

Patientskadeförsäkringen

teori

empiri

analys

Fredrik Johansson

C-uppsats

Nationalekonomiska institutionen

Ekonomihögskolan i Lund

Handledare: Carl-Hampus Lyttkens

4 februari 2005

Abstract/Sammanfattning

Uppsatsen syftar för det första till att applicera ekonomisk teori på patientskadeförsäkringssystem. Fyra viktiga teoretiska problem identifieras och analyseras: ansvarighetsproblemet, orsaksproblemet, informationsproblemet och ersättningsproblemet.

För det andra är syftet att utifrån de teoretiska problemen beskriva patientskadeförsäkringssystemen i Sverige, Storbritannien och USA. Analysen avslutas med en jämförelse.

Det tredje syftet är att diskutera och analysera möjliga förändringar i patientskadeförsäkringssystemen. Fokus ligger på systemens effektivitet.

Policyimplikationerna som föreslås är för det första införandet av ett så kallat self-reportingssystem, som styr vårdgivarna att själva rapportera om skador.

För det andra bör en slags självrisk utredas mer, och eventuellt få utrymme i patientskadeförsäkringssystemen.

För det tredje föreslås en översyn av ersättningsnivåerna i patientskadeförsäkringssystemen, eftersom det är svårt att förklara dagens stora skillnader utifrån individers preferenser. Denna översyn bör ske med utgångspunkt från forskningen om betalningsviljan för ett QALY. Skattningar kan sedan användas för att bestämma ersättningsnivåer, särskilt på ersättningarna för smärta, lidande och sorg.

Nyckelord: Patientskadeförsäkring, felbehandling, undvikbar skada, skadestånd, ersättning

Innehållsförteckning

Introduktion	4
<i>Bakgrund</i>	4
<i>Introduktion till problembilden</i>	5
<i>Syfte och disposition</i>	7
<i>Metod och data</i>	7
<i>Översättning av ord och uttryck</i>	8
Teori	10
<i>Introduktion</i>	10
<i>Anvarighetsproblemet</i>	12
<i>Orsaksproblemet</i>	14
<i>Informationsproblemet</i>	16
<i>Ersättningsproblemet</i>	20
Empiri	23
<i>Introduktion</i>	23
<i>Sverige</i>	24
<i>Storbritannien</i>	26
<i>USA</i>	28
<i>Sammanfattning</i>	29
Analys	31
<i>Introduktion</i>	31
<i>Policyimplikationer</i>	32
Appendix A	35
Referenser	37

Introduktion

Bakgrund

Skador i samband med sjukvårdande behandling sker ofta och uppgår enligt skattningar ofta till betydande monetära summor¹. Dessutom dör patienter årligen på grund av patientskador i en sådan omfattning att den utan vidare kan jämföras med till exempel dödligheten i trafiken (Fölster et al 2005).

En samhällsekonomisk beräkning av kostnaderna för patientskador bör förutom vårdkostnader för att åtgärda själva skadan innefatta även läkemedelskostnader och produktionsbortfall för patienten. Dessutom bör de innefatta en monetär skattning av smärta, lidande och sorg för patienten. Det finns dock förvånansvärt få sådana studier att tillgå. Betydligt vanligare är att endast beräkna kostnaden för sjukvården, såsom till exempel görs regelbundet i Storbritannien (se avsnittet om Storbritannien).

För att förebygga skador genom att ge vårdgivare incitament till en högkvalitativ vård samt för att ersätta de som blivit skadade har de flesta länder någon form av försäkringslösning för de patienter som blivit skadade. Vid sidan av detta försäkringssystem har i de flesta länder en parallell försäkringsmarknad vuxit fram, där vårdgivare kan försäkra sig mot att bli stämde.

