antalet *totala hälsoundersökningar* med 13 % samtidigt som antalet

studier av priskänsligheten. Den typiska observationen är att efterfrågan på tandvård ungefär fördubblas vid 0-taxa jämfört med om patienten själv betalar kostnaden. Detta gäller vuxna. För barn förefaller priseffekten att vara ännu större, ca 200 % (Phelps & Newhouse, 1979).

I distriktet Swift Current i den kanadensiska provinsen Saskatchewan infördes i augusti 1953 en fast avgift vid *läkarbesök*. Avgiften uppgick till 1 dollar, vilket motsvarade ungefär 40 % av den totala besökskostnaden. Som följd härav minskade antalet besök hos läkare med 17 % och antalet hembesök med hela 60 % (Straight, 1962).

Flera studier har gällt frågan hur patientavgifter i den slutna vården påverkar intagningsfrekvensen och vistelsetiden på *sjukhus*. Ett genomgående resultat i dessa studier är att patientavgiften har effekt på intagningsfrekvensen, men knappast någon effekt alls på vistelsetiderna. Som exempel kan en studie från 60-talet nämnas. I denna jämfördes två grupper försäkringstagare tillhörande *Blue Cross*. Av försäkringstagarna i den ena gruppen uttogs en patientavgift på 4 dollar per dag, medan försäkringstagarna i den andra gruppen inte behövde betala något i samband med själva vården. Det var ingen skillnad mellan grupperna i vistelsetidens längd, men den sistnämnda gruppen visade sig ha 16 % flera intagningar på sjukhus (Williams, 1966). Effekten av en väsentligt kraftigare avgiftshöjning kunde studeras när *Blue Cross* i Connecticut vid ungefär samma tid införde en patientavgift vid sjukhusvistelse på 15 dollar per dag. Denna avgift svarade mot inte mindre än 31 % av vårdkostnaden. Efter analys av de erfarenheter som då gjordes har man dragit slutsatsen att ett slopande av patientavgiften skulle öka sjukhusintagningarna med 12 %. Någon mera märkbar effekt på sjukhusvistelsernas längd kunde inte konstateras (Phelps & Newhouse op.cit.).

Det finns säkert hundratals liknande studier. Gemensamt för dem är att de bara gäller en del av sjukvårdskonsumtionen. Härigenom missar man potentiellt viktiga korseffekter mellan olika delar av konsumtionen. Exempelvis kan det vara intressant att se hur patientavgifter inom den öppna vården påverkar efterfrågan på slutna vård. För information om detta krävs studier som gäller hela eller flera delar av konsumtionen.

Ett par kanadensiska studier

Två kanadensiska studier skall få illustrera ett par grundläggande svårigheter vid mätningar av efterfrågans priselasticitet.

Det första exemplet är den brett upplagda studie som gjordes i samband med att patientavgiften helt avskaffades i Quebec i november 1970. Det fick till följd att antalet läkarbesök ökade med 17 %. Denna observation ger dock inte hela sanningen om efterfrågeeffekten. Eftersom kapaciteten att möta efterfrågeökningen var begränsad, blev en annan viktig effekt att köerna växte. Väntetiden för besök hos läkare nästan fördubblades, från 6 till 11 dagar (Enterline, Salter, McDonald & McDonald, 1973). Hur stor den rena efterfrågeeffekten verkligen var, är alltså svårt att säga.

Av denna och liknande erfarenheter i andra studier kan slutsatsen dras att undersökningar av efterfrågans priselasticitet helst bör göras i situationer då patientavgifterna höjs. Man slipper då problemet att sjukvårdsresurserna visar sig otillräckliga. Som vårt andra exempel från Kanada visar, kan emellertid studier av situationer med avgiftshöjningar också ge svårtolkade resultat.

1962 infördes en heltäckande sjukförsäkring i hela provinsen Saskatchewan. Denna försäkring gavs till en början utan självrisk, men 1968 bestämdes att konsumenterna skulle betala 1,5 dollar vid besök hos läkare samt 2 dollar vid övriga läkarkontakter (hembesök samt akutmottagning m.m. på sjukhus). Effekten av detta blev att vårdkonsumtionen minskade med 6 à 7 %. Minskningen var kraftigare ifråga om allmänläkares än specialistläkares tjänster. En detaljerad studie gjorde av ca 40.000 familjer under åren 1963 till 1968. Särskilt undersöktes hur konsumtionsminskningen utföll i olika inkomstklasser (Beck 1974).

Dessa siffror avser effekten på konsumtionen av sjukvård. Den rena efterfrågeeffekten kan antas ha varit större. Det kunde nämligen konstateras att vårdintensiteten per läkarbesök ökade. Detta förmodas vara ett utslag av läkarnas intresse att upprätthålla sina inkomster. De fick sina inkomster enligt ackordsprincipen (*fee-for-service*). När antalet patienter minskade, kunde läkarna kompensera sig genom att behandla varje patient mera ingående. En indikation på att så var fallet är att det skedde en ökning i antalet *totala hälsoundersökningar* med 13 % samtidigt som antalet

partiella hälsoundersökningar minskade med 38 %. (I de engelska texterna talar man om *complete examinations* respektive *regional examinations*.)

Hur stor skulle den uppmätta effekten på konsumtionen ha varit om läkarna inte ändrat sitt beteende? Svaret är att vi inte vet. Med denna typ av studier går det helt enkelt inte att få fram tillförlitliga uppgifter om hur konsumenterna reagerar på avgiftshöjningar. Utfallet blir osäkert beroende på att vi inte vet hur läkarna reagerar på eventuella efterfrågeändringar. Skall osäkerheten om detta kunna elimineras, behövs studier i form av *kontrollerade experiment*.

I många länder, som t.ex. Kanada och Sverige, är det svårt att göra kontrollerade experiment rörande betalningsmodellens betydelse. Det anses oetiskt att människor under i övrigt olika förutsättning erbjuds vård på olika villkor, allrahelst som det av vetenskapliga skäl kan vara nödvändigt att detta får fortgå under många år. Läget är annorlunda i USA. Där används parallellt ett stort antal betalningsmodeller, och det anses inte särskilt anmärkningsvärt att försäkringskassor och andra efter hand experimenterar med försäkringarnas utformning. Alltså är det föga överraskande att det framför allt är i USA som man finner möjligheter att närmare undersöka betalningsmodellens betydelse.

Kontrollerade experiment i stor skala

Palo Alto-studien

En studie som kommer nära det nämnda idealet gjordes i Kalifornien på 60-talet. Den gällde anställda vid Stanforduniversitetet. Dessa hade som anställningsförmån en heltäckande sjukförsäkring med 0-taxa i vårdutnyttjandet (*Palo Alto Group Health Plan*). Anhöriga var medförsäkrade. Inför hotet av en finansiell kris infördes från och med april 1967 en 25-procentig självrisk i samband med läkarbesök, kirurgi etc., men inte för vanliga sjukhus-tjänster.

För de 2 567 personer som tillhörde försäkringen både 1966

och 1968 gjordes följande observationer (Scitovsky & Snyder, 1972 och Phelps & Newhouse, 1972).

- Antalet besök hos läkare minskade med 24 %. (Beaktas att åldersstrukturen ändrade sig, var minskningen 25 %.)
- Minskningen var likformig i alla åldersgrupper, för alla utbildningskategorier och i alla inkomstklasser. Men man kunde observera en kraftigare minskning bland kvinnliga anhöriga till de försäkrade.
- De totala utgifterna för läkarbesök i öppen vård minskade med 35 %. Störst minskning noterades för hembesök, hela 52 %.
- Minskningen vad gäller annan sjukvårdskonsumtion är läkarbesök i den öppna vården stannade vid 11 %.

Dessa effekter kan inte tolkas som en rent temporär anpassning till avgiftshöjningen. Vid kontroll visade det sig att konsumtionen 1972 låg kvar på den lägre nivå som uppnåtts 1968 (Scitovsky & McCall, 1977).

I Palo Alto-studien behövde man inte befara att resultatet i större utsträckning skulle påverkas av reaktioner från läkarnas sida. Eftersom de anställda vid Stanforduniversitetet svarar för en liten del av regionens totala efterfrågan på sjukvård, får en nedgång i deras efterfrågan en begränsad effekt på de berörda läkarnas inkomster. Därför kan denna studie antas ha givit en god bild av just konsumenternas priskänslighet.

En annan fördel med Palo Alto-studien är att avgiftshöjningen genomfördes på ett sätt som inte gav de berörda personerna något egentligt alternativ. Eftersom sjukförsäkringen var en anställningsförmån, fanns det ingen som kunde vinna något på att lämna försäkringskollektivet när villkoren försämrades. Härigenom undgick man det problem som i den försäkringsteoretiska litteraturen kallas *adverse selection*. Hade det varit fråga om en vanlig kommersiell sjukförsäkring, skulle införandet av den 25-procentiga självriskan förmodligen ha lett till att personer tillhörande högriskkategorier sökt sig till en annan och för dem förmånligare försäkring. Detta hade lett till en kraftigare konsumtionsminskning för gruppen som helhet och givit en överdriven bild av efterfrågans priskänslighet.

Problemet med *adverse selection* är akut i vissa andra studier.

Som exempel kan en studie avseende *Blue Cross* i Kentucky nämnas. Där hade man vid något tillfälle 13 olika betalningsmodeller i sina försäkringar. Dessa skiljde sig bl.a. med avseende på självriskerna vid sjukhusvistelse. Efter en jämförelse av utfallet i dessa olika modeller drogs slutsatsen att en ökning av avgiftsnivån från 0 till 50 % av kostnaden sänker efterfrågan på sjukhusvård med 50 %. (Freiberg & Schutchfield, 1976 och Newhouse et al., 1980).

Detta är en påfallande stark effekt. Jämför t.ex. med den tidigare nämnda studien av *Blue Cross* i Connecticut, där nedgången i konsumtionen till följd av en avgift på 31 % uppskattades till 12 %. En trolig förklaring är att det förekommer *adverse selection* i Kentucky-studien. Till skillnad från de anställda vid Stanforduniversitetet kunde försäkringstagarna i Kentucky *Blue Cross* själva bestämma vilken betalningsmodell de skulle ha. Det är naturligt att personer som vet med sig att de behöver mycket vård väljer en betalningsmodell med låg självrisk, och att denna kategori därför blir underrepresenterad i de andra betalningsmodellerna. I så fall går det inte att dra några tillförlitliga slutsatser om efterfrågans priskänslighet bara genom att jämföra vårdutnyttjandet i de olika betalningsmodellerna. Detta understryker vikten av att betalningsmodellens betydelse studeras i ett *kontrollerat* experiment.

Rand-studien

Den mest omfattande och ojämförligt viktigaste studien av efterfrågans priselasticitet är *Rand Health Insurance Experiment*. Det har gjorts mängder av analyser av detta experiment. En översikt av de viktigaste resultaten ges av Manning et al. (1987). Denna studie, som omfattade över 7000 försökspersoner och pågick under åren 1974–77 på flera platser i USA, var just ett kontrollerat experiment. Den hade som syfte att jämföra ett femtontal betalningsmodeller. Ett antal av dessa modeller skiljer sig bara därigenom att konsumenterna fick betala olika stor patientavgift, från 0 % till 95 % av den faktiska kostnaden. Inga försökspersoner var över 65 år. Ej heller ingick personer som erhöll en relativt stor del av sin inkomst i form av bidrag. Dessa grupper uteslöts, eftersom de hade möjlighet att övervältra avgiftsbetalningarna

på sociala myndigheter och därför kunde förmodas reagera onormalt på prisändringar.

Det förelåg ingen risk för *adverse selection*. Försökspersonerna kunde inte själva avgöra vilken modell de skulle ha, men de personer som fick en modell med hög avgift kompenenserades med engångsbelopp och alla var garanterade att deras totala vårdutgifter inte skulle överstiga ca 10 % av inkomsten eller 1000 dollar per år. Ej heller förelåg det någon risk för reaktioner från läkarnas sida. Eftersom försökspersonerna var utspridda i hela USA, hade variationer i deras efterfrågan ingen märkbar effekt på den totala efterfrågan, läkarnas inkomster, beläggningsgraden på sjukhusen etc.

I experimentet framkom stora skillnader i försökspersonernas efterfrågan på vård. De som fick vården utan avgift efterfrågade totalt 45 % mera vård än de som fick betala (nästan) fullt pris. I den öppna vården var skillnaden ännu större. Konsumenterna med 0-taxa låg här hela 67 % högre än de konsumenter som

TABELL 4:1. Efterfrågad mängd sjukvård vid olika nivå på patientavgiften. Kontrollerat experiment. Index tal. Ojusterade värden inom parentes.

Avgiftsnivå	Öppen vård	Sluten vård	Totalt
0-taxa	100	100 (100)	100 (100)
25 %	76	87 (91)	82 (85)
50 %	66	85 (110)	76 (90)
95 %	60	82 (77)	72 (69)
95/0 %	69	96 (91)	84 (81)

Kommentar: Tandvård och psykiatri i öppen vård ingår ej. I modellen 95/0 % ges sluten vård till 0-taxa, medan öppen vård ges med en avgift på 95 % av kostnaden, dock med restriktionen att de samlade avgifterna ej får överstiga 150 dollar per individ (eller 450 dollar per familj). För sluten vård redovisas både ojusterade och justerade siffror. Skillnaden beror på att kostnadsläget var olika i olika delar av landet och att betalningsmodellerna var olika frekventa i olika regioner. Exempelvis saknades betalningsmodellen 50 % helt i Seattle. Totalsiffrorna redovisas också både justerade och ojusterade.

Källa: W.G. Manning et al., *Health insurance and the demand for medical care. Evidence from a randomized experiment* (American economic review 77:251–77, 1987).

betalade (nästan) fullt pris. Närmare uppgifter om priset effekten ges i tabell 4:1.

Som framgår av tabellen var effekten av avgiftshöjningar inte linjär. Höjningar av avgiften över nivån 25 % hade inte lika stark effekt på efterfrågan som höjningar upp till denna nivå. Detta förklaras delvis av att det i experimentet fanns ett tak för hur mycket en person (eller familj) behövde betala per tolv månadersperiod. Taket nås snabbare när avgiftsnivån är högre. När taket väl nåtts, har personen (eller familjen) i praktiken 0-taxa för sin sjukvårdskonsumtion. Denna effekt av taket är särskilt uttalad i den slutna vården, där ca 75 % av patienterna i experimentet hamnade i taket.

Minskningen i efterfrågan kan ske antingen genom att antalet läkarbesök etc. minskar eller genom att mängden vård per besök minskar. Ett resultat av Rand-studien är att den förstnämnda effekten dominerar. Den minskning i vårdintensiteten som kunde uppmätas var marginell. Detta är en indikation på att det inte förekom några anpassningar i läkarnas beteende.

Ett uppmärksammat resultat av Rand-studien är att avgifter i den öppna vården minskar efterfrågan på slutna vård. Detta framgår tydligt av tabell 4:1. Efterfrågan på slutna vård var mindre i betalningsmodellen 95/0 % än vid generell 0-taxa, trots att den slutna vården i bägge fallen erbjöds gratis. Detta talar mot det i Sverige vanliga antagandet att en utbyggnad av primärvården skulle kunna bidra till att avlasta den slutna vården. Det synes snarare vara så att den öppna vården genererar ökad efterfrågan på slutna vård. Ett resultat pekande i samma riktning erhöles i en experimentell studie som gjordes 1968 av Kansas Blue Cross. Man hade där ett system med vissa avgifter i öppen vård. För att pröva hypotesen att ett ökat försäkringsskydd i den öppna vården medför en minskad efterfrågan på slutna vård lät man 5 000 försäkringstagare få fri öppen vård. Dessa jämfördes med en kontrollgrupp omfattande 10 000 försäkringstagare. Någon nedgång i konsumtionen av slutna vård kunde inte observeras, vare sig ifråga om intagningar eller vistelsetider på sjukhus (Hill & Vevey, 1970 och Lewis & Keairnes, 1970).

Slutsatser

De redovisade studierna visar klart att patientavgifter har en efterfrågedämpande effekt. Vad gäller efterfrågan på primärvård, läkemedel och tandvård pekar resultaten på att konsumtionen ungefär fördubblas vid 0-taxa jämfört med att patienten själv betalar hela kostnaden. I den slutna vården är priseffekten svagare. Som flera studier visar gäller den intagningsfrekvensen snarare än vistelsetiden på sjukhus.

De mest tillförlitliga resultaten återfinns i Rand-studien. Av denna framgår att en 95-procentig avgiftsfinansiering kombinerad med ett (relativt generöst) högkostnadsskydd minskar den totala efterfrågan med ca 30 % i förhållande till situationen vid en generell 0-taxa. Om detta arrangemang bara gäller den öppna vården och den slutna vården erbjuds med 0-taxa, stannar minskningen i efterfrågan vid 15 à 20 %.

Observera att detta är rena efterfrågeeffekter. Om betalningsmodellerna i Rand-studien skulle användas i full skala, kan det inte uteslutas att det sker anpassningar på utbudssidan som ökar vårdintensiteten och gör den totala konsumtionseffekten mindre. Hur stark denna anpassning blir är bl.a. beroende på hur sjukvårdspersonalens inkomster är reglerade. Anpassningen kan antas bli kraftigare om personalen får sina inkomster enligt ackordprincipen än om de får dem i form av fast lön.

Avgiftsfinansieringens roll i efterfrågans bestämning blir lättare att förstå om vi skiljer mellan följande tre fall (jfr van de Ven, 1983):

1. Vård som intiteras av patienten själv.
2. Fortsatt vård hos samma läkare.
3. Annan uppföljande vård (med remiss/recept).

Vid vård av det första slaget (primärvård) har patientens finansiella överväganden helt klart en central roll. Samma sak gäller inte vid vård av typ 2 eller typ 3 (sekundärvård). Efter det att den första kontakten tagits, blir patientens egna finansiella överväganden normalt underordnade läkarens bedömning av vårdbehovet. Det gäller både vid återbesök och hänvisning till annan vårdgivare. I den mån som finansiella överväganden då kommer

in i bilden, görs dessa av läkaren och inte patienten. Naturligtvis kan läkaren då ta med i bedömningen hur hans egen finansiella situation påverkas. Detta gäller framför allt vid vård av typ 2. (Det förekommer att läkare får provision på remisser. Ett ofta anfört exempel är de japanska läkarnas provision på läkemedelsförsäljning. Provisionen förmodas öka läkarnas benägenhet att skriva ut mediciner, speciellt sådana som ger dem hög provision. Av statistiken framgår också att läkemedelskonsumtionen 1985 var mer än dubbelt så hög i Japan som i t.ex. Sverige, 116 mot 54 dollar per invånare. Denna uppgift är hämtad från The Economist (17 december 1988). Där redovisas också en rad andra fall, där läkare har finansiella intressen i den uppföljande vården. Det förekommer t.ex. att läkare är delägare i sjukhem eller laboratorier. I Sverige uppmärksammades härom året läkares köp av aktier i ett företag för distribution av läkemedel.)

I detta perspektiv är det inte förvånande att det i första hand är efterfrågan på primärvård som påverkas av patientavgifternas nivå. Det är här som konsumenten själv har det avgörande inflytandet. Att denne, när han håller tillbaka sin efterfrågan, främst väljer bort icke-akuta behandlingar/köp, som t.ex. att byta glasögon, säger sig självt.

5. Inverkan på hälsan

Kan befolkningen minska konsumtionen av sjukvård utan att detta får allvarliga konsekvenser för hälsotillståndet? Eller kan en minskad konsumtion rent av vara hälsobefrämjande? Idén att det skulle förekomma en överdriven och i viss mån skadlig konsumtion av sjukvård debatterades livligt under 70-talet. Ett av de mera uppmärksammade inläggen i denna debatt gjorde I. Illich i *Medical nemesis, The expropriation of Health* (London: Calder & Boyars, 1975). Något generellt svar på denna fråga skall vi nu inte försöka oss på. Vi är här bara intresserade av de eventuella hälsoeffekter som sammanhänger med konsumtionsminskningar till följd av att patientavgifter införs/höjs.

Observationer

Experimentet i Kalifornien

1972/73 gjordes ett experiment med patientavgifter i Kaliforniens medicaid-program (*Medi-Cal*). I denna typ av program ingår personer som av någon anledning inte har sedvanlig sjukförsäkring, t.ex. arbetslösa. För de bäst ställda personerna i programmet (ca 30 % av alla anslutna) bestämdes att de skulle betala en viss avgift direkt till vederbörande läkare eller apotek. Avgiften vid läkarbesök var 1 dollar vid de två första kontakterna per månad. På motsvarande sätt upptogs 50 cent på de två första receptuttagen per månad.

I en studie av experiment konstaterades att de avgiftsbetalande

personerna minskade antalet läkarbesök och konsumtionen av läkemedel samt att minskningen först och främst gällde typiskt *preventiva* insatser (Brian & Gibbens, 1974). Detta väckte misstanken att den uppnådda konsumtionsminskningen skulle kunna vara kortsiktig och att införandet av patientavgifter skulle visa sig fördyrande i längden. Denna misstanke stärktes när det i en annan studie på samma material inte bara konstaterades att det skedde en minskning av läkarbesöken och i konsumtionen av läkemedel, utan också att det samtidigt skedde en ökning av frekvensen intagningar på sjukhus. Detta skulle kunna tolkas så att de berörda personernas hälsotillstånd försämrats. Hur det än må vara med den saken, drogs i denna studie den provokativa slutsatsen att man med patientavgifter i den öppna vården *vinner ören, men förlorar kronor* (Roemer et al., 1975 samt C. E. Hopkins et al., 1975).

Denna slutsats väckte stor uppmärksamhet och blev skarpt kritiserad. Kritikerna menade att analysen av materialet var undermålig och tog bestämt avstånd från slutsatsen att patientavgifter i den öppna vården skulle vara kostnadshöjande. (Kritik framfördes bl.a. av Dyckman, 1976, Dyckman & McMEnamin, 1976 och Chen, 1976 (2 art.). Se också Roemer et al. 1976.) Bland annat vände man sig mot att analysen skett utan multivariatanalys. För att komma tillrätta med de metodologiska svagheterna i undersökningen gjorde en annan grupp forskare en ny analys av materialet. Med åtskilliga reservationer kom man då fram till slutsatsen att införandet av patientavgifter (för den aktuella gruppen) minskade antalet läkarbesök med 8 %, ökade intagningarna på sjukhus med 17 % samt ökade de totala vårdkostnaderna med 3 à 8 % (Helms, Newhouse & Phelps, 1978).

Detta resultat kan tyckas bekräfta slutsatsen i den ursprungliga undersökningen, men frågetecknen kring patientavgifternas hälsoeffekt skingrades inte. För det första var den uppmätta effekten på vårdkostnaden inte statistiskt signifikant. Det provokativa påståendet att man med patientavgifter betalar kronor för att vinna ören förblev alltså obestyrkt. För det andra är det en öppen fråga om man kan betrakta en ökad intagning på sjukhus som en indikation på att den undersökta befolkningsgruppens hälsotillstånd försämrats. Kanske är detta bara ett tecken på att sjukhusen har överkapacitet och utnyttjar varje tillfälle att öka belägg-

ningen. För det tredje är det tveksamt om man över huvud taget kan generalisera de iakttagelser som gjorts på den aktuella befolkningsgruppen. Det rör sig om socialbidragstagare som knappast är representativa för befolkningen som helhet. Hade man studerat någon annan grupp, skulle kanske utfallet blivit annorlunda.

Rand-studien

Syftet med den tidigare nämnda Rand-studien var att bringa klarhet om alla dessa frågor. Hur påverkas efterfrågan (till skillnad från konsumtionen) av betalningsmodellens utformning? Vilka följdverkningar har detta för befolkningens hälsotillstånd? Är det sant att minskad efterfrågan på öppen vård och läkemedel leder till en högre frekvens intagningar på sjukhus?

Vi har redan sett vilket svar Rand-studien gav på två av frågorna:

- Betalningsmodellen har stor betydelse för konsumtionsmönstret. Ju större andel av kostnaderna som betalas med avgifter, desto lägre blir de *totala* konsumtionsutgifterna.
- Höjda avgifter i den öppna vården leder inte till en större efterfrågan på slutna vård, utan tvärtom till en minskad efterfrågan på sådan (vanligen relativt dyr) vård.

Med tanke på den nyss återgivna debatten om hur experimentet i Kalifornien skall tolkas, är det lätt att förstå vilken uppmärksamhet dessa resultat väckte. Efter mycket grundlig analys kullkastades här de tidigare dragna slutsatserna. Observera dock att det rör sig om två olika befolkningsgrupper. Medan experimentet i Kalifornien enbart gällde socialbidragstagare, var denna kategori utelämnad i Rand-studien. Som tidigare nämnts, ingick inte heller några ålderspensionärer i Rand-studien.

För att belysa den andra av de tre huvudfrågorna innehöll Rand-studien ett särskilt avsnitt om det ändrade konsumtionsmönstrets inverkan på befolkningens hälsotillstånd. Materialet utgjordes här av hälsokontroller av försökspersonerna. På grundval av dessa kontroller konstaterades att nedgången i kon-

sumtionen av sjukvård bara hade marginell betydelse för hälsan. Trots stora skillnader i försöksgruppernas vårdkonsumtion var det nämligen svårt att påvisa någon mera märkbar effekt på deras hälsotillstånd.

Mätbara effekter kunde bara noteras beträffande förekomsten av högt blodtryck (i arbetarklassen), dålig tandstatus samt nedsatt synförmåga (på grund av dåligt avpassade glasögon). I övrigt tycktes betalningsmodellen/konsumtionsnivån sakna betydelse.

