

Prioritering eller privatisering?

Torbjörn Tännsjö

Under senare år har en offentlig debatt växt fram om behovet av prioritering vad gäller hälso- och sjukvården. Detta väcker en rad frågor. Måste vi verkligen prioritera? Vilka strategier kan man i så fall urskilja? Vilka möjligheter och risker erbjuder den nu så omhuldade privatiseringen? En närmare analys visar en stor komplexitet i valet mellan olika modeller. En slutgiltig värdering måste vila på någorlunda säkra empiriska data och det är därför viktigt att reformeringen av det känsliga sjukvårdssystemet sker med stor försiktighet.

Torbjörn Tännsjö är docent i praktisk filosofi vid Stockholms universitet och lärare i medicinsk etik.

I huvudsak är svensk sjukvård offentlig och skattefinansierad. Det innebär att knapphet på resurser inom systemets ramar måste mötas med prioritering. Samhället måste ta ansvar för vilka som ska få vård och vilka som måste stå tillbaka. Sådana beslut har alltid tagits inom vården, men medvetenheten om dem har varit låg. Först under senare år har en offentlig debatt börjat växa fram om grunderna för prioriteringen. Vad är en rättvis prioritering?

Måste vi (samhället) verkligen prioritera? Tanken att samhället ska ta ansvar för beslutet att inte ge vård till vissa behövande, utan snarare till andra, förhoppningsvis mer behövande, framstår för många som stötande.

Hur vi undviker öppen prioritering

Kan man inte undvika att prioritera? Man kan i huvudsak tänka sig två möjligheter. Man kan se till så att det sker i det fördolda. Det är så vi normalt hittills har gjort. På kliniknivå har prioriteringen påstått äga rum på "strikt medicinska grunder" (vad det nu är för något, om beslutet gäller vem som ska få leva) och på

landstings- och riksnivå på "ekonomiska" grunder (man har gjort budget på traditionellt vis med utgångspunkt i förra årets medelsfördelning – och inte låtsats om att besluten har konsekvenser för vem som lever och vem som dör). Det här är det ena sättet att undvika öppna prioriteringar. Det andra sägs höra framtiden till: privatisering. Om den fria marknaden får ta hand om fördelningen av vårdresurser, så kan samhället avsvära sig allt – direkt – ansvar för resultatet. Var och en väljer, efter bästa förmåga, den vård han eller hon vill ha.

Jag är kritisk mot båda dessa strategier. Om den förra kan jag fatta mig kort. Låter vi läkare fatta besluten på kliniknivå och politikerna på landstings- och riksdagsnivå, utan kritisk prövning av hur deras beslut rimmer med rimliga moraliska kriterier, så är risken stor att vi helt enkelt tvingas leva med ogenomtänkta och oetiska beslut. Medicinska specialiteter med hög prestige kommer att kunna göra sina intressen gällande, och de som blir lidande på grund av den skeva fördelningen av medlen blir vissa patientkategorier.

Privatiseringsstrategin förtjänar en grundligare diskussion, inte minst därför att den har praktisk aktualitet i vårt land. Regeringen har tillsatt en utredning om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation. Temat tas också upp i en aktuell idéskiss från Sveriges Läkareförbund, *Valfrihet och effektivitet i vården* (november 1991).

Olika slags privatisering

Vad innebär då privatisering och marknadsanpassning inom vården? Jag tror vi bör urskilja två extrema poler, mellan vilka vi kan tänka oss olika slags mellanformer och blandformer.

Den ena polen består i ett offentligt finansierat sjukvårdssystem där resursfördelningen sker genom politiska beslut. I realiteten råder ett samhälleligt monopol

.....

För den renodlat privatiserade modellen talar att den utgör ett uttryck för respekt för individernas autonomi

.....

när det gäller sjukvårdstjänster (denna modell finns med i regeringsdirektiven till utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation).

Den andra polen består i ett helt privatiserat och marknadsanpassat system. Vem som helst kan sälja sina tjänster som läkare (kravet på legitimering är avskaffat), vem som helst kan starta ett sjukhus. Den som behöver vård väljer fritt på marknaden. Också t ex organ för transplantationsändamål bjuds ut på den fria marknaden. Samhället tillhandahåller inga sjukvårdstjänster över huvud taget. Denna modell är alltför extrem för att ens diskuteras i regeringens nyssnämnda direktiv, men den kan vara viktig att ändå ha med i resonemangen. Argument som anförs för mera begränsade reformer kanske i realiteten pekar mot just denna modell!