Sjukvårdsbudgetar i många länder har under 1990-talet belastats allt hårdare av ökade kostnader för patientskador. Detta har gjort att frågorna om hur ett effektivt patientskadeförsäkringssystem ska utformas fått större utrymme i den politiska debatten och i medier än tidigare. Ett exempel är den debattartikel, skriven av Stefan Fölster och Anders Morin publicerad i januari 2005, som hävdar

¹ Enligt Danzon (1999) uppgick till exempel kostnaderna för patientskador endast för National Health Service (NHS) till £235 milj. 1996/97. Observera att dessa siffror endast gäller det som syns i sjukvårdsbudgeten. De största samhällsekonomiska kostnaderna ligger oftast utanför den direkta sjukvårdsbudgeten, i form av produktionsbortfall och smärta/lidande. En svensk studie skattade de totala samhällsekonomiska kostnaderna över åtta år för sex vanliga skadetyper, tillkomna under 1995, till 185 MSEK (Svensson *et al.* 2004).

att 2 000 – 3 000 patienter i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet dör varje år på grund av undvikbara felbehandlingsskador. Om dessa uppgifter skulle visa sig stämna leder felbehandlingsskador till långt fler dödsfall varje år i Sverige än till exempel trafikolyckor. Observera dock att det rör sig om en grov skattning, baserat på amerikanska forskningsresultat i vilka man infört svenska data.

Att patientskadeförsäkringen får ett allt större fokus i den ekonomiska och politiska debatten är ur det perspektivet inte särskilt förvånande. Däremot är orsakerna till de ofta kraftiga kostnadsökningar som många länder uppvisat de senaste årtiondena fortfarande i stort sett höljt i dunkel. Litteraturen i ämnet har pekat på en rad tänkbara faktorer men utan att komma fram till en allmänt accepterad förklaring, vilket komplicerar problembilden. Problemet är troligen nära sammanlänkat med den kostnadsökning som många länder i västvärlden upplevt för sjukvården i allmänhet de senaste decennierna.

Att systematiskt studera hur ett optimalt patientförsäkringssystem kan skapas har alltså blivit alltmer aktuellt och relevant. Med optimalt menas i det här fallet det system som till lägst samhällsekonomisk kostnad åstadkommer effektivast prevention för nya skador samt en effektiv ersättning till de skadade patienterna. Denna ekonomisk-teoretiska definition på orden effektivitet och optimering bibehålls uppsatsen igenom.

Introduktion till problembilden

För att dela upp alla de händelser i sjukvården som kan betecknas som skador har jag valt den uppdelning som är förhärskande i litteraturen. Observera att det inte råder konsensus om hur man ska definiera begrepp som felbehandlingsskada eller undvikbar skada. Det är en pågående vetenskaplig debatt, som denna uppsats dock inte syftar till att beskriva.

Vi kan alltså konstatera att många händelser som inte var väntade (*adverse events*) sker inom sjukvården. Detta är ett naturligt resultat av att medicin inte är en exakt vetenskap, att olika patienter svarar olika på samma behandling och andra,

liknande, externa faktorer. En del, men inte alla, av dessa oförutsedda händelser leder till skador på patienten, övergående eller bestående. Av dessa skador var inte alla möjliga att undvika, återigen på grund av att alla medicinska interventioner är behäftade med en osäkerhet i utfallet. Eftersom dessa skador inte kan undvikas kan de heller inte utan vidare förebyggas. En viktig fråga i det sammanhanget är om ersättning ska betalas ut till dessa patienter. Å ena sidan har de råkat ut för en skada, å andra sidan kan ingen ställas till svars på samma sätt som i övriga skadeståndsmål. Den frågan behandlas i teoriavsnittet under rubrikerna *orsaksproblemet* och *ersättningsproblemet*.

De skador som återstår är de som hade gått att undvika. Dessa kan delas upp i ytterligare två grupper: rena felbehandlingsskador och undvikbara skador som inte beror på felbehandling. Att en skada är undvikbar betyder att det finns en existerande behandling som hade kunnat förhindra skadan. Att detta inte är samma sak som felbehandling beror på att läkare i de flesta patientskadeförsäkringssystem förväntas agera enligt gällande praxis, vilket inte nödvändigtvis är samma sak som att använda exakt de metoder som hade kunnat undvika skadan.