Detta resultat ligger i linje med observationen i Kalifornienexperimentet att det i första hand är vård av preventivt slag som bortfaller vid avgiftsfinansiering. Resultatet framstår också som naturligt med tanke på vad vi tidigare sagt om hur vårdefterfrågan faktiskt blir bestämd. Som nämnts är det rimligt att räkna med att finansiella överväganden främst gör sig gällande i efterfrågan på primärvård (se kapitel 4: Slutsatser).

Det sensationella i Rand-studiens resultat är alltså inte att efterfrågeminskningen vid avgiftsfinansiering i första hand gäller medicinska hjälpmedel och vård av preventivt slag, utan att denna minskning synbarligen inte får några mera allvarliga konsekvenser för befolkningens hälsotillstånd. Som vi sett handlar det om en mycket kraftig efterfrågeminskning. Jämfört med situationen vid 0-taxa är det ca 30 % av hela sjukvårdskonsumtionen som fallet bort när försökspersonerna får betala (nästan) kostnadstäckande avgifter. Kan detta verkligen ske utan att personerna får en påtagligt sämre hälsa?

Med ett par reservationer ger Rand-studien ett jakande svar på denna fråga. Den ena reservationen är att de använda hälsomåten kanske är alltför grova. I studien användes en sedvanlig hälsoundersökning. Kanske skulle man ha upptäckt hälsoeffekter om man gjort mera inträngande kemiska analyser och mera detaljerade undersökningar med röntgen o.dyl? I hälsoundersökningen ingick bl.a. bröst-röntgen, prov av EKG samt kontroll av kolesterolhalt, blodtryck och åderförkalkning. Den andra reservationen är att observationstiden (5 år) kanske är allt för kort. Kanske visar sig hälsoeffekterna först efter 10-15 år? Denna fråga har betonats av Relman (1983). Trots dessa reservationer finns det för dagen ingen anledning att betvivla Rand-studiens resultat. Ingen annan studie har med samma grundlighet tagit upp frågan om hur betalningsmodellen inverkar på hälsotillståndet.

Internationella jämförelser

I förbigående kan nämnas att Rand-studiens resultat också ligger i linje med observationer som gjorts på internationellt material av sambandet mellan sjukvårdskonsumtion och hälsa. Trots stora skillnader i olika länders betalningsmodell och konsumtionsnivå, har det varit svårt att påvisa några mera väsentliga effekter på befolkningens medellivslängd och andra sådana hälsoindikatorer. Som exempel kan nämnas att den återstående medellivslängden för 40-åriga män är 3,1 längre i Grekland än i USA (36,4 år mot 33,3 år) trots att sjukvårdskonsumtionen per capita ligger 5,4 gånger högre i USA än i Grekland (1388 dollar mot 256 dollar), se OECD (1987).

Detta nämns i förbigående eftersom det finns skäl att tvivla på relevansen av denna typ av hälsomått. Förutom medellivslängden mäter man frekvensen av olika dödsorsaker, spädbarnsdödligheten, frekvensen sjukskrivningar, andelen förtidspensionärer i olika åldersgrupper o.dyl. Dessa mått betonar människans värde som arbetskraft (och reproducerare av arbetskraft). Förvisso finns det andra och minst lika viktiga aspekter på människors hälsa och sjukvårdens uppgifter i samhället. I den svenska debatten har särskilt Gunnar Biörck varit angelägen om att betona detta. Som han uttrycker saken är sjukvårdens uppgift inte primärt att "förlänga livet på joggare, golfspelare och orienteringslöpare, utan att hjälpa dem som är *sjuka* och *skadade*, som har *ont*, *funktionsrubbnings* (feber, illamående, kräkningar, hosta, diarré, hjärtklappning, förlamning, klåda, blödningar etc.) eller *oro*, *ängslan*, *ångest*, *förtvivlan* etc." (Biörck, 1979).

Det var i medvetande om detta slags invändningar mot de nämnda hälsomåttens relevans som man i Rand-studien valde att lägga ner stora ansträngningar på att göra *direkta* observationer av försökspersonernas hälsa. I stället för att se efter hur försökspersonernas sjukskrivningar o.dyl. påverkas av betalningsmodellen, försökte man kartlägga hur deras allmäntillstånd påverkas.

Kommentar

För en utomstående betraktare kan Rand-studiens resultat te sig sensationellt. Om det är så att sjukvården är inriktad på att skapa hälsa, och detta görs på ett någorlunda kompetent sätt, kan man tycka att det skulle vara omöjligt att ta bort ca 30% av konsumtionen/resurserna utan att detta får allvarliga konsekvenser för befolkningens hälsa. Men Rand-studiens resultat är knappast överraskande. Det har länge varit känt att resurstillskott inom sjukvården ger ett magert utbyte i form av hälsoförbättringar i de aktuella befolkningskategorierna. En av de ledande hälsoekonomerna, Victor Fuchs, förklarar saken på följande sätt:

För det första, om det är ont om läkare, tenderar dessa att ägna sig åt de patienter för vilka deras insatser bedöms få de största effekterna. Med flera läkare tenderar dessa av naturliga skäl att ge mer tid till patienter med mindre behov av tillsyn.

För det andra ändrar också patienterna sitt beteende, beroende på hur lätt eller svårt det är att få tid hos en läkare. När det är gott om läkare tenderar patienterna att söka läkarhjälp för mer triviala åkommor.

För det tredje fordrar en stor del av den effektivaste förebyggande vården som t.ex. vaccinationer och behandlingar av baktieinfektioner endast blygsamma vårdinsatser. Rätt ofta räcker det med en spruta som behandling. Å andra sidan råder det fortfarande tvivel om fördelarna på lång sikt med några av de mest resurskrävande insatserna, t.ex. hjärtoperationer eller transplantationer av organ.

För det fjärde finns problemet med sjukdomar, som uppstår som ett resultat av sjukvården. Eftersom de medicinska och kirurgiska ingreppen är mer komplexa och omfattande än någonsin förr, för de med sig större risker. Ibland kan alltför mycket vård, eller fel vård, vara skadligare för hälsan än ingen vård alls.

Slutligen har det blivit fullständigt klargjort att andra faktorer än sjukvård (t.ex. gener, miljö, livsstil) spelar en avgörande roll för många av de viktigaste hälsoproblemen.

(Övers. Inga-Lill Viotti, 1979, bearb.)

Den sista punkten i Fuchs lista understryker att skillnader människor emellan vad gäller hälsan framför allt återspeglar skillnader i arv, uppväxtförhållanden, arbetsmiljö, kostvanor, förhållningssätt till njutningsmedel o.s.v. Tas allt detta i beaktande, ter det sig inte särskilt konstigt att de skillnader i sjukhuskonsumtionen som beror på *betalningsmodellen* i sjukvården knappast spelar någon roll alls för de observerade hälsoskillnaderna. Kanske är inte ens sjukvården själv, sedan en viss grundläggande nivå uppnåtts (!), särskilt viktigt i sammanhanget. Det är i varje fall inte orimligt att tänka sig, att befolkningens (långsiktiga) hälsotillstånd mera beror på de allmänna förhållandena i samhället än på de insatser (utöver den grundläggande nivån) som görs inom sjukvården. (Biörck, op.cit. synes vara av denna mening.)

Av de andra punkterna i Fuchs' lista bör också den tredje särskilt framhållas. Det är välkänt att man för att uppnå en viss hälsoeffekt behöver olika mycket resurser i olika delar av sjukvården. En illustration av detta ges i tabell 5:1. Där visas vad olika livsräddande/livsuppehållande insatser kostar. Kostnaden anges i förhållande till antalet vunna s.k. kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) och är beräknad efter avdrag för eventuella produktionsvinster till följd av insatsen. (*Kvalitetsjusteringen* görs med hänsyn till personernas allmäntillstånd och funktionsförmåga med hänsyn till åldern. Överlevande som innebär sängliggande, behov av återkommande dialys, kronisk huvudvärk etc. betraktas alltså som mindre värt än s.k. normalt överlevande. Givetvis är denna typ av värderingar diskutabla.)

Även om de återgivna nettokostnaderna inte är helt jämförbara, visar tabellen att kostnadsskillnaderna är mycket stora. Följaktligen får prioriteringarna inom sjukvården stor betydelse för det totala kostnadsläget. Utan att produktionsresultatet blir mindre (i kvalitetsjusterade levnadsår räknat), kan man spara miljarder genom att inrikta vården på insatser med relativt låg kostnad! Kanske är det just detta som händer när inslaget av avgifter i sjukvårdens finansiering ökar och patienterna blir mera medvetna om kostnadsskillnaderna mellan olika behandlingar? Vi vet inte, men en sådan mekanism skulle onekligen bidra till att förklara Rand-studiens resultat.

TABELL 5.1. Nettokostnaden per vunnet levnadsår (QALY) i några olika sjukvårdsinsatser. Amerikanska dollar i 1983 års priser.

Screening, fenylketonuri	negativ
Anti-D, efter förlossning	negativ
Anti-D, under graviditet	1 200
Kranskärlsoperation, vänster huvudartär	4 200
Intensivvård, för tidigt födda, 1000–1499 g	4 500
Screening, sköldkörtelhormon (T4)	6 300
Behandling, svår* hypertoni, män 40 år	9 400
Behandling, lindrig* hypertoni, män 40 år	19 100
Hormonbehandling, övergångsbesvär, kvinnor	27 000
Intensivvård, för tidigt födda, 500–999 g	31 800
Kranskärlsoperation, enkärlsåkomma	36 300
Tuberkulinprovning av skolbarn	43 700
Bukdialys, njursjukdom, öppen vård	47 100
Bloddialys, njursjukdom, sluten vård	54 000

Kommentar: De redovisade uppgifterna är sammanställda från flera studier. Det finns smärre skillnader i beräkningsmetoden vad gäller val av diskonteringsfaktor m.m. (*) Gränsen mellan svår och lindrig hypertoni är satt vid 105 mm Hg i diastoliskt tryck.

Källa: G.W. Torrance *Measurement of health state utilities for economic appraisal* (Journal of health economics 5:1-30, 1986) citerad från A.J. Culyer m.fl. *Working party on alternative delivery and funding of health services* (London: The institute of health services management, 1988).

6. Samhällsekonomiska konsekvenser

I detta kapitel belyses de ekonomiska konsekvenserna av en övergång till avgiftsfinansiering inom sjukvården. Som i Rand-studien förutsätts att avgiftsfinansieringen är kombinerad med ett högkostnadsskydd, t.ex. ett bestämt tak för det totala belopp var och en behöver betala per år. För resonemangets skull antas att högkostnadsskyddet aktiveras när en persons (familjs) vårdutgifter når upp till en för hela befolkningen genomsnittlig nivå i förhållande till årsinkomsten. (Hur högkostnadsskyddet lämpligen bör utformas och finansieras återkommer vi till.)

Avgränsning

Av Rand-studien att döma får avgiftshöjningar till följd att vård-efterfrågan minskar. Eftersom denna minskning tydligen kan ske utan mera märkbara effekter på befolkningens hälsa, är det inte orimligt att se nedgången i vårdkonsumtionen som en ren effektivisering av resursallokeringen i samhället. Från samhällsekonomisk synpunkt är i så fall hela nedgången i vårdkonsumtion en vinst för medborgarna. Det frigörs resurser som kan ge högre utbyte på annat håll i ekonomin. (Om det finns köer i vården, behöver en del av vinsten tas i anspråk för att minska dessa.)

Det är värt att understryka att en övergång till avgiftsfinansiering i sjukvården kan vara samhällsekonomiskt motiverad även om den skulle visa sig få vissa negativa effekter på hälsotillståndet. En från samhällsekonomisk synpunkt överdriven vårdkonsumtion kan förekomma även om vården inte är helt verknings-

lös. Det räcker att marginalnyttan för konsumenterna av resursinsatser i vården är lägre än marginalnyttan av lika stora resursinsatser på annat håll i samhället. För att den totala resursfördelningen skall vara effektiv, måste knappheten kännas lika besvärande på alla konsumtionsområden. I annat fall kan befolkningen uppnå välfärdsvinster genom att resurser omallokeras. Samtidigt som andra konsumtionsområden blir bättre tillgodosedda, bör detta få till följd att vårdresurserna koncentreras på den mest angelägna vården.

Det skulle föra för långt att här fullständigt utreda de samhälls-ekonomiska konsekvenserna av en övergång till den nämnda betalningsmodellen. Vi avstår från att bedöma eventuella effekter på befolkningens hälsa och nöjer oss med att i räkneexempels form illustrera storleksordningen på de resurser som frigörs när patientavgifterna höjs. Skulle hälsoeffekterna vara negligibara, representeras den samhälls-ekonomiska vinsten av värdet på dessa resurser (besparingen). Med lämpliga arrangemang kan vinsten komma alla tillgodo. Detta belyses närmare i kapitel 7.

Ett par räkneexempel

Räkneexempel 1

Antag, att den diskuterade betalningsmodellen införs i ett läge med totalsubventionerad sjukvård, dvs 0-taxa, och att det i utgångsläget inte finns några köer som begränsar konsumtionen. Subventionerna antas vara skattefinansierade. Vilken vinst/besparing skulle under dessa omständigheter uppnås?

Den omedelbara effekten skulle vara att det sker en kraftig minskning i vårdkonsumtionen. Av tabell 4:1 att döma kan det bli fråga om att ca 30 % av efterfrågan faller bort. (För resonemangets skull antas nu att Rand-studiens resultat är relevant för hela befolkningen. Som tidigare nämnts ingick varken s.k. socialbidragstagare eller ålderspensionärer i Rand-studiens försökspopulation. Studiens relevans återkommer vi till.) Om sjukvårds-konsumtionen vid 0-taxa uppgår till ca 10 % av BNP, medför

avgiftsfinansieringen alltså en vinst/besparing motsvarande ca 3 % av BNP. Med så mycket ökar utrymmet för konsumtion (eller investeringar) på andra håll i samhällsekonomin.

Till detta kommer att övergången till avgiftsfinansiering möjliggör ett sänkt skattetryck och på så sätt utlöser gynnsamma effekter på samhällsekonomin som helhet. Som tidigare framgått kan vinsten av en mildare beskattning bli högst betydande. Det är inte orimligt att anta att de gynnsamma effekterna på arbetsutbudet, sparandet, investeringarna o.s.v. ger en vinst som i kronor räknat är minst lika stor som hela skattesänkningen. Men här gör vi ett försiktigare antagande. I enlighet med Vägverkets rekommendationer, antas att beskattningens dödvikt uppgår till 25 % av skattebeloppet (se ovan). Vinsten av skattesänkningen antas alltså vara 25 % av skattesänkningen själv.

Det är svårt att närmare ange hur stor skattesänkning det kan bli fråga om. Klart är emellertid att det också i den diskuterade betalningsmodellen kommer att finnas ett betydande inslag av skattefinansiering. Skatter behövs för att betala kvarvarande subventioner och den konsumtion som sker inom ramen för högkostnadsskyddet. Möjligheterna att finansiera högkostnadsskyddet på annat sätt än med skatter kommer att diskuteras i kapitel 10. För att inte komplicera saken mera än nödvändigt, antar vi nu att hela högkostnadsskyddet finansieras skattevägen. Enligt förutsättningarna uppgår subventionerna till 5 % av kostnaderna. Vad som krävs för att finansiera högkostnadsskyddet beror på hur generöst detta skydd görs. Sätts taket för vad var och en behöver betala vid, säg, 5 % av årsinkomsten, blir behovet av skatter för att finansiera högkostnadsskyddet givetvis större än om taket sätts vid, säg, 10 %. Här antas, som nämnts, att högkostnadsskyddet aktiveras när enskilda individers/familjers konsumtionskvot (avgifternas andel av inkomsten) når upp till den genomsnittliga konsumtionskvoten i samhället. Detta inträffar när konsumtionen ligger vid ca 10 % av inkomsten. (Denna siffra skall jämföras med att vi idag använder ca 16 % av de samlade beskattningsbara inkomsterna för vårdkonsumtion.) Frågan är alltså vad denna grad av generositet kan antas innebära för behovet av skatter. Avgörande är hur stor del av konsumtionen som under dessa förutsättningar kommer att ske utanför respektive inom högkostnadsskyddets ram.

Högekostnadsskyddets roll förstärks av att konsumtionen av sjukvård är mycket ojämnt fördelad över tiden. I varje givet ögonblick är det bara en liten del av befolkningen som faktiskt utnyttjar sjukvårdens tjänster. En illustration av detta ges i tabell 6:1. Där visas *årskonsumtionens* fördelning i Frankrike vid början av 80-talet. Som synes svarade det aktuella året 5 % av befolkningen för ca 2/3 av konsumtionen, medan ungefär 1/4 av befolkningen inte hade någon konsumtion alls.

TABELL 6.1. Kumulativ fördelning av sjukvårdskonsumtionen i Frankrike 1980-81. Alla åldersklasser. Procenttal.

<i>Andel av befolkningen</i>	<i>Andel av konsumtionen</i>	<i>Andel av befolkningen</i>	<i>Andel av konsumtionen</i>
0,1	5,7	35,0	94,4
5,0	63,5	40,0	96,2
10,0	73,7	45,0	97,5
15,0	80,5	50,0	98,6
20,0	85,4	55,0	99,3
25,0	89,2	60,0	99,6
30,0	92,2	77,0	100,0

Kommentar: Studien avser medlemmar i *Caisse Nationale de l'Assurance maladie*.

Källa: OECD, *Financing and delivering health care, A comparative analysis of OECD countries* (Paris: OECD 1987).

Vi har skäl att tro att denna fördelningsbild är representativ för många länder och dessutom tämligen stabil över tiden. Det har förmodats att den teknologiska utvecklingen i sjukvården kommer att medföra en successivt allt snedare fördelning av konsumtionen. Tillgängliga data har dock inte kunnat ge belägg för detta. Trots den kraftiga resurstillväxten i vissa resurskrävande specialiteter, som t.ex. transplanteringskirurgi, har det i varje fall fram till början av 80-talet inte skett någon större förändring i vårdkonsumtionens fördelning i befolkningen (OECD, 1987). Under den gjorda förutsättningen, att högekostnadsskyddet aktiveras när konsumtionskvoten når en genomsnittlig nivå, implicerar denna fördelning att ca 15 % av individerna får sin konsumtion i varje fall delvis betald inom högekostnadsskyddets ram, men att detta ändå kan komma att svara för så mycket som ca 70 % av de totala utgifterna.

Denna slutsats kan förklaras på följande sätt: I tabellen är den genomsnittliga konsumtionen 100/100, dvs 1 enhet. Läses tabellen baklänges, framgår att 85 % av befolkningen har en konsumtion som i inget fall överstiger 80,5/85,0 eller 0,95 enheter. Deras sammanlagda konsumtion är knappt 20 %. De individer som ligger i intervallet mellan 85 och 90 % av befolkningen har en (genomsnittlig) konsumtion på 6,8/5,0 eller 1,36 enheter, medan individerna i intervallet mellan 90 och 95 % av befolkningen har en (genomsnittlig) konsumtion på 10,2/5,0 eller 2,04 enheter. Om inkomstfördelningen är jämn, eller om vårdkonsumtionen inte varierar på något systematiskt sätt mellan inkomstklasserna, indikerar detta att bara ca 15 % av befolkningen behöver utnyttja högkostnadsskyddet. Är inkomstfördelningen jämn behöver högkostnadsskyddet betala ca 65,5 % av den totala konsumtionen. Storkonsumenternas samlade konsumtion är 80,5 %. Härav betalas 15,0 % med dessa konsumenters egna avgifter.

Utan någon ytterligare motivering antar vi nu att högkostnadsskyddet kommer att betala 70 % av den kvarvarande konsumtionen. I så fall skulle den totala skattesänkningen kunna uppgå till ett belopp motsvarande 48 % av sjukvårdsbudgeten vid 0-taxa. Om denna budget upptar 10 % av BNP, kan skattesänkningen alltså uppskattas bli ca 5 % av BNP. Enligt det gjorda antagandet om storleken på beskattningens dödvikt (25 % av skattebeloppet), är den samhällsekonomiska vinsten av skattesänkningen 1,25 % av BNP.

Dessa beräkningar sammanfattas i tabell 6:2. Där anges också den samlade vinsten/besparingen av övergången från 0-taxa till i stort sett kostnadstäckande avgifter. Denna är 40 enheter, som under de gjorda förutsättningarna motsvarar 4 % av BNP.

Även om detta är en grov kalkyl, ger den en klar indikation om vad som står att vinna på en övergång till avgiftsfinansiering i sjukvården (i kombination med ett högkostnadsskydd). Utan att det kanske behöver bli annat än marginella effekter på befolkningens hälsotillstånd, skulle utrymmet för annan konsumtion (eller investeringar) öka med ett belopp som svarar mot ca 40 % av vad hela sjukvårdsbudgeten uppgår till i utgångsläget. Översatt till svenska förhållanden handlar det om ca 50 miljarder kr eller ca 6 000 kr per invånare.

TABELL 6.2. Ekonomiska konsekvenser av övergång till i huvudsak kostnadstäckande avgifter (och högkostnadsskydd) om det i utgångsläget inte finns några avgifter alls. Räkneexempel med indextal.

	<i>Inga avgifter</i>	<i>Höga avgifter</i>
(1) konsumtion	100	72
(2) subventioner	100	4
(3) avgifter	–	68
(4) – ur egen ficka (30 %)	–	20
(5) – högkostnadsskydd (70 %)	–	48
(6) indirekt betalning (2) + (5)	100	52
(7) konsumtionsminskning		28
(8) skattesänkning		48
(9) minskad dödvikt (25 % av (8))		12
(10) total vinst/besparing (7) + (9)		40

Kommentar: Högkostnadsskyddet på rad (5) antas vara skattefinansierat. Skattesänkningen på rad (8) avser förändringen i indirekt betalning, dvs summan av subventioner och utbetalningar inom högkostnadsskyddets ram.

Källa: Tabell 4:1.

Observera hur känslig kalkylen är för storleken på beskattningens dödvikt. Antagandet att denna uppgår till 25 % av skattebeloppet är avsiktligt försiktigt. Om dödvikten i själva verket är, säg 100 %, vilket andra studier pekar på, skulle den totala vinsten/besparingen av att slopa subventionerna i sjukvården uppgå till ett belopp som motsvarar ca 75 % av hela sjukvårdsbudgeten i utgångsläget (eller 7,5 % av BNP). Priset som betalas för de relativt små hälsoförbättringar som kan uppnås genom totalsubventionerad sjukvård är i så fall utomordentligt högt.

Räkneexempel 2

Om utgångsläget inte är en situation med generell 0-taxa, blir besparingen av att övergå till den diskuterade betalningsmodellen naturligtvis mindre. För att illustrera detta ser vi på fallet att det i utgångsläget tas ut avgifter motsvarande 25 % av kostnaderna. Som framgår av tabell 4:1 blir minskningen i konsumtionen i detta fall ca 12 %. Efterfrågan/konsumtionen sjunker från

82 till 72 indexenheter. Vad som i övrigt händer vid denna avgiftshöjning visas i tabell 6:3.

TABELL 6.3. Ekonomiska konsekvenser av övergång till i huvudsak kostnadstäckande avgifter (och högkostnadsskydd) om det i utgångsläget finns avgifter motsvarande 25 % av vårdkostnaderna. Räkneexempel med indextal.

	Låga avgifter	Höga avgifter
(1) konsumtion	82	72
(2) subventioner	62	4
(3) avgifter	20	68
(4) – ur egen ficka*	8	20
(5) – högkostnadsskydd*	12	48
(6) indirekt betalning (2)+(5)	74	52
(7) konsumtionsminskning		10
(8) skattesänkning		22
(9) minskad dödvikt (25 % av (8))		6
(10) total vinst/besparing (7)+(9)		16

Kommentar: Jämför tabell 6:2. (*) Högkostnadsskyddet antas täcka 60 % av patientavgifterna när dessa är låga samt 70 % när de är höga.

Källa: Tabell 4:1.

I fallet med höga avgifter är det som i föregående räkneexempel förutsatt att 70 % av patientavgifterna kompenseras genom högkostnadsskyddet, och att patienterna själva således bara svarar för 30 % av dessa avgifter. När avgifterna är lägre, ökar andelen av lättare vård, varför det är rimligt att räkna med att högkostnadsskyddet behöver tas i anspråk i relativt mindre omfattning. Här antas att det i detta fall bara är 60 % av patientavgifterna som debiteras högkostnadsskyddet. I bägge fallen förutsätts att högkostnadsskyddet är skattefinansierat och att beskattningens dödvikt är 25 % av skattebeloppet.

Under dessa förutsättningar medför den diskuterade avgiftshöjningen att det totala skattebehovet minskar från 74 till 52 enheter, dvs med 22 enheter eller 30 %. Om sjukvårdskonsumtionen i utgångsläget uppgår till 8,2 % av BNP, svarar detta mot en sänkning av det totala skattetrycket med 2,2 procentenheter. Samtidigt sker det som följd av skattesänkningen en förbättring i resursallokeringen. Bortfallet av dödvikt uppgår till 25 % av

skattesänkningen eller 6 enheter. Detta motsvarar 0,6 % av BNP.

Den sammanlagda vinsten/besparingen av avgiftshöjningen är 16 enheter eller knappt 20 % av de totala vårdutgifterna i utgångsläget. Om sjukvården då utgör 8,2 % av BNP, motsvarar denna besparing 1,6 % av BNP. Så mycket ökar utrymmet för konsumtion (och investeringar) på andra håll i samhället. Detta är 40 % av vinsten/besparingen i det första räkneexemplet. Ca 2/3 av vinsten/besparingen kommer genom minskningen i konsumtionen av sjukvård och ca 1/3 kommer genom minskad dödvikt i beskattningen.