Vi kan också tänka oss mellan- och blandformer, som jag senare skall diskutera närmare.

Argument för och emot privatisering

För den renodlat privatiserade modellen talar att den utgör ett uttryck för respekt för individernas autonomi. De får själva förfoga över sina pengar. Inga obehagliga prioriteringsbeslut måste fattas av samhället. Ändå tror jag det är få som i denna renodlade form vill försvara modellen. Den mest seriösa ansatsen i försvaret av den är väl den som hänvisar till att modellen skulle vara *effektiv*.

En fri marknad leder under mycket speciella villkor till en "effektiv" användning av resurserna. Men bland dessa villkor figurerar ett om att aktörerna på marknaden ska ha full information om de alternativ som står till buds. Det villkoret är aldrig uppfyllt på en marknad för sjukvårdstjänster. Det tar t ex tid innan en charlatan till läkare, som öppnat praktik med stöd av skicklig marknadsföring, avslöjas.

Den "effektivitet" en fri marknad leder till under ideala betingelser består väsentligen i att den ger upphov till ett tillstånd där ingen kan förbättra sin situation utan att någon annan får sin situation försämrad. Detta

är emellertid inte något unikt tillstånd. Flera olika tillstånd kan ha den egenskapen. Vilket av dem som uppkommer genom de fria marknadskrafternas spel bland rationella och välinformerade aktörer beror av *utgångsläget*. Marknaden tenderar att konservera orättvisor. Få skulle vara beredda att hävda att det är rätt och riktigt att vissa kan köpa kurer mot vissa åkommor, som andra inte har råd att göra något åt, om den ekonomiska skillnaden mellan dessa individer inte är självförvållad, utan t ex resultatet av skilda uppväxtvillkor.

Till sist kan man mot den renodlade marknadsmodellen invända att den förutsätter, om den ska fungera effektivt, ett slags rationalitet hos individer, som de (vi) saknar. De flesta av oss kan inte handskas rationellt med *tid*. Om vi fick ta fullt individuellt ansvar för den sjukvård vi skulle konsumera, så skulle vi nog på ålderns höst finna att vi tidigare i livet hade avsatt oproportionerligt mycket av våra resurser på annat än sjukvård, eller på sjukvård i tidigare skeden av livet. Vi måste likt Odysseus bland sirenerna finna (politiska) tvångsmedel, som får oss att bete oss rationellt.

Argument för och emot planerad och offentlig sjukvård

Argumenten för en planerad sjukvård i offentlig regi har nog ofta varit pragmatiska. Den har successivt byggts ut, som ett svar på djupt förankrade krav. Det har framstått som *självklart* för de allra flesta, att tillfredsställelsen av så centrala behov, som våra behov av sjukvård, ska garanteras av samhället. Vad är då enklare än att samhället också tar hand om tillfredsställelsen av dem.

Invändningarna mot den offentliga och planerade sjukvården är i vårt land av modernt datum. De har nog framför allt tagit sin utgångspunkt i vad man uppfattat som tillkortakommanden hos den offentliga sjukvården. Marknadsanpassning har setts som en lösning på effektivitetsproblemen. Jag tror alltså också att den ökade öppenheten kring prioriteringsproblemen inom vården har gett stöd åt kravet på privatisering (för att man ska kunna kringgå de obehagliga prioriteringsbe-

.....

De flesta av oss kan inte handskas rationellt med tid

.....

Systemet med 'gräddfiler' innebär att resursstarka individer löser sina problem vid sidan av de offentliga systemet

sluten). Kanske har också idéer om autonomi, som ett centralt värde, fått tjäna som stöd för privatiseringssträvandena.

Ligger sanningen någonstans i mitten?

När man inser att det visserligen finns argument som talar för både en renodlad marknadsmodell och en offentligt planerad och finansierad sjukvård, och att det också finns problem med båda dessa renodlade modeller, är det frestande att tänka sig att den bästa lösningen måste bestå i något slags välvägd mellanform eller blandning mellan de två idealtyperna. Detta intryck kan emellertid vara förhastat. Det är möjligt att mellan- och blandformerna är behäftade med svagheter av alla de slag, men lyckas bevara få av de positiva dragen hos de renodlade modellerna.