För att studera hur en effektivare patientskadeförsäkring kan skapas utifrån existerande system bör man studera dels den ekonomiska teorin bakom försäkringar och dess förmåga till prevention, dels hur verkliga patientskadeförsäkringssystem ser ut i olika länder. Detta är också två av syftena med denna uppsats.

Dessutom måste man i en någorlunda realistisk policyanalys ta hänsyn till vilka beslut som är politiskt möjliga att genomföra. På grund av att dessa frågor delvis faller utanför den nationalekonomiska teorins ram, samt av utrymmesskäl har de lämnats utanför uppsatsen. Det innebär att de policyimplikationer uppsatsen leder fram till inte nödvändigtvis är praktiskt genomförbara i den form de framställs.

Syfte och disposition

Denna uppsats har ett tredelat syfte. För det första syftar den till att utifrån ekonomisk teori diskutera förutsättningarna för ett patientförsäkringssystem, och på så sätt ge en överblick av vilka hälsoekonomiska teorier som är aktuella när patientförsäkringssystem diskuteras. För det andra syftar uppsatsen till att beskriva patientförsäkringssystemen i Sverige, USA och Storbritannien, med utgångspunkt från det teoretiska perspektiv som anlades i teoriavsnittet. För det tredje är syftet att med hjälp av de teoretiska resultaten analysera de tre patientskadeförsäkringssystemen och jämföra dem. Här ges tillfälle att utvärdera om det finns empiriskt stöd för de prediktioner hälsoekonomisk teori ger. Analysen består också av policyimplikationer, som är baserade från de teoretiska och empiriska lärdomarna.

Dispositionen följer i möjligaste mån uppsatsens tre syften. Efter detta introduktionskapitel följer ett teoretiskt kapitel där fyra problem som är aktuella i samband med patientförsäkringssystem behandlas utifrån hälsoekonomisk och mer generell mikroekonomisk teori. Sedan följer en deskriptiv del, som beskriver patientförsäkringssystemen i Sverige, USA och Storbritannien. Särskild vikt läggs här vid att beskriva de delar som har relevans för de teoretiska frågeställningar som behandlats.

Nästföljande kapitel kopplar ihop de två föregående genom att analysera de verkliga patientförsäkringssystemen med teorin kring dem. Analyskapitlet avslutas med att blicka framåt och föreslå dels reformer inom systemen som vore önskvärda enligt ekonomisk teori, dels föreslå ämnen till vidare forskning. I ett appendix beskrivs en ekonomisk modell som förklarar hur man kan komma fram till optimala ersättningsnivåer och försäkringspremier. En referensförteckning avslutar.

Metod och data

För att göra en applicering av ekonomisk teori på patientskadeförsäkringssystem samt till exempel skattningar av samhällsekonomiska kostnader för patientskador

har en litteratursökning gjorts. Relevanta sökuttryck såsom till exempel "medical malpractice", "liability AND health care" och "social costs AND malpractice" har gjorts på Medline, samt på Lunds Universitets artikeldatabas ELIN.

Försäkringsteorin är hämtad dels från läroböcker i nationalekonomi i allmänhet och hälsoekonomi i synnerhet, dels från artikelsökningar av samma typ som beskrivs ovan. De specifika punkter som kapitlet om försäkringsteori koncentrerar sig på har jag dock valt ut, efter principer som beskrivs närmare i introduktionen till teorikapitlet.

Empiriska data om hur patientskadeförsäkringar fungerar har i Sveriges och Storbritanniens fall tagits från de myndigheter/företag som handskas med patientskador (LÖF, HSAN respektive NHSLA). I fallet USA finns ingen sådan organisation, utan fakta har istället hämtats från vetenskapliga artiklar, intresseorganisationer och artiklar från ansedda tidskrifter av typen *The Economist*.

Översättning av ord och uttryck

Eftersom jag valt att skriva denna uppsats på svenska trots att merparten av litteraturen i ämnet är skriven på engelska har jag tvingats att göra en del översättningar av fackuttryck. Jag har använt mig av följande princip: I de fall som ett engelskt ord har en naturlig svensk översättning har det svenska ordet använts. Exempel på detta är *vårdgivare* för *medical providers* eller *smärta, sorg och lidande* för *pain, grief and suffering*. I de fall då missförstånd kan ske har det engelska originaluttrycket inom parentes angetts första gången det förekommer i texten. I enstaka fall har jag inte funnit någon naturlig eller behändig svensk översättning. Då har det engelskspråkiga uttrycket bibehållits. Ett exempel på detta är *full collateral offset*, som inte låter sig översättas till svenskan på ett kortfattat sätt.