Lägg märke till att det både före och efter avgiftshöjningen finns ett betydande inslag av skattefinansiering. Vid avgiftsnivån 25 % betalas inte mindre än 90 % av de totala utgifterna med skatter. Vid avgiftsnivån 95 % är skattefinansieringens andel lägre, men alltså är det 72 % av de totala utgifterna som betalas med skatter! Detta något paradoxala förhållande förklaras av att avgifterna bara delvis är effektiva. Så fort en person nått taket för vad han behöver betala, åtnjuter han i praktiken 0-taxa för all ytterligare konsumtion under den aktuella perioden. Detta är en egenskap hos det högkostnadsskydd som användes i Rand-studien. Denna och andra egenskaper hos denna typ av högkostnadsskydd diskuteras i kapitel 9.

Relevant för Sverige?

Det finns vissa likheter mellan dagens förhållanden i Sverige och utgångsläget i det senaste räkneexemplet. I bägge fallen är det fråga om relativt låga patientavgifter i kombination med ett högkostnadsskydd. I bägge fallen genereras också en total skatteandel på ca 90 %. Dessa likheter är så slående, att det ligger nära till hands att tolka räkneexemplet som en, låt vara grov, förutsägelse om vad som skulle hända vid en övergång till mera renodlad avgiftsfinansiering i Sverige. Är en sådan tolkning rimlig?

Annorlunda avgiftsstruktur

Först bör observeras att likheten mellan förhållandena i Sverige och utgångsläget i det senaste räkneexemplet är yttlig. Det finns skillnader i såväl avgiftsstrukturen som i högkostnadsskyddets konstruktion, och dessa skillnader kan påverka storleken på den besparing som uppnås vid övergången till en mera renodlad avgiftsfinansiering.

Skillnaden vad gäller avgiftsstrukturens utformning är mest påtaglig. När det i räkneexemplet sägs att avgiftsnivån är 25 %, betyder detta att konsumenten i *alla* sammanhang betalar 25 % av den faktiska kostnaden. Vad konsumtionen handlar om spelar ingen roll. Det kan röra sig om frisk- eller sjukintyg, enkla konsultationer, köp av läkemedel, byte av glasögon, tandvård, kirurgiska ingrepp eller intagning på vårdhem. I alla dessa fall betalar konsumenten 25 % av kostnaden till dess att högkostnadsskyddet aktiveras.

De i Sverige förekommande patientavgifterna är bara undantagsvis proportionella mot den faktiska vårdkostnaden. En strikt proportionalitet används bara i tandvårdsförsäkringen, där (vuxna) patienter normalt debiteras 60 % av kostnaden. En viss differentiering av avgifterna beroende på vårdens kostnad kan förekomma på vaccinationscentraler o.dyl., men regeln i sjukvården i övrigt är att patienten betalar ungefär lika mycket för alla typer av vård.

Grundregeln var tidigare att Riksdagen skulle fastställa gränsvärden för patientavgifterna i den vård som omfattas av den allmänna sjukförsäkringen. Sjukvårdens huvudmän fick inte överskrida dessa gränsvärden, men de var fria att använda lägre avgifter. Riksdagens beslut föregicks av överläggningar mellan Socialdepartementet och Landstingsförbundet. De aktuella gränsvärdena fanns förtecknade i förordningen om läkarvårdstaxa m.m. samt förordningen om taxa för sjukvårdande behandling m.m. För pensionärer gäller särskilda regler. Deras rätt att åtnjuta vård enligt de allmänna reglerna är kvantitativt begränsad. När gränsen nåtts, blir de utförsäkrade och kan avkrävas en högre avgift än vad de allmänna reglerna stipulerade.

Från årsskiftet 1990/91 har det skett en uppmjukning av reglerna för avgiftsättningen. Olika landsting har valt att utnyttja den ökade handlingsfriheten på olika sätt. Som exempel kan nämnas

att Malmö kommun nu har en lägre avgift vid besök hos distriktsläkare (50 kr) än vid övriga läkarbesök (120 kr), medan Malmöhus län landsting valt att ha samma avgift för alla läkarbesök (100 kr). En nyhet är också att det numera tas ut en extra avgift för remissbesök, röntgenundersökningar m.m. (Undantagna är s.k. akutremisser, där remissbesöket sker samma dag.) Genom dessa förändringar har patientavgifterna i den svenska sjukförsäkringen onekligen blivit högre och i större utsträckning anpassade till kostnadsstrukturen, men alltså gällande det att de är relativt låga och föga anpassade till kostnadsskillnaderna. Dyr vård subventioneras mera än billig vård. Detta är särskilt påtagligt om vi jämför patientavgifterna i öppen vård och slutna vård. I den slutna vården, där kostnaden kan uppgå till över 1 000 kr per vård dag, förekommer patientavgifter alltså bara undantagsvis, men som tidigare nämnts sker det en viss reducering av inläggande patienters sjukpenning.

En övergång till den diskuterade betalningsmodellen skulle för Sveriges del alltså inte bara ha som effekt att avgiftsnivån blir generellt högre. En konsekvens skulle också bli att vårdkonsumenterna ställs inför helt andra *relativa* priser. Avgifterna i slutna vård skulle höjas mera än avgifterna i öppen vård, och i den senare skulle avgiften för vissa typer av vård, t.ex. besök hos specialistläkare, höjas mera än avgiften för andra typer av vård, t.ex. besök hos distriktsläkare. Det kan förmodas att konsumenterna inte skulle vara okänsliga för dessa ändringar i de relativa priserna och att deras reaktion på dessa förändringar bidrar till att öka den totala besparingen genom reformen.

Motverkande tendenser kan göra sig gällande. Ta efterfrågan på distriktsläkares tjänster som exempel! Å ena sidan kommer efterfrågan att hämmas av att avgiften vid besök hos sådana läkare ungefär fördubblas. (I Lunds sjukvårdsdistrikt uppskattades kostnaden för besök hos läkare i primärvården vara 500 kr under 1990. För att täcka 25 % av kostnaden, skulle avgiften ha behövt vara ca 135 kr. Detta kan jämföras med att avgiften bara var 60 kr, dvs. 10,9 %.) Å andra sidan kommer efterfrågan att stimuleras av att avgiften på andra sjukvårdstjänster höjs förhållandevis ännu mera. Exempelvis torde det komma att ske en överströmning av patienter från specialistläkare till distriktsläkare. Om nettoeffekten för distriktsläkarnas del blir positiv eller

negativ är svårt att säga. Kanske blir det så att de får färre, men mera krävande fall att behandla. Men det kan knappast råda någon tvekan om att (de relativt billiga) distriktsläkarna ökar sin marknadsandel på (de relativt dyra) specialistläkarnas bekostnad och att det överlag blir så att sjukvårdskostnaderna sjunker till följd av att subventionsgraden/avgiftsnivån görs enhetlig. Denna effekt måste läggas till den besparing som redovisats i tabell 6:3.

Annorlunda högkostnadsskydd

Det finns också skillnader i högkostnadsskyddets konstruktion. I räkneexemplet ges skyddet på så sätt att ingen behöver betala mera än en viss del av sin inkomst per mätperiod. I Sverige är skyddet mera komplext. För den vård som täcks av den allmänna sjukförsäkringen finns ett absolut högkostnadsskydd på så sätt att alla är garanterade att inte behöva betala mera än ett visst belopp per mätperiod. I dagens läge (1991) är gränsen satt vid ca 300 kr per månad (eller 1 000 kr per år). Detta är ett mera generöst skydd än vad som förutsatts i räkneexemplet, men det bör observeras att det svenska högkostnadsskyddet bara gäller en del av sjukvårdskonsumtionen. Vissa utgifter faller helt utanför, exempelvis utgifter för glasögon och icke receptbelagda läkemedel. Vidare behandlas utgifterna för tandvård enligt särskilda regler. Vad gäller sådan vård finns det över huvud taget ingen gräns för hur mycket en person behöver betala.

Trots de nämnda luckorna är det uppenbart att nuvarande svenska högkostnadsskydd är mera generöst än vad som antagits i räkneexemplet. Detta förstärker den besparingseffekt som skulle uppnås om Sverige gick över till en i huvudsak avgiftsfinansierad vård enligt förutsättningarna i tabell 6:3. Även effekten av detta måste adderas till den besparing som anges i tabell 6:3.

Annan kultur

Vi har nu bara talat om olikheter i utgångsläget och det steg som behövs för att eliminera dessa. Givet att detta steg har tagits, kvarstår frågan vilken besparingseffekt som kan påräknas i Sveri-

ge av det steg som räkneexemplet egentligen handlar om, dvs. höjningen av avgiftsnivån från 25 % till 95 %. Kommer effekten för Sveriges vidkommande av detta steg att bli större eller mindre än tabell 6:3 anger?

På denna punkt finns det anledning att göra en reservation beträffande möjligheterna att över huvud taget överföra amerikanska makroerfarenheter på svenska förhållanden. Det kan exempelvis vara så att olika befolkningsgrupper reagerar olika på avgiftshöjningar och att grupperna är olika starkt representerade i ländernas befolkning. Detta får i så fall betydelse för den totala effektens storlek. Vidare kan det finnas psykologiska och kulturella skillnader som gör att amerikaner och svenskar reagerar på olika sätt även under i övrigt likartade omständigheter. Även detta skulle få till följd att amerikanska erfarenheter inte omedelbart kan överföras på Sverige.

Ett speciellt problem i detta sammanhang är att inga äldre personer ingår bland försökspersonerna i Rand-studien. Det är bara befolkningen upp till 65 år som är kartlagd. Kanske reagerar seniorerna på ett annat sätt än försökspersonerna? Det kan vi naturligtvis inte veta. Men det bör nämnas att eventuella skillnader i åldersklassernas reaktionsmönster har större betydelse i Sverige än i USA. Det beror på att seniorerna svarar för en större del av den totala sjukvårdskonsumtionen i Sverige än vad de gör i USA. (Om detta beror på att svenska seniorer är särskilt gynnade, är svårt att säga. Förklaringen skulle kunna vara att amerikanska pensionärer i större utsträckning vårdas av anhöriga i hemmet, eller att de i större utsträckning åtnjuter hemtjänst och liknande som minskar behovet av institutionsvård. Detta får nu vara en öppen fråga.) Om seniorerna reagerar förhållandevis starkt på avgiftshöjningar, vilket synes troligt, kan Rand-studiens resultat alltså förmodas underskatta den totala besparings-effekten av avgiftshöjningar mera i Sverige än i USA.

Slutsats

En övergång till mera renodlad avgiftsfinansiering påverkar den samhällsekonomiska kostnaden för sjukvården på två sätt. Den

omedelbara effekten är att vårdkonsumtionen blir mindre. Detta frigör resurser för andra användningar. Till detta kommer de indirekta (positiva) effekterna på samhällsekonomin som helhet av att beskattningen mildras. Dessa effekter genererar nya resurser. Dessa kostnadsminskningar representerar en samhällsekonomisk vinst om eventuella negativa effekter på befolkningens hälsa av den minskade konsumtionen är försumbara eller har relativt lågt värde. I genomgången i detta kapitel har hälsoeffekterna antagits vara försumbara. Skulle de vara mera betydande, visar analysen vad vi betalar för de (sannolikt små) hälsoförbättringar som uppnås genom att vården subventioneras.

Ett par räkneexempel har redovisats för att illustrera hur stor vinst/besparing det kan bli fråga om. Beroende på utgångsläget kan vinsten/besparingen uppskattas bli mellan 20 och 40 % av hela sjukvårdsbudgeten. Denna uppskattning är gjord med ett försiktigt antagande om beskattningens dödvikt. Den indikerar vad vi betalar för de (troligen) marginella hälsoförbättringar som uppnås genom att konsumtionen av sjukvård är subventionerad.

Räkneexemplen är baserade på resultaten i Rand-studien beträffande sjukvårdsefterfrågans priskänslighet. Dessa resultat avspeglar delar av den amerikanska befolkningens reaktionsmönster. Vi vet inte om en övergång till den diskuterade betalningsmodellen i Sverige skulle leda till en lika stor besparing, eller kanske en besparing som är ännu större. Osäkerheten på denna punkt beror främst på att utgångsläget i Sverige är annorlunda ifråga om såväl avgiftsstrukturen som högkostnadsskyddets utformning. Härtill kommer att svenskar kanske reagerar annorlunda än amerikaner på avgiftshöjningar i sjukvården.

Ändå, med beaktande av alla reservationer, synes det rimligt att räkna med att en övergång i Sverige till mera renodlad avgiftsfinansiering enligt den modell som här diskuterats, skulle minska kostnaderna för sjukvården (frigöra/skapa resurser) motsvarande 1/5 till 2/5 av hela sjukvårdsbudgeten i dagsläget. Trots att sjukvården alltjämt till största delen (kanske 70 %) skulle förbli skattefinansierad, möjliggör övergången i så fall att den nationella skattekvoten sänks med minst 2 à 3 procentenheter.

7. Fördelningseffekter

Hur påverkas olika befolkningsgruppers levnadsstandard av ett ökat inslag av avgifter i sjukvårdens finansiering? Blir det inte ovillkorligen så att de sämst ställda drabbas? I detta kapitel belyses de fördelningspolitiska aspekterna på den diskuterade betalningsmodellen. Framställningen inleds med några allmänna synpunkter på möjligheterna att över huvud taget utjämna levnadsstandarderna med hjälp av subventioner.

När är subventioner utjämnande?

I Sverige är en stor del av varorna och tjänsterna i den individuella konsumtionen mer eller mindre subventionerade. Som exempel kan livsmedel, bostäder, barnomsorg, friluftsliv, teater, utbildning och sjukvård nämnas. (För en översikt, se Söderström, *Är subventioner effektiva?*, 1984.) Under 80-talet har det dock börjat ske en viss avveckling av subventionerna, bl.a. vad gäller livsmedel och bostäder. Avvecklingen har skett med hänvisning till det ansträngda statsfinansiella läget, men den är också ett uttryck för en pågående omprövning av subventioners ändamålsenlighet som fördelningspolitiskt medel. Ta mjölksubventionen som exempel! Den brukar motiveras med att man vill stödja barnfamiljerna. Det behövs ingen mera ingående kalkyl för att visa att denna motivering är ihållig. Om man verkligen vill stödja barnfamiljerna, finns det uppenbarligen andra och bättre sätt att använda (de dyrbara) skattemedlen. Ett exempel är att de i stället används för att betala en höjning av barnbidraget. Det skulle ge

barnfamiljerna en väsentligt bättre utdelning. (Detaljerade beräkningar om detta finns i Wahlström, *Enhetligt barnstöd*, 1983.)

På motsvarande sätt kan man resonera om andra subventioner. Som regel är *bidrag* i någon form och många gånger även *skattesänkningar* effektivare än subventioner som fördelningspolitiskt medel. Anledningen är att subventioner normalt har en låg fördelningspolitisk träffsäkerhet. En subvention kommer alla till del, såväl den grupp man avser att stödja som alla andra grupper i samhället, medan bidrag (och skattesänkningar) ofta kan skräddarsys för det syfte som är aktuellt. I praktiken blir det gärna så att subventioner gynnar höginkomsttagare mera än låginkomsttagare, helt enkelt därför att förmånen av subventionen är proportionell, eller i varje fall approximativt proportionell, mot efterfrågans storlek. Det är bara undantagsvis som låginkomsttagare efterfrågar mera av en vara eller tjänst än vad höginkomsttagare gör.

Ett räkneexempel kan illustrera detta förhållande. Betrakta ett samhälle bestående av bara två personer, en låginkomsttagare med inkomsten 100 kr och en höginkomsttagare med inkomsten 200 kr. De antas använda 60 respektive 40 % av inkomsten för konsumtion av basvaror. Deras utgift för denna konsumtion är alltså 60 resp 80 kr. Antag nu, att man i detta läge bestämmer att konsumtionen av basvaror skall subventioneras och att det för detta ändamål skall tas ut en inkomstskatt på 20 %. Skatten inbringar 60 kr. När detta belopp läggs ut för att sänka konsumtionspriset på basvaror, gynnas personerna ungefär i förhållande till hur mycket de efterfrågar/konsumerar av just dessa varor. I det aktuella fallet får låginkomsttagaren ca 60/140 eller 43 % av subventionerna, dvs knappt 26 kr, medan höginkomsttagaren får ca 80/140 eller 57 %, dvs drygt 34 kr eller nästan 9 kr mera. Om det är en utjämning av levnadsstandarden som eftersträvas, är detta uppenbarligen ingen effektiv användning av skattemedlen. Låginkomsttagaren skulle få en större utdelning om dessa i stället användes för att ge bägge personerna ett lika stort bidrag (30 kr), och naturligtvis en ännu större utdelning om bidraget vore differentierat omvänt mot inkomstens storlek.

I praktiken har inkomstnivån tämligen liten betydelse för hur stor andel av inkomsten som läggs på olika konsumtionsområden. Bostadskonsumtionen är ett exempel. 1985 använde de

svenska hushållen jämt 20 % av sina disponibla inkomster för bostadsutgifter. För yrkesgruppen med högst inkomst (tjänstemän i ledande ställning) var andelen 18,8 %, medan den för yrkesgruppen med lägst inkomst (arbetare utan yrkesutbildning) var 20,7 %. Med så små skillnader i konsumtionsandelen, kan man inte vänta sig att generella subventioner på bostadsmarknaden, t.ex. ett allmänt räntestöd, ska ge någon märkbar effekt på levnadsstandardens fördelning (Söderström, 1988).

Frågan om subventioners lämplighet som medel att utjämna levnadsstandarderna kan sammanfattas i två punkter:

1. För att en subvention skall vara ändamålsenlig är det inte tillräckligt att den riktas mot en vara eller tjänst som upptar en förhållandevis stor *andel* av låginkomsttagarens budget. Om bidrag som utgår med ett lika stort belopp till var och en, är ett realistiskt alternativ, kan en subvention bara ge en kraftigare utjämnings effekt om låginkomsttagare efterfrågar *absolut* mera av den subventionerade varan eller tjänsten än vad höginkomsttagaren gör. (Kan selektiva bidrag användas, blir alternativet givetvis än starkare.)
2. Det spelar ingen roll hur subventionen finansieras. Huruvida beskattningen är progressiv, proportionell eller regressiv, har ingen betydelse för frågan om *subventioners* ändamålsenlighet som fördelningspolitiskt medel. Avgörande är inte hur skatte medlen erhålles, utan hur de kan användas. (Detta förhållande är tyvärr lite uppmärksammat. Debatten om subventioners lämplighet förs ofta utifrån den oriktiga förutsättningen att det inte finns alternativa användningar av skattemedlen.)

Inkomst och vårdkonsumtion

Strängt taget behöver inte mera sägas om avgiftsfinansieringens fördelningspolitiska betydelse. Men för att understryka poängerna i de förda resonemanget skall vi ändå se lite närmare på hur vårdkonsumtionen är fördelad mellan inkomstklasserna.

Lägg märke till att vi beträffande detta samband bara är intresserade av den del av vårdkonsumtionen som *inte* finansieras in-

om högkostnadsskyddets ram. Det är bara i denna del som patientavgifterna verkligen belastar de enskilda konsumenterna och kan ge upphov till olikheter i levnadsstandarden. Vad saken gäller är alltså framför allt läkarbesök, tandvård och liknande i *normal* omfattning. När det blir fråga om större behandlingar, längre sjukhusvistelser o.dyl., står det inte länge på förrän högkostnadsskyddet aktiveras och finansieringen blir ett kollektivt ansvar i proportion till vars och ens inkomst.

Det hittills mest ambitiösa försöket att sammanställa vad som är känt om hur hälsan och vårdkonsumtionen är fördelad i den svenska befolkningen gjordes av HS 90-utredningen (*Hälso- och sjukvård inför 90-talet*, SOU 1984:39). Där är fördelningen kartlagd med individerna/familjerna uppdelade efter ålder, kön, region, bostadsort, yrkesställning och socialgrupp, men tyvärr inte efter den för vårt syfte mest intressanta variabeln, nämligen inkomsten. Någon rikstäckande statistik om inkomstklassernas vårdkonsumtion synes över huvud taget inte finnas i Sverige. En nyligen företagen kartläggning av vårdkonsumtionen i Stockholms län skulle kunna vara ett godtagbart substitut, men eftersom resultaten är svårtolkade avstår vi nu från att gå närmare in på denna studie. Här nöjer vi oss med att redovisa ett par utländska iakttagelser.

Storbritannien och USA

I tabell 7:1 visas hur vårdkonsumtionen fördelade sig i Storbritannien och USA år 1981 respektive 1984 när individerna klassificeras i decilgrupper efter storleken på den disponibla inkomsten. För varje grupp anges andelen av de totala (disponibla) inkomsterna samt andelen av den totala konsumtionen. Vidare anges för respektive grupp hur stor konsumtionen var i förhållande till inkomsten (konsumtionskvoten). Detta förhållande har beräknats med antagande om att den genomsnittliga konsumtionskvoten var 5 respektive 11 %. Den absoluta nivån har underordnad betydelse i detta sammanhang. Vi är nu bara intresserade av hur konsumtionen varierar med inkomstens storlek.

Som mått på konsumtionen har för Storbritannien använts den beräknade totala konsumtionskostnaden (*health care services*) en-

ligt den officiella bokföringen. Det bör påpekas att detta är ett tämligen grovt mått. Storbritannien (liksom Sverige) saknar en utvecklad kostnadsredovisning i sjukvården. På individnivå registreras antalet läkarbesök, receptuttag, vård dagar o.dyl., men som regel lämnas inga närmare uppgifter om *kostnaden* för den behandling som varje enskild individ får. Denna får uppskattas schablonmässigt med utgångspunkt från vad som är känt om de totala kostnaderna per vård dag e.dyl. Detta kan ha underordnad betydelse när man, som här, jämför grupperns konsumtion, men eftersom systematiska skillnader mellan grupperna inte kan utelutas, är det motiverat att tolka statistiken med extra stor försiktighet.

TABELL 7:1. Inkomstklassernas inkomst och vårdkonsumtion. Storbritannien (UK) 1981 och USA 1984. Procenttal.

Decil-grupp	Andel av inkomsterna		Andel av konsumtionen		Konsumtionskvot	
	UK	USA	UK	USA	UK	USA
1	2,7	1,4	9,1	8,9	16,9	69,9
2	4,0	2,9	11,0	10,3	13,8	39,1
3	5,3	4,4	11,2	8,8	10,6	22,0
4	6,8	5,7	10,4	9,6	7,7	18,5
5	8,2	7,1	10,3	9,5	6,3	14,7
6	9,6	8,5	9,5	9,2	5,0	11,9
7	11,1	10,1	9,5	9,3	4,3	10,1
8	13,0	11,9	8,8	10,8	3,4	10,0
9	15,6	14,9	9,7	11,7	3,1	8,6
10	23,7	33,1	10,4	11,9	2,2	4,0

Kommentar: Konsumtionskvoten är egen beräkning med antagande om att genomsnittsvärdet är 5 % för UK och 11 % för USA. Varje decil-grupp omfattar 10 % av inkomsttagarna ordnade efter storleken på inkomsten.

Källa: P. Gottschalk, B. Wolfe & R. Haveman, "Health care financing in the U.S., U.K. and Netherlands, Distributional consequences", i A. Chiancone & K. Messere (red), *Changes in revenue structures* (Detroit: Wayne state University press/International institute of public finance, 1989).

För USA har de erlagda patientavgifterna använts som mått på konsumtionen. Ej heller detta är ett idealiskt mått, men förhoppningsvis ger det en ungefärlig uppfattning om hur den normala

konsumtionen är fördelad.

Trots att olika konsumtionsmått används, är de bägge fördelningarna påfallande lika. Det är tydligt att konsumtionskvoten sjunker med inkomstens storlek. I förhållande till inkomsten konsumerar den första decilgruppen nästa 8 gånger mera än den tionde decilgruppen i Storbritannien och hela 13 gånger mera i USA. Trots denna stora relativa skillnad är det emellertid ingen större skillnad i konsumtionens absoluta storlek. Alla decilgrupper konsumerar ungefär lika mycket. Detta indikerar att man med subventionerna i sjukvården för inkomstklassernas del uppnår ungefär samma utjämningsseffekt som skulle uppnås med ett kontantbidrag (eller en skattereduktion) utgående med ett lika stort belopp till varje inkomsttagare.

Det får nu vara en öppen fråga hur likheten mellan Storbritannien och USA skall tolkas. En möjlighet är att de erlagda patientavgifterna i USA är proportionella mot den totala faktiska konsumtionen enligt det mått på denna som används i den brittiska sjukvården, och att därför de bägge måtten i själva verket är ekvivalenta. I så fall har Storbritannien och USA nästan samma fördelning av den *totala* konsumtionen, vilket i sig är intressant med tanke på att länderna organiserat vården på helt olika sätt. En annan möjlighet är att de erlagda patientavgifterna, som vi avsett, svarar mot ett snävare konsumtionsbegrepp, och att likheten mellan länderna i själva verket indikerar att den *normala* vården är mera ojämnt fördelad i Storbritannien än i USA, och i så fall till de brittiska låginkomsttagarnas nackdel. Hur som helst inger uppgifterna i tabell 7:1 starka tvivel om det lämpliga i att subventionera sjukvården av fördelningspolitiska skäl.

Ett uttryck för diskriminering?

I förbigående kan nämnas att det väckt förundran (för att inte säga bestörtning) att den brittiska sjukvårdskonsumtionen faktiskt inte är mera ojämnt fördelad. Intuitivt förefaller det självklart att storkonsumenterna i vården till stor del är pensionärer och andra låginkomsttagare, och att man vid denna typ av jämförelser bör finna att låginkomsttagarna har en absolut större konsumtion än höginkomsttagarna. Men så förefaller alltså inte vara

fallet i Storbritannien. Varför?