Tag till exempel den mellanform, där vissa individer "går förbi" de offentliga vårdköerna, genom att betala för tjänsterna (i eller vid sidan av det offentliga systemet). Argumentet för att de ska få göra så har normalt varit att det är något som *alla* tjänar på. Om särskilda "gräddfiler" tex upprättas inom den offentliga vården, så är det möjligt att ta så bra betalt för dessa särskilda tjänster, att ökade resurser uppkommer också för dem som är hänvisade till den "vanliga" kön.

Det finns emellertid en hake med detta resonemang. Även om det kan vara giltigt i ett begränsat tidsperspektiv, så är det möjligt att systemet får dåliga effekter på sikt. Detta hänger samman med två faktorer.

Systemet med "gräddfiler" innebär för det första att resursstarka individer, som skulle ställa stränga krav på det offentliga systemet, om de var hänvisade till det för att lösa sina hälsoproblem, löser sina problem vid sidan av det. En viktig korrigerande faktor bortfaller därmed. Det här är en problematik som den amerikanske ekonomen Albert O. Hirschman diskuterat i sin bok, *Exit, Voice and Loyalty*. Intressant är i sammanhanget Hirschmans påpekande, att det inte nödvändigtvis måste ses som en kostnad, då socialt

medvetna människor använder sin tid till att ställa krav på gemensamma samhälleliga arrangemang. De kan i själva verket uppfatta den verksamheten som meningsfull och berikande.

För det andra kan det hända att de som "röstar med fötterna" på sikt kommer att motsätta sig att de ska vara med om att genom skatter finansiera den. De särskilda gräddfilerna kan bädda för en framtida (medelålders, företrädesvis manlig) skatterevolt, som hotar det offentliga systemets kvalitet. Detta fenomen har analyserats av den amerikanske ekonomen Robert Reich, som omtalar det såsom "the session of the successful".

Den mellanform, som här skisserats, med särskilda "gräddfiler" inom vården för dem som har råd att betala, har inte heller den rena marknadsmodellens fördel av att vi slipper offentliga prioriteringar inom vården. Tvärt om, vi får en ännu obehagligare form av prioriteringar än den vi nu har. I nu gällande system får vi alla, kollektivt, besluta att vissa former av vårdbehov får stå tillbaka för andra. Tillåter vi att "gräddfiler" upprättas får vi ett system där alla, genom det politiska systemet, beslutar att vissa former av vårdbehov får stå tillbaka för andra former av vårdbehov, *hos de sämst ställda i samhället*.

Jag tror att tanken om kollektiva prioriteringar är mest uthärdlig, om den alls är uthärdlig, då de som gör prioriteringarna och de som är föremål för dem är samma population. Då kan prioriteringarna åtminstone idealt ses som ett slags "självdisciplinering". Det är däremot något direkt motbjudande i tanken att de som inte själva drabbas av prioriteringsbesluten tar dem å andras vägnar.

Rimligare är då kanske den mellanform, där vissa diagnoser kvalificerar för offentlig sjukvård, medan andra inte gör det. Det har emellertid visat sig vara notoriskt svårt att på något icke kontroversiellt sätt peka ut sådana former av sjukvård, som kan betecknas som "lyxvård". Exempel som har nämnts i debatten är plastikkirurgi, provrörsbefruktnings och idrottsmedicin. De två första exemplen är i mitt tycke illa valda

'Gräddfiler' inom vården medför en ännu obehagligare form av prioriteringar än vad vi nu har

(frågan om provrörsbefruktning har jag diskuterat i min bok *Göra barn*, kapitel 2, där jag argumenterar för att den bör prioriteras högt inom den offentliga sjukvården – det är något mycket positivt då ännu en individ får komma till världen och, dessutom, av stor vikt för dem som eljest inte kan få barn, att få hjälp) och plastikkirurgiska ingrepp kan ju ofta motiveras med att väldigt mycket ifråga om välfärd står på spel för patienten. Idrottsmedicinen är kanske exempel på något människor själva kunde betala för, helt och fullt, men bryts bara den ut ur det i övrigt offentliga systemet, så innebär det ingen mera genomgripande förändring av detta. Det är med andra ord svårt att se att denna ”mellanform”, om den alls blir verklighet, skulle skilja sig särskilt mycket från den renodlade offentliga modellen.