Slutligen en not om ordet *patientskadeförsäkringsystem*: I denna uppsats används orden patientskadeförsäkringssystem och det kortare patientskadeförsäkring parallellt och i samma betydelse. Med *försäkring* menas då hela systemet och inte ett enskilt försäkringskontrakt. Jämför den språkliga analogin i termen

socialförsäkringen som i den allmänna politiska och ekonomiska debatten refererar till ett helt system, snarare än ett enskilt försäkringskontrakt.

Teori

Introduktion

Varför en patientskadeförsäkring?

Patientförsäkringssystem har traditionellt sagts syfta till två parallella mål:

- Att kompensera de patienter som lidit skada på grund av hälso- och sjukvård ("*kompensationssyftet*").
- Att genom att "bestraffa" vårdhuvudmännen som orsakat skadan förmå dessa och andra till att vidta kostnadseffektiva säkerhetsåtgärder ("*korrigeringsyftet*").

Dessa mål kan sägas vara grunden i patientskadeförsäkringar världen över. Dock poängteras de två syftena olika mycket i olika system. Man kan till och med argumentera för att det finns en trade-off mellan de olika målen. Med det menas att beslutsfattare kan tänkas stå inför en valsituation att antingen fullfölja det ena eller det andra målet. Denna valsituation föreligger eftersom det har visat sig att ett patientskadeförsäkringssystem som poängterar korrigeringsmålet kan få problem med att läkarkåren blir mindre samarbetsvillig, eftersom de riskerar minskad inkomst och försämrat rykte om skador de orsakat blir offentliga (se till exempel LÖF 2004). För att korrigeringsystemet ska fungera är det ju nödvändigt att läkarkåren bidrar med information om inträffade felbehandlingsskador. Detta är också vad ekonomisk teori förutsäger: Om läkarna möter kostnader i form av förlorat anseende, förlorad inkomst och så vidare som är större än de vinster som ett samarbete med berörda instanser skulle innebära, är det troligt att läkarna undviker att samarbeta med de tillsynsmyndigheter och organisationer som syftar till att förbättra säkerheten i sjukvården.

Det motsatta problemet riskerar att uppkomma om patientskadeförsäkringen koncentrerar sig mycket på att ersätta skadade patienter. Eftersom långt ifrån alla skador är undvikbara och beror på felbehandlingar av vårdhuvudmän kan ett

sådant system vara dåligt på att förbättra kvaliteten på vården, eftersom korrigeringen blir otydlig. Ett patientskadeförsäkringssystem som riktar in sig på att ersätta alla skadade patienter behöver ju inte för ersättnings skull utreda om felbehandling har skett.

Det svenska patientförsäkringssystemet syftar till det första av dessa mål (LÖF, 2004). Huruvida det också syftar till det andra är mera oklart; detta behandlas i det empiriska avsnittet om Sveriges patientskadeförsäkring.

Teoretiska utgångspunkter – urvalskriterier

Patientförsäkringssystem kan utformas på otaliga sätt, så på grund av utrymmes- och överskådlighetskäl har det som jag uppfattar som de stora skiljelinjerna lyfts fram. Det är alltså kring dessa teoretiska problem som uppsatsens analys och diskussion främst kommer att föras.