Denna fråga ställdes på sin spets när en statlig utredning presenterade uppgifter om hur *dödligheten* utvecklats för män i de brittiska socialgrupperna sedan tiden för den stora depressionen på 30-talet (England och Wales). Som tabell 7:2 visar har ojämlikheten i detta avseende ökat över tiden. Förklaringen kan vara helt naturlig, exempelvis att det skett en förändring i socialgruppernas rökvanor, men i debatten är det många som i dessa siffror velat se belägg för att jämlikhetssträvandena i den brittiska sjukvården varit förfelade. (Utvecklingen skulle dock kunna vara en konsekvens av ökad jämlikhet i det brittiska samhället, nämligen om jämlikheten tar sig uttryck i ökad social rörlighet och denna medför en selektering med avseende på hälsan. Då kommer personer med god hälsa att samlas i de högre socialgrupperna, samtidigt som koncentrationen av personer med dålig hälsa ökar i de lägre socialgrupperna. Detta är värt att undersöka närmare.)

TABELL 7.2. Standardiserade dödstal för män i yrkesaktiv ålder. England och Wales.

<i>socialgrupp</i>	1930–32	1949–53	1970–72
professional	90	86	77
managerial, etc	94	92	81
skilled workers	97	101	104
partly skilled workers	102	104	113
unskilled workers	111	118	137

Kommentar: Den brittiska socialgruppsuppdelningen är inte direkt jämförbar med den svenska. Uppgifterna för 1930–32 och 1949–53 avser åldersgruppen 20–64 år, medan uppgifterna för 1970–72 avser åldersgruppen 15–64 år.

Källa: Merrison *Royal Commission* (citerad efter N. Macrae, "Health care international", *The Economist*, April 28:23–35, 1984).

Det skulle föra för långt att nu gå närmare in på debatten om den brittiska sjukvårdens fördelningspolitiska betydelse, men det kan ha intresse att i detta sammanhang nämna hur man velat motivera påståendet att ett sjukvårdssystem, som präglas av ambitionen att erbjuda alla invånare fri vård med enhetligt hög

kvalitet i praktiken kan missgynna de lägre socialgrupperna.*

Förklaringen, menar kritikerna, är att det med heterogena och generellt alltför knappa resurser är omöjligt att erbjuda alla fri vård av bästa kvalitet. Någon form av ransonering/fördelning är nödvändig. Eftersom avgiftsfinansiering avvisas av principiella skäl, återstår ingen annan möjlighet än att fördela vården på administrativ väg genom behovsprövning, väntelistor o.dyl. I ett sådant fördelningssystem finns det en tendens, hävdar kritikerna, att de lägre samhällsklasserna missgynnas, antingen därför att de inte har de personliga kontakter (förbindelser) som erfordras, eller därför att de har svårare att artikulera sina behov. Richard Titmuss uttrycker detta på följande sätt:

... the higher income groups know how to make better use of the NHS. They tend to receive more specialist attention; occupy more of the beds in better-equipped and staffed hospitals; receive more elective surgery; have better maternity care and are more likely to get psychiatric help than low income groups – particularly the unskilled.

(Citerad efter Macrae i *The Economist*, 1984).

Det är svårt att bedöma om denna uppfattning är riktig. Företagna studier pekar i olika riktning. Å ena sidan finns det påståenden om att de två högsta socialgrupperna i förhållande till behovet erhåller upp till 40% mera vård än de två lägsta socialgrupperna (LeGrand, 1982). Å andra sidan finns det påståenden om motsatsen, dvs att det i själva verket är de lägre socialgrupperna som favoriseras i vårdköerna. (En översikt av diskussionen ges i O'Donnell & Propper, *The distribution of health care by income group in Britain*, 1989.) Oenigheten beror bl.a. på att man inte kunnat ena sig om hur socialgruppernas vårdbehov/hälsostatus skall mätas. Olika mätmetoder ger olika resultat. Medan dispyten på-

*Det brittiska sjukvårdssystemet fick sin nuvarande utformning 1948 i och med etablerandet av NHS (*National Health Service*). Med den nämnda ambitionen ville man bryta de klassbundna mönster som ansågs utmärka det tidigare till stor del privata systemet. För en diskussion om den historiska bakgrunden och de politiska constellationerna vid bildandet av NHS, se Green (1985). Hans tes är att det främst var läkarkåren som drev kravet på att sjukvården skulle förstatligas och tillhandahållas avgiftsfritt.

går, florerar en mängd anekdoter om påstådd diskriminering. Det kan finnas sanning i dessa, men frågan är om de speglar ett allmänt mönster. *Health Education Council* har företagit en utredning i ämnet, men kan inte sägas ha givit något definitivt svar på frågan (1987).

Det är inte känt om det förekommer någon skevhet i det svenska vårdutnyttjandet. Frågan synes inte ha varit föremål för någon systematisk studie. Det saknas dock inte indikationer på att vården kan vara snedfördelad i förhållande till behovet. Ett exempel visas i tabell 7:3. Där anges hälsotillstånd och vårdutnyttjande bland pensionerade arbetare respektive tjänstemän i högre ställning (s.k. hög- och mellannivå).

TABELL 7.3. Hälsotillstånd och vårdutnyttjande 1980/81 bland pensionerade arbetare och tjänstemän på hög- och mellannivå 65–84 år. Köns- och åldersstandardiserade uppgifter. Procenttal.

	<i>Fd arbetare</i>	<i>Fd tjänstemän</i>
Långvarigt sjuk, svåra besvär	30	17
Sökt läkare för sjukdom	47	49
Bestämd läkare att vända sig till	53	62
– privatläkare	14	26
– distriktsläkare	24	18

Kommentar: Uppgifterna bygger på intervjuer inom ramen för levnadsnivåundersökningarna vid SCB.

Källa: *Folkhälsorapport 1987* (Socialstyrelsen redovisar 1987:15).

Här framgår att sjukligheten bland fd arbetare är klart större än bland fd tjänstemän i varje fall vad gäller svårare besvär, men att tjänstemännen ändå besöker läkare i större utsträckning. Vidare framgår det att tjänstemännen i större utsträckning än arbetarna har lyckats etablera kontakt med bestämd läkare inom sjukvården. Detta antas vara en fördel ifråga om vårdens tillgänglighet och kvalitet.

Vad arbetarnas underkonsumtion beror på kan vi nu inte säga. Den kan vara ett uttryck för negativ särbehandling, men skälet kan lika gärna vara att (fd) arbetare är relativt anspråkslösa i efterfrågan på vård; man vill inte besvara. Hur som helst reduceras (eller perverteras) den utjämningsseffekt som kan uppnås genom att (normal) sjukvård subventioneras.

Studier av avgiftsfinansieringens fördelningseffekter

Subventionernas användbarhet som fördelningsspolitiskt medel har i det föregående belysts med utgångspunkt från hur vårdkonsumtionen faktiskt är fördelad mellan inkomstklasserna. Som alternativ till denna ansats kan man försöka att direkt undersöka de fördelningsmässiga konsekvenserna av att patientavgifter införs/höjs eller sänks/slopas. Detta kan göras experimentellt eller i samband med faktiska ändringar i avgiftsstrukturen.

Vi går nu inte närmare in på den senare typen av studier. Problemet med sådana studier är, som tidigare nämnts, att man har svårt att urskilja avgiftsändringens specifika roll. Det går som regel inte att utesluta inflytande från i sammanhanget ovidkommande faktorer. Som exempel kan den studie nämnas som gjordes i samband med att NHS introducerades i Storbritannien. I denna studie konstateras att låginkomsttagarna ökade sina läkarbesök med 17% och att höginkomsttagarna samtidigt minskade sina med 11% (Stewart & Enterline, 1961). Var detta en effekt av att patientavgiften blev lägre/slopades, eller hade konsumtionsförändringen andra orsaker? Observera att det i detta sammanhang inte går att jämföra låginkomsttagare med någon särskild socialgrupp, t.ex. arbetare. Det finns andra studier som tyder på att just (organiserade) arbetare tillhörde förlorarna vid införandet av NHS. De hade sedan gammalt en väl fungerande HMO-liknande sjukvårdsorganisation i fackföreningarnas regi (Green, 1985).

Eftersom den nämnda observationen hänför sig till åren 1946–49, kan man frestas avfärda den med hänvisning till att förhållandena då var abnorma, men till saken hör att samma fenomen observerades när Quebec år 1970 införde en heltäckande försäkring med 0-taxa. Denna reform fick till följd att låginkomsttagarna ökade sina läkarkontakter med 18 %, samtidigt som höginkomsttagarna minskade sina med 9 % (Enterline et.al., 1973 och Ricci, Enterline & Henderson, 1978). Detta antyder att den iakttagna förändringen kan uppkomma även under normala förhållanden. Alltjämt kvarstår dock frågan om avgiftsförändringens specifika roll i sammanhanget. Bl.a. är det svårt att bedöma i vad mån de observerade effekterna avspeglar ändringar i efterfrågan

eller är en följd av administrativa ingrepp på utbudssidan. Införandet av 0-taxa var bara en del av en större reform.

Rand-studien

Rand-studien förtjänar att nämnas också i detta sammanhang. Som tidigare påpekats ingick det inga pensionärer bland försökspersonerna i denna studie. Vidare ingick inga personer/familjer, vars inkomst till mera än 7 % utgjordes av bidrag. Denna avgränsning var nödvändig av praktiska skäl. Eftersom bidragstagare har möjlighet att övervältra avgiftsbetalningar på sociala myndigheter, skulle deras inkluderande spoliera möjligheterna att bedöma hushållens känslighet för avgifternas nivå. Rand-studien gäller alltså s.k. vanligt folk i de arbetsföra åldrarna (och deras barn).

De studerade effekterna på efterfrågan kartlades med försökspersonerna uppdelade i tre inkomstklasser: låginkomsttagare, mellaninkomsttagare och höginkomsttagare. Uppgifterna sammanfattas i tabell 7:4. Där anges för respektive inkomstklass tre mått på efterfrågeeffekten av att avgiftsnivån varieras. Det första av dessa mått, årskonsumtionen, är samma som vi tidigare använt. Dessutom anges nu hur sannolikheten för konsumtion över huvud taget respektive för intagning på sjukhus påverkas av avgifternas nivå.

Tabellen visar tydligt hur komplext sambandet mellan inkomst och vårdkonsumtion i själva verket är. Detta framgår redan i fallet med 0-taxa. I detta fall är efterfrågan på sjukhusvård vanligare bland låginkomsttagare än bland höginkomsttagare, men efterfrågan på sjukvård över huvud taget är ändå ca 10 % vanligare i den senare gruppen och höginkomsttagarnas totala konsumtion är större än låginkomsttagarnas, 809 mot 788 dollar per år. Det är vidare intressant att notera att mellaninkomsttagarna *inte* intar en mellanställning. De ligger lägst vad gäller såväl efterfrågan på sjukhusvård som total konsumtion.

Höjningar av avgiftsnivån leder till minskad efterfrågan/konsumtion, men minskningen är inte likformig. Rangordningen mellan inkomstklasserna bibehålls vad gäller sannolikheten för någon konsumtion över huvud taget, men den ändras vad gäller

TABELL 7.4. Inkomstgruppernas vårdkonsumtion vid olika betalningsmodeller. Kontrollerat experiment.

	Låg inkomst	Mellan inkomst	Hög inkomst
<i>Årskonsumtionens storlek (US dollar 1984)</i>			
0-taxa	788	736	809
25 %	680	588	623
50 %	610	550	590
95 %	581	494	527
95/0 %	609	594	670
<i>Sannolikhet för någon konsumtion (%)</i>			
0-taxa	82,8	87,4	90,1
25 %	71,8	80,1	84,8
50 %	64,7	76,2	82,3
95 %	61,7	68,9	73,8
95/0 %	65,3	73,9	79,1
<i>Sannolikhet för intagning på sjukhus (%)</i>			
0-taxa	10,63	10,14	10,35
25 %	10,03	8,44	7,97
50 %	9,08	8,06	7,77
95 %	8,77	7,38	7,07
95/0 %	9,26	9,44	9,88

Kommentar: Tandvård och psykiatri i öppen vård ingår ej. I modellen 95/0 % ges slutna vård till 0-taxa, medan öppen vård ges med en avgift på 95 % av kostnaden, dock med restriktionen att de samlade avgifterna ej får överstiga 150 dollar per individ (eller 450 dollar per familj). I den undersökta befolkningen ingår inte pensionärer och personer som upp- bär bidrag överstigande 7 % av inkomsten.

Källa: W.G. Manning et.al., *Health insurance and the demand for medical care, Evidence from a randomized experiment* (American Economic Review 77:251–77, 1987).

sannolikheten för intagning på sjukhus. Beträffande den senare är det höginkomsttagarna som reagerar starkast. Detta får till följd att deras årskonsumtion sjunker relativt mycket. De ligger fortfarande över mellaninkomsttagarna, men hamnar efter låginkomsttagarna. Följdriktigt återtar höginkomsttagarna tätpositionen när avgifterna slopas i den slutna vården (modellen 95/0 %).

Detta reaktionsmönster synes bekräfta den i tabell 7:3 redovisade iakttagelsen att (fd) arbetare är mera återhållsamma i sin

efterfrågan på vård än (fd) tjänstemän. Om det är så att höginkomsttagare i förhållandevis stor utsträckning söker hjälp för triviala besvär, är det naturligt att just denna grupp reagerar förhållandevis starkt på avgiftshöjningar. Men vi har inte lyckats hitta någon förklaring till att höginkomsttagarna synbarligen reagerar starkare på avgifterna i den slutna vården än i den öppna. Kanske behandlas en större mängd triviala åkommor i den slutna vården än man vanligen föreställer sig?

Höginkomsttagarnas reaktionsmönster blir tydligare om årskonsumtionens storlek anges per vårdsökande. Detta kan enkelt göras genom att de i tabell 7:4 angivna värdena på årskonsumtionen divideras med sannolikheten för någon konsumtion över huvud taget. Den senare anger andelen vårdsökande i respektive inkomstklass. Tabell 7:5 visar hur beräkningen utfaller. Här syns det tydligt att låginkomsttagarna, om de över huvud taget efterfrågar vård, gör detta i större utsträckning än höginkomsttagarna. Detta indikerar att låginkomsttagarna söker hjälp först sedan de fått förhållandevis stora besvär. Konsumtionen per (faktisk) vårdsökande är också för deras del i stort sett oberoende av avgiftsnivån. Vidare syns det tydligt hur känsliga höginkomsttagarna är för avgifterna i den slutna vården. När denna erbjuds med 0-taxa stiger den totala konsumtionen per vårdsökande med nästan 20 % (från 714 till 847 dollar per år). När också den öppna vården erbjuds med 0-taxa stannar deras konsumtionsökning vid 6 % (från 847 till 898 dollar per år).

TABELL 7.5. Årskonsumtionens storlek per vårdsökande vid olika betalningsmodeller.

	<i>Låg inkomst</i>	<i>Mellan inkomst</i>	<i>Hög inkomst</i>
0-taxa	952	842	898
25 %	947	734	735
50 %	943	722	717
95 %	942	717	714
95/0 %	933	804	847

Källa: Bearbetning av tabell 7:4.

Det bör understrykas att de redovisade konsumtionsutgifterna avser kostnader och inte utgifter. Det har inte varit möjligt att få

fram hur stor andel av kostnaden som i respektive fall betalas av patienten och hur mycket som täcks av högkostnadsskyddet. Av tabell 7:5 att döma bör avgiftsandelen dock vara större för höginkomsttagarna än för låginkomsttagarna. I så fall är detta ytterligare en indikation på att subventionerna i sjukvården inte bidrar till att utjämna levnadsstandarderna inkomstklasserna emellan.

Slutsats

Mot dagens system med i stort sett totalsubventionerad sjukvård (*alternativ S*) har vi ställt två alternativ med avgiftsfinansierad vård och högkostnadsskydd. Dessa alternativ skiljer sig därigenom att inkomsttagarna antingen kompenseras med en skattesänkning (*alternativ HL*) eller med ett bidrag som t.ex. utgår med ett lika stort belopp per person/familj (*alternativ HB*).

Vi har konstaterat att en övergång till alternativet HL kan vara fördelaktigt för samtliga individer/familjer. Det räcker att konsumtionsminskningen till följd av avgiftsfinansieringen är någorlunda stor och att en någorlunda stor del av den kvarvarande konsumtionen blir finansierad utanför högkostnadsskyddet. Bägge dessa förhållanden håller tillbaka skattebehovet och genererar så stora skattesänkningar att även storkonsumenterna får mera kvar sedan avgifterna är betalda.

Ett exempel kan illustrera detta. Antag att subventionerna i alternativ S kräver en skattesats på 18 % och att högkostnadsskyddet i alternativ HL aktiveras när individens/familjens samlade vårdutgifter når upp till 8 % av inkomsten (per år). Övergången till det senare alternativet är då fördelaktigt också för storkonsumenterna om det för finansieringen av högkostnadsskyddet räcker med en skattesats som är högst 10 %. Leder avgiftsfinansieringen till att den totala konsumtionen minskar med t.ex. 30 %, är detta villkor uppfyllt om högst 79 % av den återstående konsumtionen belastar högkostnadsskyddet. Skattesatsen i alternativ HL bli i så fall mindre än $0,18(1-0,30)0,79 = 0,10$. Som framgått i kapitel 6 är dessa siffror inte alls orealistiska.

Om konsumtionsminskningen blir mindre och/eller en större del av konsumtionen kommer att finansieras inom högkostnads-

skyddets ram, är det inte längre säkert att alla vinner på övergången till alternativ HL. För storkonsumenterna blir i så fall avgiftsbetalningarna större än skattesänkningen, varför de hamnar i ett sämre läge. Skall detta undvikas, måste de kompenseras med någon form av bidrag. Alternativet HB är då aktuellt. Detta kan utformas på ett otal sätt med varierande grad av utjämnings-effekt. Vi behöver nu inte gå närmare in på detta. Poängen i vad som tidigare sagt är att det med detta alternativ alltid är möjligt att nå en större utjämnings-effekt än vad som kan uppnås med subventioner i vården.

Om det är låginkomsttagare eller höginkomsttagare som vinner (relativt) mest på övergången till alternativet HL har inte varit möjligt att avgöra. För att bedöma detta behövs detaljerad statistik om hur den *normala* vårdkonsumtionen varierar med inkomstens/levnadsstandardens storlek. Sådana uppgifter finns nu inte att tillgå. Här har vi fått nöja oss med att se på några utländska kartläggningar av den totala konsumtionens storlek i olika inkomstklasser. Dessa uppgifter är svårtolkade, men de synes indikera att det är höginkomsttagarna som står för den proportionellt största delen av den normala konsumtionen, och således att det är låginkomsttagarna som skulle vinna relativt mest på övergången till alternativet HL. Kan denna förmodan bekräftas, ger den ett slående belägg för tesen att subventioner som regel är ineffektiva i fördelningspolitiken. Inte ens subventionerna i sjukvården kan i så fall ge en större utjämnings-effekt än en proportionell skattesänkning. (Givetvis är subventionerna hur som helst mindre utjämnande än de bidrag som skulle kunna finansieras i alternativet HB.)

Vår slutsats är alltså att i varje fall alternativet HB är mera utjämnande än systemet med totalsubventionerad sjukvård. Detta betyder att man av fördelningspolitiska skäl bör undvika att subventionera normal vårdkonsumtion. En större utjämnings-effekt uppnås vid en helt avgiftsfinansierad sjukvård, förutsatt att konsumenterna erbjuds ett högkostnadsskydd och överblivna skattemedel utnyttjas för att finansiera bidrag till låginkomsttagarna. Eventuellt är bidrag överflödiga. Det är inte osannolikt att en utjämnings-effekt erhålles redan i fallet med en skattesänkning.

8. Avgiftsstrukturen

De hittills diskuterade patientavgifterna har förutsatts vara proportionella mot kostnaden för konsumtionen. Speciellt har vi sett på fallen att avgiften utgör 25, 50 och 95 % av kostnaden. Samma relation har antagits gälla för alla typer konsumtion. Detta är en enkel form av prissättning men den behöver inte vara samhälls-ekonomiskt effektiv. Av olika skäl kan det vara lämpligt att ha en mera differentierad avgiftsstruktur. Vilken differentiering bör i så fall eftersträvas? Några principiella synpunkter på denna fråga lämnas i detta kapital. Vi bortser i vårt resonemang från externa effekter o.dyl., som skulle kunna motivera särskilda subventioner (eller skatter) i sjukvården. Detta är ingen allvarlig begränsning. Från ekonomisk synpunkt är sjukvård i allt väsentligt en form av privat konsumtion som inte kräver några speciella hänsynstaganden i prisstrukturen. Externa effekter kan förvisso förekomma, men de har en mera framträdande plats bara i förbindelse med mödrahälsovård, vaccinationer o.dyl. Där kan man tydligt se att en persons konsumtion har omedelbar betydelse för andra personers välbefinnande och att det finns ett intresse från omgivningen att styra konsumtionens inriktning och storlek.

Socialt optimala avgifter

För att konkretisera resonemanget, tänker vi oss att sjukvården är organiserad enligt DRG-modellen, bara med den skillnaden att ersättningarna primärt kommer från patienterna själva och inte från staten. I denna modell är sjukvårdens tjänster uppdelade i ett antal grupper efter patienternas diagnos. För varje grupp

kan anges ett antal fall/patienter, ett pris per fall och en kostnad per fall. Den senare kan variera med produktionens storlek.

Vid givna priser och kostnader erhåller producenten ett överskott eller underskott från produktionen i respektive DRG-grupp. Summeras alla sådana överskott och underskott erhålles den sammanlagda *driftöverskottet* (D). Sjukvårdens totala s.k. vinst utgörs av driftöverskottet plus eventuella *anslag* (A). De senare kan vara öronmärkta för speciella ändamål. Det typiska är att anslagen är knutna till investeringar i byggnader och speciell utrustning, men de kan också ges med fri dispositionsrätt. Vanligen är vinsten underkastad en norm, som vi i brist på ett bättre ord kallar *vinstnormen*. Denna kan skrivas:

$$O \leq D + A \leq V$$

Här betecknar V den högsta vinst som verksamheten är tillåten att uppvisa. När det handlar om ideell verksamhet, som drivs med det uttalade syftet att inte gå med vinst, är $V = 0$. I detta fall måste priserna sättas på sådant sätt att det uppkommer ett driftunderskott som är precis lika stort som anslaget.

Det finns ett otal priskombinationer som är förenliga med en vinstnorm av detta slag. Bland dessa kombinationer urskiljes en delmängd som säges vara *socialt optimala*. Dessa kombinationer kännetecknas av att de i någon mening maximerar allmänhetens/konsumenternas välfärd. Att identifiera socialt optimala priser är en traditionell uppgift i ekonomiskt planeringsarbete. Men det var först på 1950-talet som man mera systematiskt började kartlägga hur prissättningen skall göras. Analysen gällde från början affärsverk, men samma metoder har visat sig vara tillämpliga inom alla delar av offentlig verksamhet, där ambitionen är att ha en för allmänheten maximalt fördelaktig prisstruktur. Analysen är även tillämplig på privat verksamhet som drivs utan vinstsyfte (Boiteux, 1956 och Bös, 1986).

Vilken prisstruktur som är optimal beror på omständigheterna. I litteraturen har framför allt tre prissättningsregler diskuterats: marginalkostnadspriser, Ramsey-priser och Feldstein-priser. Vi skall här kort ange dessa reglers innebörd när det rör sig om varor och tjänster med en s.k. normal karaktär. Dessa prissättningsregler förtjänar mera uppmärksamhet än vad de hittills visats i den svenska sjukvårdsdebatten. Exempelvis har de ome-

delbar relevans för de pågående försöken med DRG, bl.a. vid några kvinnokliniker. Avsikten med dessa försök är att försöka mäta kostnaden för den vård som ges patienter med olika diagnos, ålder etc. Frågan är vilket kostnadsbegrepp man då skall använda. Är det styckkostnaden, marginalkostnaden eller något annat? Teorin om socialt optimala priser kan ge vägledning i sådana frågor. Den bör också kunna vara tillämplig när t.ex. utomlänstaxorna fastställs. (Hur reglerna behöver modifieras när det är fråga om varor och tjänster med externa effekter o.dyl. behandlas inte.)

Marginalkostnadspriser

Av de nämnda reglerna är den förstnämnda oftast åberopad, men för att den skall vara tillämplig måste två speciella villkor vara uppfyllda. För det första är det nödvändigt att kunna bortse från den ovan nämnda vinstnormen, antingen därför att det inte finns någon sådan norm, eller därför att den blir automatiskt uppfylld. För det andra är det nödvändigt att kunna bortse från fördelningspolitiska ambitioner i prissättningen, antingen därför att sådana ambitioner saknas, eller därför att de kan tillgodoses lika bra eller bättre på annat sätt, exempelvis genom ett bidragssystem.

Bara om bägge dessa villkor är uppfyllda, kan det vara socialt optimalt att sätta priserna lika med respektive marginalkostnad, dvs. lika med kostnaden för den sist producerade enheten av respektive vara/tjänst. Även vissa tekniska villkor, exempelvis att den omgivande privata verksamheten sker under förhållanden som karakteriseras av perfekt konkurrens, måste vara uppfyllda för att marginalkostnadspriser skall vara (obetingat) socialt optimala. Vi går emellertid nu inte närmare in på denna typ av tekniska förutsättningar. Vi håller oss här till de principiella skillnaderna mellan de tre nämnda prissättningsreglerna. Principen vid marginalkostnadspriser är att varje konsument skall betala (den totala) *merkostnaden* som hans eller hennes konsumtion förorsakar, varken mer eller mindre. Marginalkostnaden kan vara såväl större som mindre än genomsnittskostnaden (styckkostnaden). I det förra fallet genereras ett driftöverskott, medan det uppkom-

mer ett driftunderskott i det senare fallet. Vid underskott krävs någon form av anslag för att verksamheten skall gå runt.