Blandformer

Kanske är då blandformerna intressantare än mellanformerna. Jag tänker då särskilt på en modell där finansieringen av vården sker helt och hållet eller huvudsakligen i samhällelig regi (genom skatter), och fördelningen likaså sker i samhällets regi, men där produktionen är åtminstone delvis privatiserad och marknadsanpassad. Landstingen köper, direkt, eller tex genom primärvårdsbudgetering med områdesstyrelserna som beställare, tjänster av vårdproducenter på en marknad. Det är enligt denna modell den hittillsvarande reformeringen av svensk sjukvård skett (tex i form av Dalamodellen) och den är av den anledningen av speciellt intresse.

Det bör noteras att i denna modell undviker vi inte prioriteringar.

Vi kan ta ett konkret exempel. Om en kvinna riskerar att föda sitt barn för tidigt, så kan det ligga i hennes (och barnets) intresse att hon får föda det vid ett sjukhus där det finns en neonatalklinik. Då halveras risken för att barnet ska dö, om det vid födelsen väger mindre än ett kilo. Någon måste i det konkreta fallet besluta om huruvida kvinnan, som kanske bor någonstans på landsbygden, ska remitteras till ett universitetssjukhus med neonatalklinik. Den som fattar den sortens beslut fattar inte bara beslut med möjliga effekter för liv och död utan också beslut som på sikt och kumulativt ger en viss struktur på vår vård (hur omfattande neonatalvården blir i vårt land).

.....
'Planerade marknader' har en inneboende tendens att expandera ohämmat
.....

Också denna blandmodell innefattar alltså prioriteringsbeslut, och argumenten för att dessa ska dras fram i ljuset och göras till föremål för offentlig debatt har tillämpning också i detta fall.

Det är troligt att man med denna modell kan göra produktivitetsvinster jämfört med en traditionellt och helt igenom offentlig modell, men det är en svår empirisk fråga att avgöra *hur* betydande dessa blir. Det är givetvis också viktigt att de jämförs, inte med ett stelnat och föråldrat system, utan med ett på *andra* sätt vitaliserat men helt igenom offentligt system.

Det är också troligt att man med denna blandmodell gör vissa effektivitetsförluster, några med tiden direkt märkbara, andra, kanske tämligen omgående, vilka inte direkt kan mätas i ekonomiska termer.

De mest påtagliga effektivitetsförlusterna skull, om de uppkommer, bestå i en orimlig ökning av omfattningen av de medicinska ingreppen. ”Planerade” marknader, utan fri prisbildning, har en inneboende tendens att expandera ohämmat. Patienter som efterfrågar elektiva ingrepp vill i många fall ha ytterligare ett ingrepp utfört. Vårdgivaren kan ha ett direkt ekonomiskt intresse i att ingreppet utförs. Den återhållande faktorn ska vara något slags samhällskontroll eller kontroll från försäkringsbolag. Kan de verkligen hålla emot? Vad säger oss de amerikanska erfarenheterna?

De mera svårsmåttbara men fullt tänkbara effektivitetsförlusterna i denna modell kan karaktäriseras på följande vis. Svensk sjukvård präglas i mycket av en paternalistisk (och i någon mån av en maternalistisk) tradition. Läkarna är i realiteten myndighetsutövande i förhållande till sina patienter, och vårdpersonalen är inte bara utbildad till att ta ansvar för patienternas rent medicinska välbefinnande, utan också till att efterföra många och lämplighet tillfredsställa en lång rad andra behov hos dem. I bästa fall präglas sjukvården därmed av en ärlig strävan till omsorg om patientens väl och ve. Patienten har samtidigt *rätt* till en viss form av autonomi. Hon har rätt att bli informerad om vad som sker med henne i vården, hon har rätt att säga nej till vård och hon har i viss mån också rätt att påverka valet

mellan olika möjliga och försvarliga terapier. Dock kan hon, om vården fungerar tillfredsställande, förlita sig på att bli väl omhändertagen. Då ekonomiska incitament införs i vården, så att den vårdande enheten blir ekonomiskt beroende av patienten, är det risk att de goda sidorna i denna paternalistiska/maternalistiska tradition går förlorade.