Denna prissättningsregel är lättfattlig, men ändå inte helt lätt att praktiskt tillämpa. Problemet är att den praktiska tillämpningen måste göras av vederbörande producent själv. Det räcker då inte att han kan tillämpa regeln; han måste också vilja göra detta. Att bara föreskriva att man måste tillämpa regeln är inte tillräckligt. Eftersom producenten ensam har fullständig kunskap om kostnaderna, kan ingen utomstående kontrollera att han agerar på det sätt som avses. Frågan är därför hur producenten, om denne inte spontant gör detta, kan fås att välja marginalkostnadspriser.

Om producenten har en tendens att på eget bevåg sätta alltför höga priser, är lösningen att muta honom att sänka priserna. Medlet är att ge honom subventioner. (En detaljerad beskrivning av denna metod har givits av Finsinger & Vogelsang, *Alternative institutional framework for price incentive mechanisms*, 1981.) Om subventionen är lika stor som minskningen i driftöverskott när ett pris sänks, ökar producentens totala vinst ju mera han sänker priset, men bara så länge som detta ligger över marginalkostnaden. När priset sänkts i nivå med marginalkostnaden leder en ytterligare prissänkning till försämrad vinst. Om producenten vill nå en så stor vinst som möjligt, ligger det i hans eget intresse att ta reda på hur stor marginalkostnaden är och att sätta priset lika med denna.

Formellt har denna incitamentstruktur följande utseende. Under den första perioden bestäms subventionen på den ite tjänsten (S_i) så att

$$S_i(1) = x_i(0) [(p_i(0) - p_i(1))]$$

där $x_i(0)$ betecknar den ursprungliga produktionsvolymen och $p_i()$ betecknar priset under respektive period. Under följande perioder bestäms subventionen så att

$$S_i(t) = S_i(t-1) + x_i(t-1) [(p_i(t-1) - p_i(t))]$$

där t betecknar en godtycklig tidsperiod. Producenten får alltså behålla tidigare erhållna subventioner. Så småningom stabiliseras subventionen på nivån

$$S_i = \sum_t x_i(t-1) [(p_i(t-1) - p_i(t))]$$

För att använda denna metod räcker det att observera prisutvecklingen. Subventionerna utgår bara vid klart observerade pris-sänkningar. En nackdel kan vara att subventionerna permanentas. I den mån som konsumenterna är skattebetalare, blir deras behållning av prissänkningen härigenom mindre. Om man har tänkt sig att konsumtionen av sjukvård ändå skall subventioneras i viss omfattning, behöver detta dock inte vara något större problem. Tvärtom får man med denna metod ett klart riktmärke för hur subventionerna skall fördelas mellan olika producenter och tjänster. När man, som vi tidigare räknat med, bara säger att 5, 50 eller 75 % av konsumtionen skall subventioneras, ges inga som helst incitament för producenterna att hitta en socialt optimal avgiftsstruktur.

En annan nackdel kan vara att producenten lockas att välja ett högt utgångspris på nya produkter. Härigenom blir den så småningom permanenta subventionen större. Denna tendens kan emellertid stävjas genom att konkurrens uppmuntras. Om det exempelvis gäller en ny typ av transplantationskirurgi, kan man i inledningsskedet låta olika kliniker konkurrera om rätten att få utföra sådana operationer. Genom att utesluta de kliniker som begär högst ersättning, kan man ge klinikerna incitament att lägga sig på en rimlig prisnivå.

Ramsey-priser

Ramsey-priser är tillämpliga när vinstnormen gör sig gällande, men det fortfarande går att bortse från fördelningspolitiska ambitioner i prissättningen. Det handlar alltså i detta fall om att ett bestämt resultat skall uppnås på ett för allmänhetens/konsumenternas del så skonsamt sätt som möjligt. Benämningen syftar på en artikel från 1920-talet av engelsmannen Ramsey, i vilken han analyserade hur man kan minimera dödvikten i beskattningen (Ramsey, 1927). Problemet var då att hitta ett system av varuskatteer som på skonsammast möjliga sätt ger ett visst totalt skattebelopp, medan problemet nu är att hitta ett system av avgifter som på skonsammast möjliga sätt genererar en viss vinst. Detta är uppenbarligen nästan identiska problem.

Utmärkande för Ramsey-priser är att de stör resursallokering-

en så lite som möjligt. Referenspunkten är den efterfrågan/konsumtion som råder vid 0-taxa. I förhållande till denna skall efterfrågan/konsumtionen minska proportionellt lika mycket på/av alla förekommande tjänster. Närmare bestämt skall minskningen vara proportionell längs den s.k. kompenserade efterfrågekurvan. Denna beskriver konsumenternas efterfrågan när de kompenseras för prishöjningarna med bidrag som är så stora att de kan ligga kvar på den ursprungliga nyttonivån. Detta åstadkommes genom att avgiften läggs på en förhållandevis hög nivå i de fall efterfrågan är priskänslig (oelastisk) och en förhållandevis låg nivå i de fall den är priskänslig (elastisk). Med tanke på vad vi sagt om efterfrågans priskänslighet i kapitel 4, innebär denna regel att avgifterna skall vara relativt låga i *primärvård* och i motsvarande mån höga i *sekundärvård*. Detta är motsatsen till vad som nu är fallet i Sverige. (Eftersom kunskapen om efterfrågeelasticiteterna är bristfällig, bör detta påpekande tas med reservation.)

Liksom i fallet med marginalkostnadspriser, kan vi inte vara säkra på att producenterna utan vidare vill använda sig av Ramsey-priser.* Men, liksom i fallet med marginalkostnadspriser, går det under vissa förutsättningar att locka dem på rätt väg. Lösningen är att man föreskriver en övre gräns för de priser som varje producent får använda. Gränsvärdena väljes så att han, om dessa priser hade använts under en tidigare period, då skulle ha fått en vinst som precis motsvarar vinstnormen, t.ex. vinsten 0. Om producenten i denna situation försöker förbättra sitt resultat, kommer han att ta steg som leder i riktning mot Ramsey-priser (Vogelsang & Finsinger, 1979).

En fördel med denna metod är att det inte krävs några subventioner. Det räcker med en kartläggning av kostnaderna. Metoden är alltså tämligen billig. En nackdel är dock att den kan förmodas vara långsam. Producenterna kan antas vara ovilliga att lämna ut

*Regeln är i detta fall att producenten skall bete sig som en vinstmaximerande monopolist, men med förbehållet att han i maximeringen måste utgå från de kompenserade efterfrågeelasticiteterna och inflatera dessa med faktorn $1/k$. Om vinstkravet V ligger under den vinst som monopolisten annars skulle få, är k negativ. Om kravet, å andra sidan, ligger över denna nivå, ligger k i intervallet $(0,1)$.

kostnadsinformation och att snabbt anpassa sig till ändrade förhållanden, eftersom de vet att allt de gör kommer att användas mot dem. En nackdel med metoden är också att den bara kan användas när producenterna har möjlighet att nå en positiv vinst i de fall begränsningen på priserna mildras eller slopas.

Feldstein-priser

Om det inte bara finns en explicit vinstnorm för producenterna, utan också en uttalad fördelningspolitisk ambition i prissättningen, är den s.k. Feldstein-priser som blir aktuella (Feldstein, 1972). Dessa skiljer sig från Ramsey-priserna därigenom att de genererar en minskning i efterfrågan/konsumtionen som är proportionellt större på lyxvaror än på nödvändighetsvaror. I övrigt är de snarlika.*

Än så länge finns det ingen känd metod att säkerställa att producenterna verkligen vill använda Feldstein-priser. Kanske spelar detta inte heller någon större roll. Som vi tidigare konstaterat är det många gånger mindre välbetänkt att försöka realisera fördelningspolitiska mål med hjälp av prissystemet. De ambitioner som finns i fördelningspolitiken kan som regel tillgodoses lika bra eller bättre genom bidrag och/eller skattesänkningar. I så fall finns det ingen anledning att komplicera prissättningen genom att ta med fördelningspolitiska argument i denna. Faller dessa argument bort, är det marginalkostnadspriser eller Ramsey-priser som gäller, och för dessa är det som vi sett ofta möjligt att säkerställa implementeringen.

*Som nämnts skall producenten i fallet med Ramsey-priser bete sig som en vinstmaximerande monopolist. Detta är också lämpligt i fallet med Feldstein-priser, men med den skillnaden att han nu vid maximeringen skall utgå från de vanliga (okompenserade) efterfrågeelasticiteterna inflaterade med en faktor som anger respektive varas fördelningspolitiska betydelse. (Betydelsen är större ju tyngre varan väger i låginkomsttagarnas budget.) Det finns också en skillnad mellan de bägge fallen i definitionen på marginalkostnad.

Informationsproblem

Producentsidan

Vad gäller de praktiska problemen vid tillämpningen av prissättningsreglerna har vi understrukt vikten av att producenterna är motiverade att agera på ett socialt optimalt sätt. Problemet är inte bara att övertyga dem om att optimeringen sker genom att de, beroende på omständigheterna, använder marginalkostnadspriser, Ramsey-priser eller Feldstein-priser. Till detta kommer svårigheterna att få dem att göra detta på ett tillräckligt kompetent sätt. Det krävs viss *affärsmässighet* i uppträdandet. För att prissättningen skall bli korrekt behöver producenterna fortlöpande hålla sig informerade om kostnader och efterfrågeförhållanden.

Den grad av affärsmässighet som erfordras kan säkert uppbibras i många delar av vad som idag är offentlig verksamhet, men det finns anledning att här sätta ett frågetecken för möjligheterna att praktisera en sofistikerad prissättning inom sjukvården. Även om viljan skulle finnas, är det ett långt steg att få fram den kunskap som behövs om kostnader och efterfrågeförhållanden. (För kritiska synpunkter på nuvarande redovisningssystem, se Enthoven, *Ett system för information och analys av den svenska sjukvården*, 1990.)

Beträffande kostnaderna räcker det inte med de traditionella klinikrelaterade måtten. Skall de nämnda prissättningsreglerna kunna tillämpas, behövs en tämligen detaljerad patientbaserad redovisning. Att få fram sådan information är ingen omöjlighet, vilket erfarenheterna i USA visar, men det kräver genomgripande förändringar av redovisningssystemet i den svenska sjukvården. Till detta kommer behovet av information om efterfrågeelasticiteter m.m.

Pågående försök med DRG-baserad redovisning i delar av den svenska sjukvården är ett steg i rätt riktning. (För en diskussion av försöken, se Paulsson, *Ekonomistyrning med hjälp av DRG*, 1990.) Det är dock tveksamt hur långt man kan komma på denna väg. Att delta i redovisningsexperiment, där syftet är att göra kostnads- och produktivitetjämförelser mellan liknande produktionsenheter, är något annat än att utveckla redovisningssystem som skall ligga till grund för prissättningen och klinikernas

framtida intäkter. I det förra fallet har den enskilde producenten naturligen en benägenhet att göra försiktiga kostnadsberäkningar, medan han i det senare fallet erfarenhetsmässigt har en benägenhet att överdriva kostnaderna för att på så sätt motivera högre priser (eller anslag). Inställningen till den DRG-baserade redovisningen blir säkert annorlunda när personalen vet att det är deras framtida inkomster som står på spel.

Hur går man då tillväga för att ha ett fungerande redovisnings-system? Ekonomens standardrecept är att man måste åstadkomma *marknadsmässig konkurrens*. Först när producenterna befinner sig i en reell konkurrenssituation, kan man vänta sig att de på allvar tar sig an uppgiften att utveckla de ekonomiska styrsystemen och den information som en effektiv hushållning kräver. I ett sådant läge fostras förmågan att göra realistiska kostnadsbedömningar. Såväl överdriven pessimism som överdriven optimism bestraffas. Den som överskattar kostnaden prisar sig ur marknaden, medan den som underskattar den drar på sig förlustbringande uppdrag. I bägge fallen blir möjligheterna att utvecklas sämre.

Konsumentensidan

Ekonomens standardrecept kan inte utan vidare tillämpas i sjukvården. För att konkurrensen skall vara meningsfull krävs att konsumenterna är välinformerade. Det räcker inte att de känner till prisskillnader mellan olika producenter. De måste också kunna bedöma eventuella kvalitetsskillnader mellan de tjänster som producenterna erbjuder. Detta gäller redan i tämligen okomplicerade fall. Om en läkare oftare än andra ställer fel diagnos eller oftare än andra opererar på ett sätt som leder till komplikationer, är konsumenten knappast hjälpt av att läkaren begär ett relativt lågt pris för sina tjänster. Ej heller är det någon särskilt bra tumregel att alltid gå till den läkare som är dyrast. Denne behöver inte vara bättre. Skall konkurrensen fungera på ett ändamålsenligt sätt, måste konsumenterna vara i stånd att jämföra pris och kvalitet.

Bland hälsoekonomer anses det uteslutet att enskilda konsumenter på egen hand skulle kunna skaffa sig all den information

som behövs. Till sin hjälp behöver de en professionell rådgivare och hjälpreda, vad man skulle kunna kalla en hälsoadvokat. Denne kan ge konsumenten allmänna råd och dessutom företräda honom i kontakterna med specialister av olika slag. Det mest kända exemplet på en sådan modell är den av Alan Enthoven lanserade *Consumer Choice Health Plan* (Enthoven, 1978). Hans idé är vanligen känd som HMO-modellen. I denna är den s.k. hälsoadvokaten en vårdcentral e.dyl., till vilken individerna/familjerna ansluter sig efter eget val. Tanken är att vårdcentralen skall ställa diagnos och i egen regi ge hjälp i alla vanligt förekommande fall. Finns behov av utomstående hjälp, är det vidare vårdcentralen som sköter kontakterna med specialister. Efter hand får personalen på vårdcentralen en god kännedom om marknaden för specialisttjänster, både vad gäller priser och kvaliteter, varför de kan ge konsumenterna kompetent hjälp. Dessutom bör personalen efter hand bli tämligen väl bekant med de anslutna individerna/familjerna och deras speciella förhållanden.

På detta sätt får specialisterna i den inbördes konkurrensen möta välinformerade och kostnadsmedvetna konsumenter. Härigenom ges förutsättningar för att läkare m.fl. skall uppöva den affärsmässighet som krävs för att prissättningen på deras tjänster skall bli socialt optimal. Observera att specialisterna även i HMO-modellen svarar för merparten av vården. Som sådana räknas här inte bara de professioner som återfinns på större sjukhus. Hit räknas också tandläkare, apotekare, optiker m.fl. grupper samt personalen på sjukhem och behandlingshem av olika slag. (Hur HMO-modellen skulle kunna introduceras i den svenska sjukvården beskrivs av Ståhl i *Sjukdom och socialförsäkringar*, 1983.) Den nu aktuella Dala-modellen är tydligt inspirerad av HMO-modellen, men av förhandsinformationen att döma kommer den att sakna vissa viktiga beståndsdelar, som t.ex. fri etableringsrätt för specialister. Det är svårt att se hur konkurrensen skall kunna bli effektiv utan fri etableringsrätt och en motsvarande risk för nedläggning.

Men hela problemet är inte löst med detta. Det återstår att hitta en lämplig form för konkurrens mellan vårdcentralerna och deras prissättning. I HMO-modellen, som denna vanligen tolkas, förekommer över huvud taget inga priser på vårdcentralerna. Dessa finansieras i stället med prospektiva engångsbelopp (*capi-*

tationer). Detta är emellertid inte nödvändigt. Det är inget som hindrar att en vårdcentral (också) tar ut vissa avgifter av de anslutna individerna/familjerna. I så fall bör de i detta kapitel diskuterade prissättningsreglerna kunna användas. Hur vårdcentraler skall fås att tillämpa dessa regler får dock nu vara en öppen fråga. Det är, som inte minst Enthoven själv framhållit, inte helt lätt att åstadkomma en väl fungerande konkurrens mellan vårdcentraler.

Sammanfattning

Genomgången i detta kapitel har gällt några principiella aspekter på sjukvårdens avgiftsstruktur. Utgångspunkten var att avgifterna om möjligt bör differentieras på ett socialt optimalt sätt. Beroende på förutsättningarna är det i så fall tre olika prissättningar som kan bli aktuella: marginalkostnadspriser, Ramsey-priser och Feldstein-priser. Det svåra problemet är inte att välja vilken regel som skall tillämpas, utan att säkerställa att den regel man valt verkligen blir tillämpad. Verkställandet måste göras av de enskilda producenterna. De ensamma har möjlighet att ha tillräckligt ingående kunskap om relevanta kostnader och efterfrågeförhållanden.

Den praktiska tillämpningen erbjuder två problem. Först måste producenterna fås att över huvud taget agera affärsmässigt. Detta kräver förmodligen att de måste placeras i en faktisk konkurrenssituation. Det mest ändamålsenliga är nog i så fall att organisera sjukvården enligt HMO-modellen, eller någon variant av denna. Härigenom uppnås att i varje fall den specialiserade vården får känna av marknadsmässig konkurrens. Genom prissystemet får specialisterna tävla om uppdrag från konsumenternas hälsoadvokater (vårdcentralerna). Eventuellt kan också de senare komma att arbeta under marknadsmässiga förhållanden. Det råder dock tveksamhet om möjligheterna att åstadkomma en effektiv konkurrens på detta plan.

Det är inte tillräckligt att få specialisterna att agera affärsmässigt. I nästa steg gäller det att få dem att bedriva affärsmässigheten på ett socialt optimalt sätt. Avgörande är då vilken prissätt-

ningsregel som skall tillämpas. I fallet med marginalkostnadspriser kan man använda subventioner för att locka fram den korrekta avgiftsstrukturen. Det kan då inte undvikas att en och annan producent kommer att uppvisa driftöverskott. Vid Ramsey-priser kan denna möjlighet uteslutas, eftersom man då kan föreskriva hur stor vinst varje producent får ha. Priserna sätts i detta fall av en överordnad myndighet med ledning av historiska kostnadsuppgifter. Detta kan ge en långsam anpassning till den optimala avgiftsstrukturen, men i gengäld slipper man från den beskattning som behövs för att finansiera subventionerna i fallet med marginalkostnadspriser.

Till sist: det bästa får inte bli det godas fiende. Att det kan vara besvärligt att åstadkomma en rakt igenom socialt optimal differentiering av avgifterna, hindrar naturligtvis inte att det ändå står mycket att vinna på en övergång till avgiftsfinansierad vård. Detta har framgått i tidigare kapitel, där diskussionen förts med utgångspunkt från att avgifterna är strikt proportionella mot styckkostnaderna. Avsikten har nu bara varit att peka på möjligheter att förbättra avgiftsfinansieringen för att på så sätt ytterligare effektivisera sjukvårdens resursanvändning. Hur dessa möjligheter skall utnyttjas får bli en senare fråga. Av betydelse är bland annat hur högkostnadsskyddet utformas.

9. Högkostnadsskyddets utformning

För att avgiftsfinansiering skall kunna användas inom sjukvården är det nödvändigt att denna kombineras med ett högkostnadsskydd. I tidigare kapitel har antagits att skyddet ger individerna/familjerna full ersättning för alla konsumtionsutgifter som överstiger en viss andel av deras inkomst. Vi kallar detta *Rand-modellen*. Benämningen syftar naturligtvis på Rand-studien, men observera att högkostnadsskyddet där hade en delvis annan konstruktion. Där var individerna/familjerna också garanterade att konsumtionsutgifterna inte skulle överstiga ett visst belopp. Taket var satt till 1 000 dollars per år (i 1974 års priser). I det högkostnadsskydd som nu skall diskuteras saknas detta tak. Man kan diskutera om Rand-modellen representerar en optimal konstruktion. Vad utmärker den? Hur ser alternativen ut? Kan samma modell användas för ersättning vid inkomstbortfall? Dessa frågor behandlas i detta kapitel.

Vi bortser från eventuella subventioner och antar alltså att förekommande avgifter är i princip kostnadstäckande. Vidare förutsätter vi att den del av vårdkostnaderna som avser normala (!) utgifter för mat och husrum inte omfattas av högkostnadsskyddet. Det är rimligt att personerna under alla omständigheter själva svarar för denna typ av utgifter och att högkostnadsskyddet begränsas till att gälla enbart kostnader som är direkt relaterade till deras sjukdom. Följden kan annars bli att personer som är inlagda för vård lever billigare än de annars skulle ha gjort.

Rand-modellen

Individuellt avpassat

Utmärkande för Rand-modellen är att skyddet är individuellt avpassat. Villkoret för att erhålla ersättning är inte att man har en stor konsumtion i största allmänhet, utan att konsumtionen är stor i förhållande till den egna inkomsten. Med andra ord krävs det att man har en relativt stor *konsumtionskvot*.

Det i Sverige tidigare använda 15-kortet (och det från 1991 införda frikortet) exemplifierar en alternativ form av högkostnadsskydd. I detta utgår ersättningen efter en viss avgift oberoende av vederbörande persons inkomst. Detta alternativ kan vara rimligt i ett system med generellt låga avgifter, men det är inte användbart i ett system med högre och kanske t.o.m. kostnadstäckande avgifter. Problemet är att man för låginkomsttagarnas skull i så fall behöver lägga högkostnadsskyddet på en så låg nivå att avgiftsfinansieringen i praktiken blir meningslös. Annars klarar de inte av att betala avgifterna. Konsekvensen för höginkomsttagarnas del blir att de erhåller ersättning redan när konsumtionen bara uppgår till någon enstaka procent av inkomsten. För dem får avgifterna härigenom knappast mera än symbolisk betydelse. När skyddet har denna utformning blir det alltså ingen större skillnad mellan en avgiftsfinansierad och (nästan) totalsubventionerad sjukvård. En utväg kan vara att göra speciella arrangemang för utsatta grupper, såsom äldre utan ATP och studerande, men det är enklare att generellt knyta ersättningsvillkoret till personernas betalningsförmåga.

Det kan tilläggas att inkomsten inte nödvändigtvis är det bästa måttet på en persons betalningsförmåga. Vid bedömningen av ersättningsbehovet kan det vara motiverat att beakta såväl förmögenheten som inkomsten. Detta är i själva verket praxis inom svensk socialpolitik, där betalningsförmågan/bidragsbehovet vanligen beräknas genom att en viss procent av förmögenheten adderas till inkomsten. (Tidigare beräknades även den skattepliktiga inkomsten på detta sätt.) På så sätt undviks att rika personer med relativt låg inkomst blir berättigade till förmåner. En ytterligare skärpning i denna riktning erhålles om den för ersättningen relevanta betalningsförmågan sätts lika med antingen in-

komsten eller en viss andel av förmögenheten, beroende på vilken av dessa storheter som är störst.

Samma villkor för alla

Utmärkande för Rand-modellen är att ersättningen börjar utgå vid samma konsumtionskvot för alla. I detta avseende är skyddet uniformt. I de tidigare redovisade räkneexemplen har det kritiska värdet på konsumtionskvoten antagits vara ca 10 %.

Ett tänkbart alternativ är att högkostnadsskyddet utlöses vid olika nivå på konsumtionskvoten för olika grupper. Man kan t.ex. ha det kritiska värdet vid 8 % för inkomster upp till 100 000 kr, vid 10 % för inkomster mellan 100 000 och 200 000 kr samt vid 12 % för inkomster som är större än 200 000 kr. Härigenom förstärks den inkomstutjämnande effekten av övergången till avgiftsfinansiering. (Hur denna typ av s.k. progressiva skydd utfaller har studerats för den tyska sjukkassan AOK Lindau, se Pfaff & Pfaff, 1989.)

En sådan differentiering skulle onekligen ligga i linje med ambitionerna i den svenska fördelningspolitiken, och den skulle kunna bidra till att minska högkostnadsskyddets totala omfattning, men det får här vara en öppen fråga om den verkligen är önskvärd. Nackdelen är att sjukvårdens finansiering blir mera kontroversiell och osäker än den behöver vara. Det finns inga sakliga skäl att sätta gränsen just 4 procentenheter högre för höginkomsttagare än för låginkomsttagare. Varför inte lika gärna 8 procentenheter? Osäkerheten beror på att man inte kan förutse hur politiska församlingar beslutar i denna typ av frågor. (För en diskussion om majoritetsprincipen som ledstjärna för ekonomiska beslut, se Larsson, 1983.) Till detta kommer att regressiviteten i skyddet förstärker marginaleffekterna i skatte- och bidragssystemet.

Retrospektiv ersättning

Utmärkande för Rand-modellen är också att ersättningen utgår i förhållande till de faktiska utgifterna. Individerna/familjerna får

ersättning krona för krona för de utgifter som överstiger den stipulerade konsumtionskvoten. Nackdelen med denna konstruktion är att konsumenternas kostnadsmedvetande undermineras. I och med att högkostnadsskyddet väl aktiverats, befinner de sig i en situation med 0-taxa.

Konsumenternas kostnadsmedvetande skulle kunna bevaras om ersättningen i stället utgick *prospektivt* med ett engångsbelopp som precis täcker förväntade utgifter under den aktuella perioden. Om individerna/familjerna får behålla den del av ersättningen som de inte utnyttjar, bevaras deras incitament att undvika onödiga kostnader. En sådan konstruktion är emellertid inte lämplig.

En nackdel är att individerna/familjerna frestas att spela mot systemet. För det första får de betalt för att framställa sig som sjukare än vad de faktiskt är. För det andra får de betalt för att underutnyttja sjukvården. Även om ersättningen är korrekt, frestas mottagarna att uppskjuta befogad vård. Samtidigt som de härigenom drygar ut budgeten för annan konsumtion, behåller de symptomen och får på så sätt möjlighet att erhålla en ny ersättning nästa år. Ett sådant beteende behöver inte vara särskilt hälsofarligt. Det finns många former av vård som avser patientens bekvämlighet och allmänna välbefinnande snarare än livshotande tillstånd. Det är svårt att komma till rätta med sådant missbruk av skyddet vid prospektiva ersättningar.

Det är inte någon lösning på problemet att ge ersättning i form av personliga betalningskuponger (*vouchers*) i stället för kontanter. För att inte konsumenternas kostnadsmedvetande skall gå förlorat, är det nödvändigt att eventuellt överblivna kuponger får lösas in mot kontanter. Även om man då skulle göra en relativt låg värdering av kupongerna, kvarstår individernas/familjernas incitament att överdriva behovet och att, när ersättningen erhållits, utnyttja denna mindre än beräknat. Att ha en låg värdering av överblivna kuponger är för övrigt tveeggat. Syftet är att få individerna/familjerna att i större utsträckning efterfråga sådan vård som de verkligen behöver, men samtidigt lockar man dem att efterfråga sådan vård som de inte behöver. Devalveringen av kupongerna fungerar som en prissänkning/subvention och motverkar avgiftsfinansieringens syfte.

En annan och kanske viktigare nackdel med prospektiva er-

sättningar är att högkostnadsskyddets försäkringsmässiga funktion försämras. Det ligger i sakens natur att man aldrig exakt kan förutse en persons vårdbehov. Diagnoser är sällan uttömmande och vid behandlingar kan det tillstöta komplikationer som medför att kostnaden blir större än väntat. Frågan är vem som skall bära den finansiella risk som denna osäkerhet om kostnaden innebär. (För en utförlig diskussion om vem som lämpligen skall bära risken, se Pauly, 1986.) Vid prospektiva ersättningar läggs risken på varje enskild konsument. Denne får ensam bära alla merkostnader som kan dyka upp. Eftersom dessa i enskilda fall kan vara mycket betungande, är arrangemanget otillfredsställande från försäkringsteknisk synpunkt. Det naturliga är att denna typ av risk bärs kollektivt, dvs inom högkostnadsskyddets ram. Men i så fall måste ersättningen utgå *retrospektivt*, dvs först sedan de faktiska kostnaderna/utgifterna observerats. (Lägg märke till att vi i detta kapitel räknar med att förekommande avgifter är kostnadstäckande. Därför görs nu ingen skillnad mellan kostnader och utgifter.)

Allt eller intet

Ännu en utmärkande egenskap hos Rand-modellen är att det bara finns en nivå på ersättning. Individerna/familjerna får antingen ingen ersättning alls eller full kompensation för sina utgifter. (Vi håller det öppet om ersättningsnivån skall vara 100 % eller möjligen något lägre.)

Som alternativ skulle man kunna tänka sig en modell med två ersättningsnivåer, ungefär som i den svenska tandvårdsförsäkringen, där ersättningen uppgår till 40 respektive 75 % av den faktiska kostnaden. I särskilda fall medges högre ersättning, nämligen om vården innefattar "...omfattande protetisk konstruktion som led i behandling av medfödd eller förvärvad ansikts- eller käkmissbildning (AFL 2: Tandvårdstaxa). Den lägre nivån används när utgifterna är relativt små. En fördel med denna modell är att konsumenterna hela tiden känner av kostnaderna, men från såväl fördelningspolitisk som försäkringsteknisk synpunkt är detta ändå en diskutabel konstruktion.

Det är svårt att uppbringa fördelningspolitiska argument för

att visa generositet mot personer med en måttligt hög konsumtionskvot när detta, som här, sker på bekostnad av den ersättning som ges till dem som har störst konsumtionskvot. Det traditionella argumentet att de sämst ställda skall prioriteras, talar för att högkostnadsskyddet koncentreras på storkonsumenterna i vården. Genom att slopa ersättningen när konsumtionen är (relativt) liten, kan de som har (relativt) stor konsumtion ges ett starkare skydd.

Vidare är det svårt att uppbringa försäkringstekniska argument mot att inte gå i denna riktning. Inom samma budgetram kan man åstadkomma olika kombinationer av ersättningsnivåer. I tandvårdsförsäkringen kanske följande par av ersättningsnivåer är möjliga: (40,75), (30,85), (20,90), (10,95) och (0,100). Vad är det som säger att den första kombinationen ger störst trygghet? I den försäkringsteoretiska litteraturen brukar man räkna med att individers/familjers preferenser går i motsatt riktning, dvs att de föredrar kombinationer som ger en rikligare ersättning ju större skadan/utgiften är (se t.ex. Arrow, 1971). Detta talar för att högkostnadsskyddet bör koncentreras på att ge full ersättning när konsumtionskvoten är som störst, dvs att man helst skall välja ersättningsnivåerna (0,100).

Det finns ytterligare ett skäl till att tandvårdsförsäkringen inte är en bra förebild för högkostnadsskyddet i sjukvården. Att den fungerar i tandvården beror på att det där bara undantagsvis rör sig om mycket höga avgifter. Skulle konstruktionen tillämpas generellt inom all sjukvård, skulle många hamna i situationer, där de helt enkelt inte har råd att betala för den vård som erfordras, dvs precis sådana situationer som det är meningen att högkostnadsskyddet skall förhindra. Om inte poängen med högkostnadsskyddet skall gå förlorad, måste det finnas en övre gräns för de avgifter var och en kan avkrävas. Den högsta ersättningsnivån kan alltså inte ligga så lågt som 75%.

Ingen spärr

I Rand-modellen finns det ingen spärr för hur stor ersättning en individ/familj kan få. Eftersom konsumtionen för de ersättningsberättigade sker med 0-taxa, lämnas möjlighet för var och en att

tillgodose alla förekommande önskemål. Detta kan förefalla äventyrligt i ett läge där det är angeläget att hålla tillbaka konsumtionen av sjukvård.

Rand-modellen rymmer onekligen risker för överkonsumtion, men dessa bör inte överdrivas. För det första är det bara en minoritet av individerna/familjerna som kan utnyttja högkostnadsskyddet under ett givet år. Som tidigare nämnts kan det antas att ungefär 15 % av individerna (och förmodligen en ännu lägre andel av familjerna) når upp i en så hög konsumtionskvot att det blir aktuellt med ersättning. För det andra är det otroligt att läkare och annan vårdpersonal, eller personernas egna hälsoadvokater (familjeläkare, husläkare eller distriktsläkare som känner individernas/familjernas medicinska historia samt arbets- och familjeförhållanden, och som kan vägleda dem i valet av specialisttjänster m.m.), vill medverka till en uppenbart överdriven konsumtion, allra helst som de inte behöver ha någon personlig fördel av detta. Att vården är avgiftsfinansierad behöver inte betyda att vårdpersonalen arbetar på ackord. Anställda kan ändå ha fast månadslön. För det tredje finns det rent kvantitativa begränsningar för hur mycket vård befolkningen kan erbjudas. Exempelvis sätter tillgången på donatorer en gräns för hur många transplantationer som kan utföras.

Skulle det ändå vara nödvändigt att hålla tillbaka de ersättningsberättigades konsumtion, får detta i Rand-modellen ske på administrativ väg. Exempelvis skulle försäkringskassan kunna inrätta en avdelning för kostnadsövervakning. Med hjälp av förtroendeläkare och revisorer kan man härifrån hålla ett öga på såväl konsumenter som producenter och påtala uppenbart missbruk. När sådant upptäcks kan åtminstone producenten göras återbetalningspliktig. Vill han gardera sig mot denna risk, bör han kunna erbjudas förhandsbesked i tveksamma fall. På så sätt etableras ett mönster för vad som kan vara rimligt att inkludera i högkostnadsskyddet. (Lägg märke till att man i USA går motsatt väg. Där löper producenten risk att få betala skadestånd när patienten anser sig ha fått för lite vård.)

Det får nu vara en öppen fråga om det uppkommer tendenser till överkonsumtion i Rand-modellen och om denna typ av administrativa ingrepp i så fall räcker som motdrag. Det är svårt att ha någon mening om detta innan modellen prövats i praktiken.

Skulle det visa sig att överkonsumtion faktiskt blir ett problem, tillkommer möjligheten att lägga ersättningen på en något lägre nivå, kanske 95 % av den faktiska kostnaden. Flertalet storkonsumenter i vården torde klara en sådan extra självrisk, men det ligger i sakens natur att man måste vara beredd att medge undantag i enskilda fall.

Andra aspekter

Vi har här framhållit fem utmärkande egenskaper hos Rand-modellen, nämligen att ersättningsbehovet är individuellt avpassat, att ersättningen i övrigt utgår på samma villkor för alla, att ersättningen ges retrospektivt och utan spärr samt att det bara finns en nivå på ersättningen, full kompensation. Genom dessa egenskaper ligger Rand-modellen nära idealet för ett högkostnadsskydd. Det går att ifrågasätta vissa detaljer, exempelvis att inkomsten skulle vara det bästa måttet på en persons betalningsförmåga, men i sina huvuddrag har Rand-modellen en rimlig utformning.

Det bör nämnas att några aspekter nu utelämnats. En fråga är om skyddet skall gälla enskilda personer eller familjer/hushåll. Man kan argumentera för bägge varianterna. I Sverige har traditionen varit att betrakta familjerna som en ekonomisk enhet, men denna tradition bröts vid införandet av särbeskattning och det finns numera en strävan att i lagstiftningen separera mannens och hustruns ekonomi. Hursomhelst är det naturligt att barn sammanförs med respektive vårdnadshavare.

En annan fråga är hur betalningen och ersättningen konkret skall gå till. Vi nöjer oss här med att peka på möjligheten att utrusta individerna/familjerna med patientkort som också kan användas som betalkort. Så länge personerna själva är kostnadsansvariga, kan förekommande saldon månadsvis regleras genom automatisk överföring från deras lönekonto, pensionskonto e. dyl. Eventuellt kan individerna/familjerna åläggas att ha ett särskilt konto från vilket överföringarna görs. Detta konto bör i så fall minst uppgå till 10 % av deras inkomst/betalningsförmåga. Hur stor denna är kan fortlöpande bestämmas av försäkringskassan, förslagsvis i samband med att man fastställer den sjukpenninggrundade inkomsten. När en person blir ersättningsberätti-

gad, kan högkostnadsskyddet automatiskt gå in och ta över betalningen för de på kontot debiterade avgifterna. Vid ett sådant arrangemang behöver inte producenterna i sjukvården hålla reda på om patienterna är berättigade till ersättning eller ej. De behöver bara debitera gällande avgift och kan överlåta åt försäkringskassan att sköta resten.

Ersättningar för inkomstbortfall

Rand-modellen gäller ersättning för vårdutgifter. Man kan diskutera om samma modell vore lämplig för de ersättningar som de förvärvsarbetande erhåller för inkomstbortfall vid sjukdom samt om det finns anledning att samordna de bägge slagen av ersättningar.

Utformningen

Sedan någon tid har det diskuterats att ändra det svenska sjukpenningsystemet på ett genomgripande sätt. Huvudsförslaget är att den skattefinansierade ersättningen skall utgå som ett typiskt högkostnadsskydd. Den börjar utgå först efter två veckors sjukdom och täcker därefter t.ex. 90 % av inkomstbortfallet. Under de första två veckorna är det meningen att löntagarna skall kompenseras av respektive arbetsgivare med *sjuklön*. Denna torde normalt komma att ligga i nivå med den vanliga lönen. Det kommer säkerligen inte att bli ovanligt att löntagare också efter denna karenstid får sjuklön och att de därför själva inte kommer att bära någon del alls av inkomstbortfallet, i varje fall inte direkt. Det ligger i sakens natur att arbetsgivarna inte bjuder på sjuklönen, utan att utgiften för denna på ett eller annat sätt övervältras på löntagarna, antingen genom inflation eller genom att löneökningar hålls tillbaka. (Övervältringen diskuteras i Söderström, *De svenska socialförsäkringarnas finansiering*, 1983.)

En skillnad mellan detta högkostnadsskydd och Rand-modellen är att ersättningen utgår efter två veckors karenstid oberoende av inkomstens storlek, medan de enligt mönstret i Rand-mo-

dellen skulle börja utgå när inkomstbortfallet uppgår till en viss andel av respektive persons inkomst. Eftersom inkomsten normalt är proportionell mot arbetstiden, har detta emellertid knappast någon större praktisk betydelse.

En annan skillnad är att ersättningen utgår på ett tidigare stadium än vad vi räknat med i Rand-modellen. Ett inkomstbortfall under två veckor svarar mot ungefär 3,5 % av årsinkomsten. I gengäld kan en person bli utan ersättning flera gånger under en tolv månadersperiod. Enligt principen att stödet bör riktas till de mest utsatta, skulle man kunna överväga att gå över till att ha en generell längre karenstid, exempelvis 6 veckor, samtidigt som individerna/familjerna får tillgodoräkna sig alla icke ersättningsberättigade dagar under den senaste tolv månadersperioden. På så sätt behöver ingen bli utan ersättning mer än 6 veckor per år. I den mån som personerna har sjuklön under karensdagarna har förändringen framför allt betydelse för arbetsgivarna. Samtidigt som dessa får betala en större sjuklön i normalfallet, får de en lägre utgift för personer med återkommande kortare sjukfrånvaro. Detta torde bidra till att minska deras obenägenhet att anställa personer ur den senare kategorin.

Ytterligare en skillnad är att bara t.ex. 90 % av inkomstbortfallet ersätts, medan Rand-modellen ger full kompensation för alla utgifter som överstiger det kritiska värdet på konsumtionskvoten. Eventuellt är denna skillnad dock bara skenbar. För det första är sjukpenningen relaterad till bruttolönen. I förhållande till individernas/familjernas nettoinkomst är ersättningen större än 90 %. För det andra slipper man vid sjukdom en del utgifter i samband med förvärsarbetet, exempelvis arbetsresor. Beaktas även detta, är det säkert så att många faktiskt får full kompensation för inkomstbortfallen vid sjukdom.

Ersättningarna i form av sjukpenningar avser tillfälliga inkomstbortfall. Vid bestående inkomstbortfall blir det aktuellt med livränta, förtidspension e. dyl. Livränta utgår vid arbetsskada m.m. och ger i allmänhet full kompensation för inkomstbortfallet. Förtidspension (och sjukbidrag) utgår i övriga fall och ger en något lägre kompensation, ca 70 % av inkomstbortfallet. Enligt principen att stödet bör koncentreras på de mest behövande, synes det egendomligt att förtidspensionen ger en lägre kompensation än sjukpenningen. Jämförelser av detta slag är emellertid

vanskliga. När individerna/familjerna får sjukpenning är deras konsumtionsmönster präglad av förvärvsarbetet. I de fall förtidspension blir aktuell, har de större handlingsfrihet i valet av bostadsort m.m. och bör därför kunna nå samma levnadsstandard med en lägre inkomst.

Lämpligt med samordning?

Det är tydligen inga mera betydande skillnader mellan den diskuterade modellen för ersättningar vid inkomstbortfall och Randmodellen för ersättningar vid stora utgifter för vårdkonsumtionen. Detta talar för att det kan vara relativt lätt att slå samman de bägge modellerna. Frågan är dock om detta vore lämpligt.

I den svenska debatten är det framför allt en administrativ samordning som har diskuterats. En idé är att landstingen skulle ta över ansvaret för sjukpenningar och kanske också förtidspensioner. Detta skulle, menar man, inte bara stärka deras incitament att undvika onödiga förseningar i behandlingen av patienter. Dessutom skulle de få starka incitament att ägna sig åt rehabiliterande insatser, arbetsmiljöfrågor o.dyl. Frågan är dock om man för att nå dessa effekter inte måste lägga ansvaret på en lägre nivå. (För en närmare diskussion om hur man kan effektivisera den svenska sjukvården, se Jönsson & Rehnberg, 1986.)

En i detta sammanhang intressant möjlighet är att sjukvården som helhet reorganiseras enligt HMO-modellen. Basorganisationen är då ett relativt stort antal HMO-enheter med en bestämd grupp medlemmar, för vilka enheten har skyldighet att bestrida alla vårdkostnader som inte täcks av medlemmarnas egna avgifter. Det vore naturligt att respektive enhet i så fall också fick ta ansvar för de anslutna medlemmarnas sjukpenningar och kanske också förtidspensioner. På denna nivå skulle incitamenteffekten av detta sannolikt bli märkbar, särskilt om HMO-enheterna byggs upp inom ramen för företagshälsovården. I den svenska diskussionen om HMO-modellen tas nästan alltid för givet att det är nuvarande vårdcentraler som skall bli HMO-enheter. Man kommer då inte ifrån det dubbla huvudmannaskapet för sjukpenningar och sjuklöner. Om företagsläkarna skulle få orga-

nisera HMO-enheter, bör dessa inte vara förbehållna personalen på respektive företag. Det är rimligt att kringboende får välja vilken enhet de skall ansluta sig till. (Flera små företag kan ha en gemensam HMO-enhet.) Ett annat alternativ är att primärkommunerna får rollen som HMO-enheter, eventuellt bara för icke-yrkesverksamma. Hursomhelst är det viktigt att noga överväga vilken storlek HMO-enheterna bör ha. Det gäller att väga intresset av soliditet (riskspridning) mot intresset av valfrihet (konkurrens).

Från en sådan administrativ samordning är steget inte särskilt långt till en fullständig integration av de bägge ersättningarna. Varje individ/familj skulle i så fall få ett högkostnadsskydd som gäller såväl vårdutgifter som inkomstbortfall. Skyddet skulle aktiveras när *summan* av utgifterna och inkomstbortfallen når upp till en viss andel av familjens inkomst/betalningsförmåga. För att inte de förvärvsarbetande skall få en alltför gynnsam situation i denna modell, är de nödvändigt att eventuell sjuklön, livränta o.dyl. räknas av från förekommande inkomstbortfall.

Även om denna modell förefaller enkel, rymmer den en hel del problem. Speciellt skall här nämnas komplikationen att såväl anställda som arbetsgivare får incitament att undvika sjuklöner. Det blir en fördel för bägge parter att i stället höja den vanliga lönen. Härigenom får högkostnadsskyddet inte bara bära en större del av kostnaden för löntagarnas inkomstbortfall, utan också en större del av kostnaden för deras vårdkonsumtion. I praktiken torde flertalet löntagare få all vårdkonsumtion med 0-taxa. Om det inte finns någon sjuklön, kommer nämligen redan en normal sjukfrånvaro (ca 20 dagar per år) att generera så stora inkomstbortfall att högkostnadsskyddet aktiveras. För att detta skall aktiveras är det tillräckligt att löntagarna avstår från sjuklön under ungefär 10 % av arbetsdagarna. Sedan har de allt fritt, inkomstbortfall såväl som vårdkonsumtion.

Det får här vara en öppen fråga om man ytterligare bör reformera det svenska sjukpenningssystemet och kanske också knyta detta närmare till högkostnadsskyddet för vårdkonsumtionen. Som framgått är det ingen större skillnad mellan de bägge systemen, men ändå inte oproblematiskt att få en närmare samordning av de bägge slagen av ersättningar. Det bästa är kanske att nöja sig med en administrativ samordning på så sätt att huvud-

männen i sjukvården får ansvaret också för ersättningarna vid inkomstbortfall, men för att detta skall ge önskade effekter kan det krävas en radikal reorganisation av sjukvården i enlighet med HMO-modellen.

10. Högkostnadsskyddets finansiering

I det föregående har högkostnadsskyddet antagits bli finansierat genom skatter, exempelvis arbetsgivaravgifter. Eftersom högkostnadsskyddet svarar för merparten av befolkningens vårdutgifter, kanske 70 %, betyder detta att sjukvården även i fallet med kostnadstäckande avgifter till största delen blir skattefinansierad. Avgiftsfinansieringen medför dock att behovet av skatter minskar. Enligt beräkningarna i kapitel 6 kan detta sjunka med ungefär en tredjedel. I detta kapitel belyses möjligheterna att helt eller delvis ersätta skatterna med försäkringspremier. Motiven för att ta detta steg har redovisats i kapitel 3. Som tidigare förutsetts att högkostnadsskyddet inte avser normala utgifter för mat och husrum. Varje person antas alltså själv svara för dessa utgifter även vid sjukhusvistelse.

Intresseprincipen

Försäkringspremier är artskilda från skatter. De senare brukar definieras som betalningar utan motprestation, med vilket menas att skattebetalaren inte får något direkt privat utbyte av betalningen, medan försäkringspremier alltid är förenade med ett sådant utbyte. Medan skatter utgår efter personernas bärkraft e.dyl., utgår försäkringspremier alltid efter deras intresse. När försäkringspremier används, uppfattar individerna/familjerna det som en personlig förmån att få betala för skyddet. Undantas eventuella altruistiska motiv, är detta bara möjligt om de själva kommer i en förbättrad ekonomisk situation genom betalningen. Denna måste ge dem fördelar som de inte lika bra eller bättre kan

uppnå på annat sätt. Med andra ord skall betalningen av försäkringspremien framstå som en s.k. god affär.

Skall detta villkor säkert uppfyllas, måste högkostnadsskyddet omvandlas till en frivillig försäkring. Ersättningen är då förbehållen individer/familjer som betalar den försäkringspremie som begärs av dem. Personer som tycker att skyddet inte är värt sitt pris, kan låta bli att betala och på så sätt ställa sig utanför skyddet.

Det är inte nödvändigt att hela högkostnadsskyddet omvandlas till en frivillig försäkring. Det går att ha ett system med ett allmänt grundskydd som kompletteras med frivilliga tilläggsförsäkringar. För att ge utrymme åt de senare behöver grundskyddet dock läggas på en relativt låg nivå. I förhållande till Randmodellen kan nivå-sänkningen ske på två sätt. En möjlighet är att utesluta vissa typer av vård från det allmänna skyddet. Vid beräkningen av den ersättningsberättigade konsumtionskvoten kan man exempelvis utesluta individernas/familjernas utgifter för glasögon och andra medicinska hjälpmedel, vissa läkemedel, tandvård, viss kosmetisk vård o.s.v. En annan möjlighet är att reducera det allmänna skyddet till ett rent *katastrofskydd*. Exempelvis kan man bestämma att ersättning inte börjar utgå förrän konsumtionsutgifterna nått upp till 75 % av inkomsten/betalningsförmågan. Dessa begränsningar kan kombineras. (En konsumtionskvot på 75 % kan tyckas orimligt hög, men det kan påpekas att det tidigare använda systemet med differentierade vårdavgifter för pensionärer implicerade konsumtionskvoter på denna nivå. Pensionärerna fick betala vårdavgifter i sådan utsträckning att det av deras totala inkomst bara återstod ett mindre belopp för fickpengar.)

Avsikten med dessa begränsningar är inte att försämra det skydd som individerna/familjerna har, utan att öppna möjligheter för dem att finansiera skyddet med försäkringspremier. Efter som tilläggsförsäkringarna är frivilliga, får var och en möjlighet att göra kompletteringar av skyddet efter egna önskemål. Betalningen av premierna underlättas av att beskattningen samtidigt mildras.

I normalfallet är tilläggsförsäkringarna självfinansierade. Det betyder att varje person begärs betala en premie som precis täcker hans förväntade anspråk på ersättning från försäkringen. En

person som väntas ha dubbelt så stora anspråk som en annan, får alltså betala en dubbelt så hög premie. I den försäkringsteoretiska litteraturen säger man att premierna i detta fall är *aktuariemässiga* eller, vilket är samma sak, att de är differentierade med avseende på personernas *riskklass*.

Att identifiera till vilken riskklass olika personer hör, är ett centralt problem i all försäkringsverksamhet. Vare sig man över-skattar eller underskattar risken, blir verksamheten lidande, i varje fall om det råder fri konkurrens på försäkringsmarknaden. Överskattningar av risken innebär att man begär en alltför hög premie och det skrämmar bort kunder, medan underskattningar innebär att man begär en alltför låg premie och drar på sig förluster. En korrekt riskvärdering är alltså att föredra. Men ofta finns det inte särskilt mycket att gå efter när kunderna skall placeras i riskklasser. Vanligen får man förlita sig på uppgifter om hur tidigare försäkringstagares ersättningsanspråk varierat med deras ålder, kön, utbildning, rökvanor, bostadsort, yrke, familjesituation o.dyl. I vissa fall kan speciella hälsoundersökningar utnyttjas. Ibland kan problemet lösas med någon form av bonus-system. Man startar då t.ex. med en relativt hög premie för alla, och ger sedan en successivt växande rabatt till de försäkringstagare som visar sig utnyttja försäkringen förhållandevis lite.

Under de gjorda förutsättningarna, och med reservation för svårigheterna att göra en korrekt riskvärdering, blir alltså högkostnadsskyddet i fallet med försäkringspremier åtminstone delvis finansierat i proportion till individernas/familjernas förväntade nytta av skyddet. Vi kallar detta *intresseprincipen*. Av många används denna princip som en måttstock på rättvisa. Men det kan diskuteras om det är en bra princip i just detta sammanhang. Som lätt inses är individernas/familjernas förväntade nytta av skyddet ungefärligen detsamma som deras förväntade sjuklighet. I Sverige har framför andra Knut Wicksell förordat intresseprincipen. Han menade att man i möjligaste mån bör tillämpa denna princip i hela den offentliga sektorn (Wicksell, 1987). Hur principen skulle kunna tillämpas i transfereringssystemet diskuteras i Söderström, *Almost genuine insurance schemes as an alternative to tax-financed pensions and other social security benefits* (1989).

Huvudfrågan i detta kapitel är inte om intresseprincipen bör tillämpas i finansieringen av högkostnadsskyddet, utan om den

kan tillämpas. Det är, som vi skall se, inte helt lätt att åstadkomma en fungerande marknad för sjukförsäkringar.

Problem vid tillämpningen

I detta avsnitt belyses svårigheterna att tillämpa intresseprincipen i finansieringen av högkostnadsskyddet. Diskussionen sker med utgångspunkt från en tänkt situation, i vilken statens roll är begränsad till att tillhandahålla ett grundskydd av typen katastrofskydd, men där det i övrigt är fritt fram för vem som vill att sälja vilka sjukförsäkringar som helst. Hur tilläggsförsäkringarna skall se ut överläts alltså åt marknaden att bestämma. Säljarna kan vara kommersiella företag, men inget hindrar att det bildas grupper av personer som driver försäkringsverksamheten i kooperativ form.