Ibland talas det om att "ekonomisk rationalitet" får ersätta en rådande "omsorgsrationalitet". Jag tycker det är illa uttryckt. Det handlar inte om olika rationalitetsbegrepp, utan om olika mål för, och syften med, vården. Här tror jag emellertid att man ska vara mycket uppmärksam på hur känsliga system, som byggs upp under lång tid, kan vara. Det är svårt att uppnå ett system av ömsesidig tillit och det är lätt att riva ned det. Redan *begränsade* marknadsinslag i vården, vilka kan vara befogade utifrån ett kortsiktigt företagsekoniskt betraktelsesätt, kan visa sig förödande på lite längre sikt, därigenom att de förändrar läkarnas och vårdpersonalens motivation. Dessa börjar uppleva patienterna som kunder. Då upphör patienternas förtroende för den vårdande instansen. Patienten måste fråga sig. Varför remitterar min husläkare mig just till denna vårdproducent? Har han eller hon ekonomiska intressen i saken? Ett centralt värde i den offentliga vården går då förlorat. Ett behov av kontrollinsatser uppstår och vi riskerar att belasta sjukvården med stora omkostnader för rättslig prövning.

Om så skulle visa sig bli fallet kan det vara motiverat att snarare pröva andra vägar, än införandet av marknadsinslag, då man vill reformera sjukvården. Vad jag tänker på är sådant som nya löneformer och nya organisationsformer, vilka innebär att hela personalens yrkeskunnande och ansvarskänsla tillvaratas maximalt.

Slutsats

Någon bestämd slutsats kan inte dras av denna översiktliga betraktelse. Jag har velat framhålla komplexiteten i valet mellan olika modeller för hur sjukvården ska organiseras och antyda några huvudargument för olika modeller. En slutgiltig värdering av olika modeller måste emellertid vila på någorlunda säkra empiriska data. Det är därför viktigt att reformeringen av det känsliga sjukvårdssystemet sker med stor försiktighet,

Är valfrihet något patienterna önskar sig?

och att de också beledsagas av en uppriktig vilja att lära av erfarenheter. Internationella utvärderingar av vårt samlade hälso- och sjukvårdssystem ger vid handen att detta i grunden fungerar väl (se t ex Landstingsförbundets skrift, *Vägval. Hälso- och sjukvårdens övergripande struktur i framtiden*, 1991, om detta) och att patienterna är nöjda med det. Det är viktigt att vi slår vakt om dess goda sidor. Vid reformeringsarbetet gäller det också att inte på lösa grunder gripas av aktuella trender och moden. En nykter utvärdering måste ske.

Det kan vara ytterst värdefullt med experiment med nya organisationsmodeller, men då bör de ske i begränsad skala och vara exempel på vad vetenskaps- och socialfilosofen Karl Popper har kallat *Piecemeal Social Engineering* (snarare än *Utopian Social Engineering*), och de ska alltså genomföras på ett sådant sätt att det är möjligt för forskare att fortlöpande utvärdera deras effekter.

Ingenting bör i det smmanhanget tas för givet. En utgångspunkt för Sveriges Läkareförbunds idéskiss *Valfrihet och effektivitet i vården* är t ex "att patienten har mycket liten valfrihet" och att detta är ett problem. Också Landstingsförbundets styrelse har i olika rekommendationer tagit samma sak för given. Det låter sig sägas att patienternas begränsade valfrihet är ett problem, men *stämmer* det? I så fall bör det *visas* och det bör *visas på vilket sätt* det är ett problem.

Har patienternas valfrihet egenvärde? Påståendet är, som jag försökt visa i kapitel fyra i min bok *Vårdetik*, högst problematiskt.

Är valfrihet något patienterna önskar? Det återstår att visa. De kanske upplever åtminstone vissa former av valfrihet som en källa till oro.

Skulle patienternas valfrihet öka effektiviteten i vården? Jag har redan antytt varför jag inte ser detta som självklart.

Vart och ett av dessa påståenden har förvisso något som talar för sig, men det är inte självklart sanna. Kanske är de alla tre falska. Saken behöver utredas närmare!