En tänkt marknad av detta slag utmärks av ett antal problem, som i den försäkringsteoretiska litteraturen behandlas under rubrikerna gratispassagerare (*free riders*), utestängning (*exclusion*), snedrekrytering (*adverse selection*) och kollektiva risker (*collective risks*). För en närmare diskussion om dessa problem, se Söderström, *The redistributive effects of social protection: Sweden*, 1988. Man brukar tala om ytterligare ett problem, som vi nu inte går närmare in på, nämligen att försäkringar påverkar individernas/familjernas beteende både före och efter det att en ersättningsberättigad skada inträffar, s.k. *moral hazard*. Motmedlet är att försäkringarna ges med viss självrisk, varvid individerna/familjerna själva får stå för en del av kostnaden. Hur detta kan ordnas i sjukförsäkringar har diskuterats i det föregående.

Gratispassagerare

Som tidigare påpekats är det inte meningen att individerna/familjerna skall få ett sämre högkostnadsskydd genom att en del av detta omvandlas till frivilliga tilläggsförsäkringar, utan avsikten är att de skall få möjlighet att betala för skyddet genom försäkringspremier i stället för skatter. Inget hindrar dock att individer-

na/familjerna utnyttjar situationen till att inte skaffa sig någon försäkring alls. När vårdutgifterna blir stora, har de i så fall bara det allmänna grundskyddet och egna resurser att falla tillbaka på.

Detta är inget problem (för försäkringsmarknaden) så länge oförsäkrade personer lämnas åt sitt öde. Men det blir ett problem om de oförsäkrade kan påräkna hjälp när vårdutgifterna hotar deras levnadsstandard. I så fall försvagas folks incitament att skaffa sig egna försäkringar och de lockas att bli gratispassagerare. Varför skall man betala för ett skydd som man ändå kan få gratis? I extremfallet bortfaller all efterfrågan på försäkringar.

Om detta problem hotar att bli allvarligt, och man inte vill ta en hård attityd mot de oförsäkrade, återstår bara att öka det obligatoriska inslaget i högkostnadsskyddet. Detta kan ske utan att det allmänna grundskyddet höjs. Ett alternativ är att föreskriva att alla måste ha en tilläggsförsäkring av viss minsta omfattning, samtidigt som man låter det vara öppet hur individerna/familjerna skaffar sig denna försäkring. Denna modell används bl.a. i den svenska trafikförsäkringen. Hur man än gör, är det uppenbart att detta går ut över möjligheterna att finansiera högkostnadsskyddet enligt intresseprincipen.

Det spelar ingen roll att den obligatoriska försäkringen kanske betalas med en aktuariemässigt korrekt premie. Avgörande för om betalningen är en god affär eller inte, är inte, som man skulle kunna tro, beroende av vilka förmåner som försäkringen ger individerna/familjerna, utan av vad de förlorar vid underlåtelse att betala försäkringen. Frågan är alltså vilka sanktioner som är knutna till obligatoriet. Kommer personer som inte självmant betalar för den obligatoriska försäkringen att gå miste om ersättningar, eller sätts de rent av i fängelse? Bara om sanktionerna framstår som tillräckligt avskräckande, kan man säga att det ligger i individernas/familjernas eget intresse att fullgöra betalningen. Men i så fall är obligatoriet poänglöst. Om man är beredd att tillgripa drastiska sanktioner i fallet med en obligatorisk försäkring, kan man lika gärna visa fram en hård attityd mot dem som avstår från att försäkra sig i fallet med frivilliga försäkringar. Då behöver frågan om obligatorium aldrig bli aktuell.

Hur hårt man behöver gå fram mot oförsäkrade personer för att undgå problemet med gratispassagerare, är svårt att bedöma.

En indikation på att problemet kan vara tämligen godartat, är att praktiskt taget alla schweizare har en sjukförsäkring, trots att detta inte är påbudet i alla kantoner. Förmodligen spelar kulturell tradition och uppfostran en stor roll för hur individerna/familjerna förhåller sig till frestelsen att bli gratispassagerare. Om många sätter en ära i att stå på egna ben, finns det utrymme att vara generös mot personer som av olika anledning inte klarar detta.

Utestängning

Problemet med gratispassagerare är att vissa personer försöker dra sig undan kostnadsansvaret för den egna tryggheten. Problemet med utestängning är det motsatta. Här handlar det om personer som vill ha ett skydd, men som inte har råd att köpa en aktuariemässigt premiesatt tilläggförsäkring. Anledningen kan vara att de har en extremt låg inkomst, eller att de tillhör en extremt hög riskklass. Personer med svåra handikapp kan nämnas som exempel. Det vore naturligtvis otillfredsställande om dessa personer lämnades med enbart ett elementärt grundskydd av katastroftyp.

De utsatta personernas situation skulle förbättras om nivån på grundskyddet höjdes eller om försäkringsföretag och kooperativ ålades att ge dem en särskild rabatt. I det senare fallet skulle försäkringsföretagen och kooperativen behöva kompensera sig genom att ta ut högre premier av vanliga försäkringstagare, varför försäkringarna från deras synpunkt blir mindre lockande. I bägge fallen blir följderna att marknaden för frivilliga försäkringar tunnas ut. Skall denna konsekvens undvikas, måste stödet till de utsatta ha formen av ett direkt *bidrag*, som ökar deras köpkraft och gör det möjligt för dem att betala en aktuariemässig premie. Eventuellt kan bidraget ges som en personlig betalningscheck (*voucher*). På så sätt görs minsta möjliga avsteg från intresseprincipen.

Hur stor andel av individerna/familjerna som kommer att behöva bidrag är beroende av hur betalningen ordnas. För många är eventuella betalningssvårigheter av en övergående natur, exempelvis i samband med bosättningen eller vid byte av arbete. I

sådana fall föreligger inget egentligt bidragsbehov. Individernas/familjernas problem kan enkelt lösas genom att de ges *anstånd* med betalningen till dess att den privata ekonomin stabiliserats. Eftersom det handlar om en kredit och inte ett bidrag, kan man vara generös med anstånd. På en marknad med konkurrerande försäkringsföretag och kooperativ kan man räkna med att det uppkommer en mängd sådana arrangemang för att underlätta försäkringstagarnas betalning av försäkringspremierna. Detta minskar risken att någon inte skall kunna betala försäkringen på grund av rent tillfälliga likviditetsbekymmer. Man skulle rent av kunna överlåta åt individerna/familjerna att själva bestämma när försäkringspremierna skall betalas, förutsatt att de kan uppvisa fullgod säkerhet för eventuella krediter. En person som saknar fast egendom skulle som säkerhet kunna ge försäkringsföretaget eller kooperativet rätt att dra en fast procent av lönen så länge debiterade försäkringspremier inte är betalda. På så sätt kan man förena en debitering enligt intresseprincipen med en betalning enligt förmågeprincipen. På detta sätt undviks enkelt tillfälliga likviditetsproblem i finansieringen av försäkringarna. Hur en betalningsmodell av detta slag skulle kunna användas i hela socialförsäkringssystemet diskuteras i Söderström, *De svenska socialförsäkringarnas finansiering*, 1983.

För andra, inte minst ålderspensionärerna, vinner man ingenting med att ge anstånd med betalningen. Eftersom sjukligheten stiger med åldern, har deras eventuella betalningssvårigheter snarast en tendens att bli värre för varje år som går. Lösningen för denna kategori är inte krediter, utan någon form av förskotts-betalning. Detta åstadkommes genom att försäkringarna utformas som ett *premiereservsystem*. Varje försäkringstagare bygger då upp en fond för att täcka framtida ersättningsanspråk. För att inte fonduppbyggnaden skall bli alltför betungande, är det lämpligt att den sker under hela livet. Detta är den modell som används av bl.a. schweiziska sjukkassor. Tanken är där att alla behöver en lika stor fond och att denna skall byggas upp medan man är i arbetsför ålder. För att alla skall få betala lika mycket, är de premier som tas ut för fonduppbyggnaden differentierade efter personernas ålder vid anslutningen till kassan. En person, som ansluter sig vid 20 års ålder, betalar alltså resten av livet en lägre årlig premie än en person som ansluter sig senare. På detta

sätt hålls inte bara premierna på en relativt låg nivå. Dessutom ser man till att betalningen sker under en period av livet då personerna normalt har det gott ställt. Härigenom reduceras behovet av bidrag för att lösa problemet med utestängning.

Om premiereservsmodellen kombineras med den tidigare nämnda typen av kreditarrangemang, begränsas problemet med utestängning till att gälla framför allt förtidspensionärer och andra med stora vårdbehov. De har ett kvarstående behov av bidrag som på något sätt måste beaktas när man bestämmer nivån på förtidspensioner o.dyl.

Kollektiva risker

Det finns, som framgått, starka skäl att använda sig av livsvariga försäkringar av premiereservstyp på sjukvårdens område. Detta är emellertid inte problemfritt. Vilka försäkringspremier skall man använda i detta fall? Eftersom vi idag har en mycket oklar bild av sjukdomspanoramat och behandlingsmetoderna i framtiden, har försäkringsföretag och kooperativ svårt att bilda sig en uppfattning om hur stora fonder försäkringstagarna behöver ha. De premier som betalas i yrkesaktiv ålder måste med nödvändighet baseras på grova gissningar om hur stor vårdkonsumtionen kommer att bli. Eftersom gissningarna kan vara felaktiga, måste försäkringsföretagen och kooperativa gardera sig genom att inte lova full kompensation. Detta är en klar nackdel för enskilda försäkringstagare, men utan sådana förbehåll är risken överhängande att hela försäkringsrörelsen rasar samman.

Det finns två tänkbara lösningar på detta problem. En utväg kan vara att åstadkomma någon form av *återförsäkrings*system. Detta betyder, enkelt uttryckt, att respektive försäkringsföretag eller kooperativ självt köper försäkringar mot risken att dess fonder skall tömmas. Sådana system används på många områden, exempelvis vid försäkringar av fastigheter i jordbävningsdrabbade områden, men det är oklart om man kan bygga upp ett fungerande återförsäkringssystem på sjukvårdens område. Det saknas inte exempel på att sjukförsäkringar tömts på sina fonder. Eventuellt kan staten gå in som garant för givna löften, men i så fall undgår man inte ett visst inslag av skattefinansiering i högkostnadsskyddet.

En annan utväg är att begränsa personkretsen för sjukförsäringen till den yrkesaktiva befolkningen (och deras barn). Eftersom behovet av sjukvård varierar relativt lite med åldern för denna grupp, blir det möjligt att ha försäkringar med ett-årig giltighet. I och med att man härigenom enkelt kan anpassa försäkringspremierna till kostnadsutvecklingen inom vården, erbjuder det inga svårigheter för försäkringsföretagen och kooperativen att garantera full kompensation till de försäkrade. Detta är en klar fördel för de försäkrade, men frågan är om man kan se detta arrangemang som en lösning på problemet med kollektiva risker i sjukvården. Priset man får betala är att en stor och för sjukvården viktig kategori, nämligen pensionärerna, ställs utanför försäkringsmarknaden. Om de inte skall lämnas med enbart det allmänna grundskyddet, måste deras del av ett utökat högkostnadsskydd i så fall skattefinansieras.

I USA har den senare utvägen valts. Ålderspensionärerna erhåller där sin sjukvård genom det skattefinansierade *medicare*-systemet, medan de förvärvsarbetande förutsätts ordna sitt högkostnadsskydd genom sedvanliga privata försäkringar. I den mån som de inte klarar av detta, träder det likaledes skattefinansierade *medicaid*-systemet in. För närvarande är det ca 30 miljoner amerikaner, dvs ungefär 1/8 av befolkningen, som får sin sjukvård betald på det senare sättet. Det är oklart om dessa personer är gratispassagerare eller ett offer för utestängning. Hursomhelst innebär den amerikanska modellen att en mycket stor del av sjukvården blir skattefinansierad. För en redogörelse av sjukförsäkringarnas utveckling i USA, se Feigenbaum, *Risk bearing in health care finance*, 1987.

Utvägen med livsvariga försäkringar har som nämnts valts i bl.a. Schweiz. Som framgått är detta en något äventyrlig väg. Det finns också exempel på att sjukkassor inte klarat av den fortgående kostnadsökningen inom sjukvården, utan kommit på obestånd. Hittills har dock konsekvenserna för de drabbade försäkringstagarna kunnat mildras genom att de erbjudits att gå över till annan sjukkassa på förmånliga villkor. Förmånen är att de sluppit betala full avgift enligt den åldersrelaterade premieskalan. Man kan se detta som en form av återförsäkringssystem.

Frånsett enstaka fall av detta slag har de schweiziska sjukkasorna hittills visat sig livskraftiga. Man kan spekulera över anled-

ningen till detta. En inte helt orimlig tanke är att systemet fungerar därför att försäkringstagarna uppfattar sjukkassan som ett *kedjebrev*, där var och en kan göra en vinst så länge kassan fylls på med nya medlemmar. Varje person, som ansluter sig till en kassa, betalar initialt en högre premie än vad som motiveras av hans förväntade vårdutgifter. Mellanskillnaden går åt till att täcka merkostnaden för tidigare medlemmars sjukvård. Närmare bestämt är det fråga om att de bidrar till att täcka underskott i tidigare medlemmars fonder. I gengäld kan den nyanslutne räkna med att han själv skall bli subventionerad av personer som ansluter sig till kassan i framtiden. Detta system fungerar så länge alla tror att premierna i sjukförsäkringen kan höjas i minst samma takt som vårdkostnaderna ökar. Men den dag man börjar tvivla på detta är systemet i gungning. Om det kan misstänkas att kommande generationer inte vill vara med och subventionera de äldres sjukvård, och att de även föredrar att starta egna kassor som strikt följer premiereservsmodellen, går kedjebrevet mot sin upplösning. Kvar finns då bara en stor mängd förlorare. För att de inte skall gå miste om sjukvård på ålderdomen, finns det förmodligen ingen annan utväg än att staten då övertar de åtaganden som respektive sjukkassa haft.

Snedrekrytering

Medan problemet med utestängning i varje fall delvis beror på att försäkringsföretag och kooperativ kan identifiera vilka personer som hör till respektive riskklass, beror problemet med snedrekrytering på att de inte kan göra detta. När man inte kan göra en korrekt gruppering av potentiella försäkringstagare i riskklasser, tvingas man erbjuda någon form av standardförsäkring till alla. Detta gynnar personer i högre riskklasser och missgynnar personer i lägre riskklasser, men bara på kort sikt. I och med att lågriskgrupperna missgynnas, minskar deras efterfrågan på försäkringar. Härigenom kommer högriskgrupperna att bli överrepresenterade bland försäkringstagarna, vilket leder till att försäkringsföretaget eller kooperativet får större utgifter än beräknat. Om man då, för att kompensera sig, höjer premien på standardförsäkringen, blir följderna bara att ännu fler ur de lägre riskgrup-

perna avstår från att köpa försäkringen och att högriskgruppernas överrepresentation blir ännu starkare. Till sist återstår bara de mest extrema högriskgrupperna. Vid konkurrens mellan försäkringsföretag och kooperativ kan denna process gå relativt fort.

Det bör understrykas att den beskrivna processen inte är en följd av allmän osäkerhet om storleken på förekommande risker, utan att det är fråga om s.k. *asymmetrisk information* om riskerna. Problemet är inte att försäkringsföretag och kooperativ vet lite, utan att de vet mindre än de potentiella försäkringstagarna. I annat fall skulle det inte uppkomma någon selektion bland försäkringstagarna.

En utväg kan vara att försöka avlocka försäkringstagarna information om de aktuella riskerna. Försäkringsföretag och kooperativ har lång erfarenhet av hur detta kan göras. Vi har tidigare nämnt metoden med någon form av bonussystem som en möjlighet. I detta fall sätts premien på standardförsäkringen som om alla tillhörde den högsta riskgruppen, men för att inte skrämja bort lågriskgrupperna utlovar man samtidigt en återbäring till personer som utnyttjar försäkringen relativt lite. Detta arrangemang kan naturligtvis användas på sjukförsäkringar lika väl som på bilförsäkringar och liknande. Eventuellt kan det dock av somliga uppfattas som utmanande att återbäringen i första hand går till de personer som är minst sjuka.

En annan utväg kan vara att försöka öka personernas osäkerhet om vilken riskgrupp de verkligen tillhör. Detta görs genom att tidsperspektivet förlängs. Ju längre tid försäkringen gäller, desto osäkrare är personerna om vilket utbyte de skall ha av skyddet. På så sätt blir försäkringsföretag och kooperativ mera jämspelta med försäkringstagarna. I USA har sjukförsäkringar hittills vanligtvis varit ettåriga, men med hänvisning till de observerade selektionsfenomen, överväger man nu att gå över till försäkringar som löper på minst 18 månader. Detta förmodas minska tendensen att folk försäkrar sig med utgångspunkt från hur de känner sig för tillfället. Ett extremt steg i samma riktning är den schweiziska varianten med livsvariga försäkringar. Som nämnts använder man där ingen som helst premiedifferentiering, utom med avseende på försäkringstagarnas ålder vid inträdet i sjuk-kassan. Utöver standardförsäkringen, som är obligatorisk i vissa

kantoner, har schweizarna möjlighet att köpa speciella tilläggsförsäkringar. En sådan försäkring kan exempelvis ge försäkrings-tagaren rätt att få eget rum vid sjukhusvistelse, att själv välja läkare etc. Eftersom denna typ av förmåner är relativt billiga, kan premierna på tilläggsförsäkringarna hållas tämligen låga. Det har också observerats att dessa försäkringar subventioneras med hjälp av överpris på standardförsäkringarna.

Slutsats

Vart och ett av de nämnda problemen försvårar tillämpningen av intresseprincipen för finansieringen av högkostnadsskyddet. Saken blir inte lättare av att problemen i praktiken uppträder samtidigt. Med hänsyn till detta får det anses uteslutet att vi i Sverige skulle kunna övergå till en renodlad försäkringsfinansiering av högkostnadsskyddet. Vissa steg i denna riktning borde dock kunna tas.

Den schweiziska modellen med livsvariga försäkringar för hela befolkningen enligt premiereservsmodellen kan inte sägas vara aktuell för Sveriges del. Dels uppvisar denna modell påtaglig svaghet ifråga om stabiliteten över tiden, dels ligger den utom räckhåll inom överskådlig tid. Det tar en hel generation att bygga upp de fonder som skall säkerställa ålderspensionärernas framtida ersättningspråk. Parallellt med att dessa fonder byggs upp, skulle man behöva klara av finansieringen av nuvarande äldres och medelålders framtida sjukvård, eftersom dessa personer inte hinner skaffa sig tillräckliga egna fonder. För personer som idag är unga, blir detta en dubbel börda.

Väljes den amerikanska modellen med försäkringar som bara gäller personer i yrkesaktiv ålder, bortfaller behovet av fonduppbyggnad. Övergången kan därigenom ske tämligen omgående. För de yrkesaktiva blir skillnaden bara att de betalar försäkringspremier i stället för skatter för det egna skyddet, medan pensionärernas högkostnadsskydd som hittills blir skattefinansierat. (Av de amerikanska erfarenheterna att döma är det troligt att de yrkesarbetande i viss utsträckning kommer att få sjukförsäkring-
en i form av en löneförmån. I så all är det tveksamt om finansie-

ringen kommer att ske med äkta försäkringspremier. Det blir snarare fråga om avgifter som bestäms på kollektiv väg i samband med löneförhandlingar.) Ett visst inslag av försäkringsfinansiering kan nås också i pensionärernas högkostnadsskydd, men detta får de i så fall betala själva. Man skulle exempelvis kunna låta dem köpa tilläggsförsäkringar som gäller medicinska hjälpmedel av olika slag, fotvård o.dyl. samt rätt till eget rum vid vistelse på sjukhus.

På detta sätt undgås problemet med kollektiva risker. Samtidigt förvärras, som framgått, problemet med snedrekrytering. En lösning på detta problem är just att ha livsvariga försäkringar. Man får nu i stället försöka att undvika snedrekryteringen med hjälp av bonussystem o.dyl. Konsekvensen blir i så fall att individerna/familjerna (i yrkesaktiv ålder) skiktas efter riskklass. Detta missgynnar personer i de högre riskklasserna och kan leda till viss utestängning. I den mån som utestängningen inte beror på tillfälliga betalningssvårigheter och enkelt kan lösas med krediter, krävs någon form av bidrag till de utsatta grupperna. Bidraget kan t.ex. bestå i att man höjer nivån på förtidspensioner och livräntor. I och med att bidrag kommer in i bilden, skärps problemet med gratispassagerare. Om personerna vet att de relativt lätt kan få bidrag, minskar deras incitament att betala för högkostnadsskyddet med egna medel. Detta gäller i än högre grad om det blir vanligt att folk utan försäkring ges vård utan avgift. Skall försäkringsfinansieringen kunna bli effektiv, är det viktigt att individerna/familjerna inte betraktar premiebetalningarna som en onödig utgift.

Med dessa steg torde det gå att reducera inslaget av skatter i finansieringen av högkostnadsskyddet med ungefär en tredjedel. Följden blir att det totala behovet av skatter i sjukvårdens finansiering krymper till ca 3,5 % av BNP. Detta är ungefär hälften av totalkostnaden för sjukvården i fallet med kostnadstäckande avgifter och ett högkostnadsskydd enligt Rand-modellen. Av återstoden betalas motsvarande ca 2 % av BNP genom avgifterna och ca 1,5 % genom försäkringspremierna.

Enligt vad som sagts i kapitel 3 medför skattesänkningen samhällsekonomiska fördelar. Det bör dock framhållas att övergången från skattefinansiering till försäkringsfinansiering av högkostnadsskyddet kan få vissa negativa effekter från fördelningspoli-

tisk synpunkt. Grovt räknat innebär övergången att en finansiering som är proportionell mot personernas inkomst/lön ersätts med en finansiering som innebär att alla betalar ungefär lika mycket, men observera att de mest utsatta grupperna, som t.ex. förtidspensionärer inte berörs av fördelningseffekterna. För deras del blir högkostnadsskyddet under alla omständigheter skattefinansierat, bara med den skillnaden att de i fallet med försäkringsfinansiering får tillfälle att själva påverka skyddets omfattning och närmare utformning.

11. Avslutning

Avsikten har här varit att belysa alternativen till skatter i finansieringen av sjukvården. Strängt taget finns det bara två alternativ, försäkringspremier och avgifter. Enligt den genomgång som gjorts i kapitel 2 är dessa alternativ sparsamt förekommande. I flertalet länder sker finansieringen med skatter. På många håll övervägs emellertid nu möjligheter att minska skatteinslaget i sjukvårdens finansiering. Detta kan förmodas bli 90-talets centrala sjukvårdspolitiska fråga. Anledningen är främst tvivel på skattesystemets förmåga att betala för den expansion av vårdkonsumtion som kan förutses komma, bl.a. som en följd av att antalet äldre personer i befolkningen ökar. Försäkringspremier och avgifter ses i detta fall som ett komplement till skatter, dvs som ett sätt att stärka sjukvårdens resurser. Men en växande insikt om beskattningens skadeverkningar i samhällsekonomin har medfört att det nu också finns många som ser försäkringspremier och avgifter som ett substitut till skatter. Motivet för att se över sjukvårdens finansiering är i detta fall inte primärt att öka sjukvårdens resurser, utan att effektivisera och förbilliga finansieringen. Skillnaden behöver inte vara så stor. Utan en effektiv finansiering är det svårt att få fram de resursökningar som behövs.

Av alternativen är det framför allt möjligheten att införa någon form av försäkringar som tilldragit sig intresse i den allmänna debatten. Om en sådan förändring inte bara skall bli skenbar, måste man gå över till en finansiering med äkta försäkringspremier i intresseprincipens mening. Eftersom detta förutsätter att konsumenterna erbjuds frivilliga försäkringar, ligger det i sakens natur att övergången inte kan bli fullständig. Det finns tre viktiga begränsningar för en konsekvent tillämpning av intresseprincipen.

1. För att vi inte skall hamna i en omöjlig situation, är det nödvändigt att ha en viss del av sjukförsäkringen i form av ett skattefinansierat allmänt grundskydd. Detta bör vara så omfattande att personer, som underlåter att skaffa sig egna försäkringar och därför enbart har grundskyddet och egna medel att falla tillbaka på, inte behöver hamna i misär vid sjukdom.
2. Det tar lång tid att bygga upp de fonder som skall garantera individerna/familjerna ersättning vid sjukdom. Medan uppbyggnaden pågår, går det inte att komma från förpliktelser mot personer som inte hinner bygga upp egna fonder. För överskådlig tid blir det därför nödvändigt att i synnerhet ålderspensionärernas skydd finansieras skattevägen. Detta förhållande, och de allmänna svårigheterna att etablera ett fungerande premiereservsystem, talar för att försäkringslösningen begränsas till personer i yrkesaktiv ålder och deras barn.
3. Till detta kommer svårigheterna att över huvud taget åstadkomma en fungerande marknad för sjukförsäkringar. Det är ingen tillfällighet att nästan alla länder finansierar sjukvården huvudsakligen med skatter. I fallet att försäkringsfinansieringen begränsas på angivet sätt, är det främsta problemet att alla inte får råd att betala en regelrätt försäkring. Detta gäller framför allt personer, om vilka man vet att de har stora vårdbehov. För dessa personer är det nödvändigt att sjukförsäkringen åtminstone delvis finansieras skattevägen.

Dessa begränsningar i möjligheterna att gå över till en renodlad försäkringsfinansiering gäller specifikt storkonsumenterna i sjukvården. Det ligger därför i sakens natur att försäkringsfinansieringens relativa betydelse måste bli blygsam. Försäkringarnas andel av den totala finansieringen torde knappast kunna uppgå till mera än en tredjedel.

Vare sig sjukförsäkringen betalas med skatter eller regelrätta försäkringspremier är det lämpligt att denna får formen av ett högkostnadsskydd inom ramen för en i princip avgiftsfinansierad sjukvård. Av bl.a. fördelningspolitiska skäl finns det anledning att undvika dagens modell med en starkt subventionerad sjukvård. Det bästa synes vara att konsumenterna i vården möter kostnadstäckande avgifter och att de, för att klara av betalningen av dessa, ges

ett högkostnadsskydd enligt *Rand-modellen*. I detta fall aktiveras skyddet när en persons samlade avgiftsbetalningar under en tolv-månadersperiod uppgår till en viss andel av inkomsten/betalningsförmågan. En gräns vid 10 % förefaller rimlig. I så fall kommer ca 15 % av personerna att kunna utnyttja skyddet. Även om denna grupp är förhållandevis liten, svarar den för ca 70 % av den totala konsumtionen. (Uppgifterna om vårdkonsumtionens fördelning är baserade på observationer i Frankrike.)

Införandet av avgifter får inte bara finansiella effekter. Det finns klara indikationer på att efterfrågan på sjukvård är pris-känslig och att avgiftshöjningar leder till konsumtionsminskningar. Vid en övergång till kostnadstäckande avgifter och ett högkostnadsskydd enligt *Rand-modellen*, kan man räkna med att konsumtionsminskningen blir ungefär 30 %. Trots att detta är en tämligen kraftig minskning, har man vid ett flerårigt kontrollerat experiment med denna betalningsmodell inte kunnat upptäcka några mera allvarliga konsekvenser för de berörda personernas hälsa. (Uppgifterna om konsumtionsminskningen och effekten på hälsan är hämtade från USA. De avser personer i yrkesaktiv ålder (och deras barn). Det är osäkert hur långt resultaten i experimentet kan generaliseras till hela befolkningen samt om de kan överföras på svenska förhållanden.)

Vår analys utmynnar inte i någon bestämd slutsats om hur finansieringen av den svenska sjukvården bör reformeras. Det finns inget problemfritt alternativ. Men det går ändå att peka ut ett huvudalternativ, som det finns anledning att se närmare på. Detta alternativ innebär att

- betalningen av vården sker med kostnadstäckande avgifter i kombination med ett högkostnadsskydd enligt *Rand-modellen* och att
- finansieringen av högkostnadsskyddet sker med försäkringspremier för personer i yrkesaktiv ålder och skatter för ålderspensionärer och andra utsatta grupper.

Med denna finansieringsmodell blir ungefär 50 % av vårdkonsumtionen skattefinansierad, medan ungefär 20 % finansieras med försäkringspremier och ungefär 30 % betalas direkt av konsumenterna. Eftersom den totala konsumtionsvolymen blir

mindre än vid nuvarande finansiering, blir effekten på det totala skattebehovet starkare. Jämfört med dagens situation minskar skattebehovet med ca 2/3, vilket möjliggör en sänkning av det totala skattetrycket med ca 6 procentenheter.

Vid en övergång till denna typ av finansieringsmodell blir det naturligt att organisera sjukvården i resultatenheter med patienternas avgifter som huvudsaklig intäktskälla. Hur en sådan organisation mera i detalj skall utformas har inte varit någon huvudfråga i vår analys, men vid några tillfällen har vi pekat på fördelar med att använda HMO-modellen.

Litteratur

- Arrow, K., *Essays in the theory of risk-bearing*, Amsterdam: North-Holland, 1971
- Beck, R.G., "The effects of co-payment on the poor", *Journal of human resources* 9: 129–142, 1974
- Björck, G., "Sjukvården, Ett ekonomiskt eller humanitärt problem?", *Ekonomisk debatt* 7: 467–469, 1979
- Boiteux, M., "Sur la gestion des monopoles publics astreints à l'équilibre budgétaire", *Econometrica* 24: 22–40, 1956
- Brian, E.W. & Gibbens, S.F., "California's medical co-payment experiment", *Medical care* 12: supplement, 1975
- Bös, D., *Public enterprise economics, Theory and application*, Amsterdam: North-Holland, 1986
- Chen, M.K., "Penny-wise and pound-foolish, Another look at the data", *Medical care* 14: 958–963, 1976
- Chen, M.K., "More about penny-wise and pound-foolish, A statistical point of view", *Medical care* 14: 964–968, 1976
- Culyer, A.J. et al., *Working party on alternative delivery and funding of health services*, London: The institute of health services management, 1988
- Dyckman, Z.Y., "Comment on co-payment for ambulatory care, Penny-wise and pound-foolish", *Medical care*, 14: 274–276
- Dyckman, Z.Y. & McMenam, P., "Co-payment for ambulatory care, Son of thrupence", *Medical care* 14: 968–969, 1976
- The Economist*, 17 december 1988
- Enterline, P.E. et al., "The distribution of medical services before and after 'free' medical care, The Quebec experiment", *New England journal of medicine* 289: 1174–1178, 1973
- Enthoven, A., "Consumer choice health plan", *New England journal of medicine* 198: 650–658, 1978
- Enthoven, A., *Reflections on the management of National Health Service*, London: Nuffield provincial hospital trust, 1985
- Enthoven, A., *Theory and practice of managed competition in health care finance*, Amsterdam: North-Holland, 1988
- Enthoven, A., *Ett system för information och analys av den svenska sjukvården*, Stockholm: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 1990
- Evans, R.G., *Strained mercy, The economics of Canadian health care*, Toronto: Butterworth, 1984
- Feigenbaum, S., "Risk bearing in health care finance", i Schramm, C.J., *Health care and its costs*, New York: Norton/The American assembly, 1987
- Feldstein, M.S., "Distributional equity and the optimal structure of public prices", *American economic review* 62: 32–36, 1972
- Finsinger, J. & Wogelsang, I., "Alternative institutional frameworks for price incentive mechanisms", *Kyklos* 34: 388–404, 1981

- Freiberg, L. & Scutchfield, F.D., "Insurance and the demand for hospital care, An examination of moral hazard", *Inquiry* 13: 54–60, 1976
- Fridén, L., *Vårdkostnader år 2000*, Stockholm: Regionplane- och trafikkontoret, 1991.
- Fuchs, V., "Sjukvårdens ekonomi i det högindustrialiserade samhället", *Ekonomisk debatt* 7: 453–466, 1979
- Glaser, W.A., *Paying the hospital, The organisation, dynamics, and effects of differing financial arrangements*, San Francisco: Jossey-Bass, 1987
- Gottschalk P., Wolfe, B. & Haveman, R., "Health care financing in the US, UK, and the Netherlands, Distributional consequences", i Chiancone, A. & Messere, K. (red), *Changes in revenue structures*, Detroit: Wayne state University press/International institute of public finance, 1989
- Green, D.G., *Which doctor?, A critical analysis of the professional barriers to competition in health care*, London: The institute of economic affairs, 1985
- Hansson, I., "Marginal cost of public funds for different tax instruments and government expenditures", *Scandinavian journal of economics* 86: 115–130, 1984
- Health education council, *The health divide, Inequalities in health in the 1980s*, London: 1987
- Helms, L.J., Newhouse, J.P. & Phelps, C.E., "Co-payments and the demand for medical care, The California medicaid experience", *Bell journal of economics* 9: 192–208, 1978
- Hill, D.B. & Veney, J.E., "Kansas Blue Cross/Blue Shield outpatient benefit experiment", *Medical care* 8: 143–158, 1970
- Hopkins, C.E., Roemer, M.I. & Procter, D.M., "Cost-sharing and prior authorization effects on medicaid services in California, The beneficiaries reactions", *Medical care* 13:582,1975
- HS-90, *Hälsa- och sjukvård inför 90-talet*, Stockholm: SOU 1984:39–50
- Illich, I., *Mecial nemesi, The expropriation of health*, London: Calder & Boyars, 1975
- Jönsson, B. (red), *Hälsa- och sjukvårdsekonomi*, Stockholm: Liber (Ekonomi under debatt), 1984
- Jönsson, B. & Rehnberg, C. *Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning*, Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi DsFi 1986:3
- Kruse, A., *Pensionssystemets stabilitet, En samhällsekonomisk analys av värdesäkring och långsiktig stabilitet i det svenska pensionssystemet*, Stockholm: Pensionsberedningen SOU 1988:57
- Landstingsförbundet, *Landsting för välfärd*, Bilaga 14 till 1990 års långtidsutredning, Stockholm: Finansdepartementet
- Larsson, B., *Basic properties of majority rule*, Malmö: Nationalekonomiska institutionen vid Lunds universitet, 1983
- LeGrand, J., *The strategy of equality, Redistribution and the welfare state*, London: Allen & Unwin, 1982

- Lewis, C.E. & Keairnes, H., "Controlling costs of medical care by expanding insurance coverage", *New England journal of medicine* 282: 1405–1412, 1970
- Macrae, N., "Health care international", *The Economist* april 28: 23–35, 1984
- Manning, W.G. et al., "Health insurance and the demand for medical care, Evidence from a randomized experiment", *American economic review* 77: 251–277, 1987
- Manning, W.G. & Phelps, C.E., "The demand for dental care", *Bell journal of economics* 10: 503–525, 1979
- Newhouse, J.P. et al., "The effects of deductibles on the demand for medical care service", *Journal of the American statistical association* 75: 525–533, 1980
- O'Donnel, O. & Propper, C., "The distribution of health care by income groups in Britain", Barcelona: European health economists study group, 1989 (stencil)
- OECD, *Financing and delivering health care, A comparative analysis of OECD countries*, Paris: OECD Social policy studies no 4, 1987
- OECD, *The future of social protection*, Paris: OECD, 1988
- OECD, *OECD health, Facts and trends*, Paris: OECD, 1990
- Ohlsson, R., *Sjukvårdens kostnader 2005*, Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 1990
- Ohlsson, R. & Broomé, P., *Ålderschocken*, Kristianstad: Studieförbundet näringsliv och samhälle, 1988
- Paulsson, G., *Ekonomistyrning med hjälp av DRG, En metod för förbättrad produktivitet och effektivitet?*, Stockholm: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 1990
- Pauly, M.V., "Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy", *Journal of economic literature*, 24: 629–675, 1986
- Pfaff, A.B. & Pfaff, M., "Distributive effects of alternative health-care financing mechanisms, Cost-sharing and risk-equivalent contributions", i Chiancone, A. & Messere, K. (red), *Changes in revenue structures*, Detroit: Wayne state University press/International institute of public finance, 1989
- Phelps, C.E. & Newhouse, J.P., "Effects of coinsurance, A multivariate analysis", *Social security bulletin* 35: 20–29, 1972
- Phelps, C.E. & Newhouse, J.P., "Coinsurance, the price of time, and the demand for medical services", *Review of economics and statistics* 56: 334–342, 1974
- Ramsey, F.P., "A contribution to the theory of taxation", *Economic journal* 37: 46–61, 1927
- Relman, A.S., "Is cost-sharing dangerous to your health?", *New England journal of medicine* 309: 1453, 1983
- Ricci, E.M., Enterline, P.E. & Henderson, V., "Contracts with pharmacists before and after 'free' medical care, The Quebec experiment", *Medical care* 16: 256–262, 1978

- Roemer, M.I. et al., "Copyments for ambulatory care, Penny-wise and pound-foolish", *Medical care* 13: 457-466, 1975
- Roemer, M.I. et al., "Response to M.K. Chen", *Medical care* 14: 963, 1976
- SCB, *Hälsan i Sverige, Hälsostatistisk årsbok 1987/88*, Stockholm: Sveriges officiella statistik, 1988
- SCB, *Sveriges framtida befolkning, Prognos för åren 1989-2025*, Stockholm: Demografiska rapporter 1989:1
- Schieber, G.J. & Poullier, J.-P., "Overview of international comparisons of health care expenditures", *Health care financing*, 1989 annual supplement
- Scitovsky, A.A. & Snyder, N.M., "Effect of coinsurance on the use of physician services", *Social security bulletin* 35: 3-19, 1972
- Scitovsky, A.A. & McCall, N.M., "Coinsurance and the demand for physician services four years later", *Social security bulletin* 40: 19-27, 1977
- Smith, M.C. & Garner, D.D., "Effects of a medical program on prescription drug availability and acquisition", *Medical care* 12: 571-581, 1974
- Snickars, F. & Axelsson, S., *Om hundra år, Några framtidsbilder av befolkning, samhällsekonomi och välfärd under 2000-talet*, Stockholm: Statsrådsberedningen Ds SB 1984:2
- Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport*, Stockholm: Socialstyrelsen redovisar 1987:15
- Stewart, W.H. & Enterline, P.E., "Effects of the National Health Service on physician utilization and health in England and Wales", *New England journal of medicine* 256: 1187-1194, 1961
- Stigmark, K. (red), *Skatterna, Ett samhällsproblem*, Helsingborg: Riksbankens jubileumsfond 1986:1
- Stigmark, K. (red), *Finansteoretiska undersökningar*, Helsingborg: Riksbankens jubileumsfond 1986:2
- Stockholms läns landsting, *Landstingets avgiftsfinansiering, En studie över inkomstförstärkningar för Stockholms läns landsting*, Stockholm: Finanskontorets inkomstutredning, FINK 1984.02.20
- Straight, B., "Reducing the incidence of office and home visits in a medical service plan by use of coinsurance", *Proceedings of a conference of actuaries in public practice*, Chicago, 1962
- Ståhl, I., "Sjukdom och socialförsäkringar", i Björklund, A. et al., *Inför omprövningen, Alternativ till dagens socialförsäkringar*, Helsingborg: Liber/Publica, 1983
- Söderström, L., *Är subventioner effektiva?*, Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi DsFi 1984:8
- Söderström, L., "General subsidies in the Swedish housing market, A questionable element of the fair distribution policy", *SEB Quarterly review* 3: 52-59, 1988
- Söderström, L., *Inkomstfördelning och fördelningsspolitik*, Kristianstad: Studieförbundet näringsliv och samhälle, 1988
- Söderström, L., "The redistributive effects of social protection: Sweden",

- i Jallade, J.-P. (red), *The crisis of distribution in European welfare states*, Chester: Trentham/European institute of education and social policy, 1988
- Söderström, L., "Almost genuine insurance schemes as an alternative to tax-financed pensions and other social security benefits", i Chiancone, A. & Messere, K. (red), *Changes in revenue structures*, Detroit: Wayne State University Press/International institute of public finance, 1989
- Torrance, G.W., "Measurement of health state utilities for economic appraisal", *Journal of health economics* 5: 1–30, 1986
- van de Ven, W.P.M.M., "Effects of cost-sharing in health care", *Effective health care* 1: 47–58, 1983 (utgiven i samarbete med EG-kommissionen)
- van de Ven, W.P.M.M. & van der Gaag, J., "Health as an unobservable, A MIMIC-model of demand for health care", *Journal of health economics* 1: 157–183, 1982
- Vogelsang, I. & Finsinger, J., "A regulatory adjustment process for optimal pricing by multiproduct monopoly firms", *The Bell journal of economics* 10: 157–171, 1979
- Vägverket, *Effektkatalog, Väg- och gatuinvesteringar*, Borlänge: Serviceavdelning, Planering och projektering, 1989:16
- Wahlström, S., *Enhetligt barnstöd*, Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi DsFi 1983:6
- Wicksell, K., *Om en ny princip för rättvis beskattning*, Göteborg: Timbro/ Ratio, 1987
- Williams, R.A., "A comparison of hospital utilization by costs and by types of coverage", *Inquiry* 3: 28–42, 1966

Register

- ackordsprincip (fee-for-service) 37
administrativ samordning 103
adverse selection 39, 109
affärsmässighet 88
aktuariemässig premie 108
allmänläkare 37
anställningsförmån 41
anslag 17, 82
arbetsgivaravgift 14, 31, 106
asymmetrisk information 116
ATP 29, 94
avgiftsfinansiering 34, 50, 53, 75, 94, 108, 120
avgiftshöjning 36, 53, 65, 79, 122
avgiftsstruktur 61, 81
- befolkningsgrupp 47, 54
befolkningsprognos 26
betalkort 100
betalningskupong 96, 111
betalningsmodell 38, 47, 54, 78, 122
bidrag 17, 67, 111
bidragssystem 85
Biörck, Gunnar 49
blandsystem 21
Blue Cross 36
bonussystem 116
bruttonationalprodukt 14, 54, 118
- capitation 24, 90
Consumer Choice Health Plan (HMO-modellen) 90
- Dala-modellen 90
Danmark 19, 28
decilgrupp 69
demografisk utveckling 26
demografisk faktor 26
demografisk förändring 27
differentierad vårdavgift 107
- distriktsläkare 37, 62, 74
DRG(Diagnosis Related Groups)-modellen 16, 81
driftsunderskott 82
driftsöverskott 82
dödstal 72
dödvikt (dead weight, excess burden) 31, 55, 85
- efterfrågan 35, 53, 58, 89
efterfrågedämpande effekt 43
efterfrågeelasticitet 86
efterfrågeminskning 41, 48
efterfrågeändring 38
efterfrågeökning 37
ekonomisk tillväxt 31
elasticitet 30, 86
England 28
engångsbelopp 41
Enthoven, Alan 90
- Feldstein-pris 87
Finland 19, 28
folkpension 29
fond 112
Frankrike 19, 28, 56
fri etableringsrätt 90
frivillig försäkring 21, 107
Fuchs, Victor 50
fördelningseffekter 66
fördelningspolitik 66, 87, 95
försäkringsfinansiering 118, 121
försäkringspremie 14, 25, 106, 120
försäkringstagare 36
försöksperson 41, 47, 64
förtidspensionär 49
förväntad kostnad 18
- Glaser, W.A. 22
god affär 34, 109
gratispassagerare (free riders) 109

- Grekland 49
 grundskydd 21, 109
- Health Education Council 73
 Holland 19, 28, 35
 HMO-modellen 90, 103, 123
 HMO-systemet (Health Maintenance Organisations) 24, 75
 HS 90-utredningen (Hälso- och sjukvård inför 90-talet) 69
 hälsoadvokat 90, 99
 hälsoeffekt 45, 54, 65
 hälsoekonom 52, 89
 hälsoförbättring 50, 58, 65
 hälsokontroll 47
 hälsotillstånd 45, 57, 74
 hälsoundersökning 48, 108
 höginkomsttagare 67, 73, 95
 högkostnadsskydd 43, 53, 69, 93, 106, 121
 högriskkategori 39, 115
- ideellt drivet privatsjukhus (non profit) 21
- IHE (Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi) 26
- Illich, I. 45
- incitamentstruktur 84
 individuell finansiering 18
 inkomstelasticitet 30
 inkomstklass 37, 67, 75
 inkomstbortfall 102
 institutionsvård 64
 intagning 36, 46
 internationell jämförelse 18
 intresseprincip 106, 120
- Island 19
- Japan 19, 28, 46
- Kalifonien 45
- Kanada 19, 28, 37, 75
 karenstid 101
 katastrofskydd 107
 kollektiv finansiering 18
 kollektiv försäkring 19
 kollektiv konsumtion 32
- kollektiv risk 109
 kommersiellt drivet sjukhus (for profit) 21
 kommunalskatt 31
 konkurrens 83, 108
 konsumtionskostnad (health care services) 69
 konsumtionskvot 55, 71, 94, 102, 107
 konsumtionsminskning 35, 45, 59, 79, 122
 konsumtionsmönster 26, 47
 konsumtionsnivå 48
 konsumtionsutgift 14, 47
 kontrollerade experiment 38
 kostnadstäckande avgift 48, 58, 94, 106, 121
 kostnadsövervakning 99
 kredit 112
 kumulativ fördelning av sjukvårdskonsumtion 56
 kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) 51
- Landstingsförbundet 27
 livränta 102
 livsvarig försäkring 117
 låginkomsttagare 67, 95
 lågriskgrupp 116
 långvård 27
 läkarbesök 35, 45, 62
 läkarvårdstaxa 64
 läkemedel 13, 35, 43
 löneförmån 14, 117
- marginaleffekt 9
 marginalkostnadspris 83
 marginalsattesänkning 33
 marknadsmässig konkurrens 89
 medellivslängd 51
 Medicaid Program 35, 45, 114
 Medi-Cal 45
 medicare-systemet 114
 mellaninkomsttagare 76
 merkostnad 83
 modell
 – den svenska 13

- DRG- 16, 81
- finansierings 27
- HMO- 90, 103, 123
- premiereserv 112
- Rand- 94, 118, 122
- moral hazard 109
- multivariatanalys 46

- nationalinkomst 31
- negativ ekonomisk tillväxt 31
- 0-taxa 36, 48, 54, 75, 86, 98
- NHS (National Health Service) 72
- Norge 19

- OECD 19, 28, 49, 56
- obligatorisk försäkring 110
- offentlig finansiering 15
- offentlig konsumtion 14
- offentlig producent 16
- offentlig sektor 15
- offentligt sjukhus 21
- offentlig vård 15
- offentlig vårdgivare 17

- Palo Alto-studien 38
- partiell hälsoundersökning 38
- partiell studie 37
- patientavgift 15, 25, 33, 45, 54, 76, 81
- patientkort som betalkort 100
- pensionssystem 30
- potentiell försäkringstagare 115
- premedifferentiering 116
- premiereservsystem 112
- prestationsersättning (fee-for-service) 16
- preventiv insats 46
- primärvård 43, 62, 86
- priseffekt 36
- priskänslighet 35, 86
- priselasticitet 37, 86
- prissättning 84, 88
- privatfinansiering 15
- privat försäkring 20, 114
- privat kollektiv finansiering 19
- privat konsumtion 14

- privatläkare 74
- privatsjukhus 21
- privat sjukhusstiftelse 23
- privat vård 15
- producent 85, 99
- producentkooperativ 21
- produktionsvolym 84
- produktivitet 28
- proportionell skattesänkning 80
- prospektiva engångsbelopp 90, 96
- provision 44
- psykiatri 41

- QALY (kvalitetsjusterade levnadsår) 51

- Ramsey-pris 85
- Rand-modellen 94, 118, 122
- Rand-studien (Rand Health Insurance Experiment) 40, 47, 53, 64, 76, 93
- reallön 29
- regressivitet 95
- relativa priser 62
- restfaktor 28
- resursallokering 30, 53, 85
- resursfördelning 54
- retrospektiv ersättning 97
- Riksbankens jubileumsfond 31
- Riksdagen 61
- riskklass 108
- riskspridning 109
- riskvärdering 108

- samhällsekonomi 53
- sanktion 110
- SCB (Statistiska Centralbyrån) 26, 74
- Schweiz 19, 28, 114
- sekundärvård 45, 86
- selektionsfenomen 116
- servicehus 27
- sjukförsäkring 39, 45, 61, 109, 121
- sjukhustjänst 35, 62, 81
- sjuklön 101
- sjukpenning 23, 60, 101

sjukvårdsbudget 57, 65
 sjukvårdsexpansion 29
 sjukvårdsfinansiering 25, 51, 66,
 95, 120
 sjukvårdshuvudman 18
 sjukvårdskonsumtion 14, 25, 37,
 41, 45, 60
 sjukvårdsresurs 37, 120
 självrisk 38, 109
 skatteandel 15, 60
 skattefinansiering 14, 25, 31, 54
 skattefri löneförmån 19
 skattesänkning 55, 67, 79
 sluten vård 23, 41, 47, 62, 78
 snedrekrytering (adverse selec-
 tion) 115
 socialförsäkring 13
 Socialdepartementet 61
 socialförsäkring 14
 socialgrupp 72
 specialistläkare 37, 62
 socialt optimalt pris 82
 standardförsäkring 115
 Stigmark, Kerstin 31
 Storbritannien 19, 35, 69
 studie
 – IHE- 27
 – medicaid- 114
 – medicare 114
 – Palo Alto- 38
 – Rand- 40, 47, 50, 64, 76, 93
 subvention 16, 54, 65, 76, 81, 85,
 94
 Sverige 19, 38, 44, 60
 system
 – HMO- 24
 – pensions- 29
 särbeskattning 100
 tandvård 27, 35, 77
 tandvårdsförsäkring 97
 tilläggsförsäkring 107, 117
 Titmuss, Richard 73
 tilläggsförsäkring 113
 total hälsoundersökning 37
 transferering 31, 108
 Tyskland 19, 28
 USA 19, 28, 35, 45, 69, 79, 114
 utbildningskategori 41
 utestängning (exclusion) 109
 utjämningsseffekt 80, 95
 utomlänstaxa 83
 vinst 55
 vinstnorm 82
 voucher 96, 111
 vårdavgift 107
 vårdcentral 90
 vårdtag 24
 vårdintensitet per läkarbesök 37
 vårdkonsumtion 26, 37, 48, 53, 62
 vårdkostnad 46, 98
 vårdutgift 53, 110
 Vägverket 32, 55
 Wicksell, Knut 108
 åldersstruktur 28, 39
 årskonsumtion 56
 återförsäkringssystem 113
 öppen vård 23, 41, 47, 62
 överkonsumtion 99

Hur skall sjukvården betalas?

Idag är sjukvården nästan helt och hållet skattefinansierad. Även om vården tas i vid bemärkelse, inkluderande köp av glasögon m m, svarar patientavgifterna bara för ca 10 procent av de totala kostnaderna. Sjukförsäkringar i egentlig mening finns knappast alls. I **Hur skall sjukvården betalas?** analyserar Lars Söderström möjligheterna att öka inslaget av avgifter och försäkringar i vårdens finansiering. Som huvudalternativ till dagens system beskrivs en modell med kostnadstäckande avgifter och ett högkostnadsskydd som garanterar att ingen behöver lägga mera än en viss andel av årsinkomsten på vårdavgifter.

Hur skall sjukvården betalas? vänder upp och ner på invanda föreställningar och visar på utvägar som när man väl förstått dem, förefaller självklara. Den är skriven som lärobok, men utgör samtidigt ett kraftfullt inlägg i den sjukvårdspolitiska debatten. Den lägger grunden till en ny syn på sjukvårdssystemet.

Lars Söderström är docent vid nationalekonomiska institutionen i Lund.