Dessa skiljelinjer är alla intressanta eftersom man utifrån ekonomisk teori kan diskutera hur systemen kommer utvecklas. Dessutom har jag valt problem som jag anser vara signifikanta för systemens övergripande struktur. Skiljelinjerna kan formuleras i fyra punkter, vilka alla får var sin rubrik i följande avsnitt. Dessa punkter är:

1. Vem ska vara ansvarig för patientskador? (*ansvarighetsproblemet*)
2. Vad beror skadan på? (*orsaksproblemet*)
3. Hur påverkas en patientskadeförsäkring av asymmetrisk och ofullständig information? (*informationsproblemet*)
4. Hur mycket ska patientskadeförsäkringen ersätta och ”straffa”? (*ersättningsproblemet*)

Det fjärde problemet om ersättning respektive ”straff” eller korrigerande är ur en strikt ekonomisk-teoretisk synvinkel samma problem, eftersom det helt enkelt handlar om hur en ekonomisk kompensation ska ges från vårdhuvudman till patient. I en mer tillämpad analys som denna är det dock rimligare att betrakta det

som två olika frågor, eftersom de existerande patientskadeförsäkringarna skiljer de båda systemen åt genom två parallella försäkringssystem med varierande kontaktytor mellan de båda systemen.

Notera att uppsatsen koncentrerar sig på den ekonomisk-teoretiska dimensionen av patientskadeförsäkringen. Hur den praktiskt ska utformas är en intressant fråga inom institutionell ekonomi, men får av utrymmesskäl lämnas därhän.

Sammanfattningsvis kan sägas att vissa länder, till exempel Japan och USA, inte har ett särskilt rättssystem för att handskas med patientskador. Patientskador tas istället endast upp i det ordinarie rättsväsendet. De flesta industrialiserade länder har dock särskilda instanser som syftar till att ge patienter kompensation, samt skapa incitament för läkare att bedriva en högkvalitativ vård.

Vissa länder har en kombination av dessa system. Sverige är ett exempel på ett sådant land, eftersom det finns särskilda instanser (till exempel Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd) som handskas med patientskador, men möjligheten finns för en skadad patient att gå via tings- eller länsrätt. Sådana fall är dock mycket ovanliga i Sverige, vilket en del tolkar som ett gott betyg åt det svenska patientskadeförsäkringssystemet (Danzon 1994).

Ansvarighetsproblemet

Ansvar för patientsäkerheten kan ligga på flera olika nivåer i sjukvårdshierarkin. Men vad menas med ansvar när det gäller patientskadeförsäkringen? I denna uppsats används ordet ansvarig för den som är juridiskt ansvarig, alltså skadeståndsskyldig, för den inträffade skadan, i de fall en sådan ansvarig kan pekas ut.

Vårdgivaren som ska ha det formella ansvaret för att patienter inte drabbas av felbehandlings- eller undvikbara skador kan ta sig flera olika former. Den behandlande läkaren kan vara personligt ansvarig för de behandlingar han eller

hon utfört. Det är också fallet bland de flesta privatläkare i till exempel Sverige² och USA. Man kan också tänka sig att en enskild avdelning på sjukhus, eller sjukhuset som helhet, har ansvaret för patientsäkerheten. Sverige har valt en ännu större enhet för ansvarsutkrävande: här står landstinget som ansvarig vårdhuvudman.³ Det innebär att det är landstinget som betalar in försäkringspremier till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), som sedan betalar ut ersättning till de patienter som drabbats av patientskada.

På vilken nivå man än väljer att lägga det formella ansvaret för patientsäkerhet finns det anledning att utifrån ekonomisk teori anta att det spelar roll för incitamentsstrukturen för den behandlande läkaren, och därmed också på patientsäkerheten. Ett tydligt exempel på detta är debatten om så kallad *experience rating*. Amerikanska försäkringsbolag som försäkrar enskilda läkare har ofta ett system som innebär att patientförsäkringspremien är en funktion av läkarens felbehandlingshistoria. Den bakomliggande tanken är att sannolikheten är större att läkare som tidigare gjort sig skyldiga till felbehandlingsskador kommer att göra det igen, och att de därmed ska betala högre premier. Fördelen med *experience rating* är att läkarens incitament att erbjuda en hög patientsäkerhet ökar, eftersom han eller hon annars får en högre premie. Ett vanligt motargument är att *experience rating*-systemet kan undergräva läkarnas samarbetsvilja, eftersom de riskerar högre premier genom att själva anmäla skador (Ellis et al 1990). Detta skulle i så fall försvåra det jag kallar *informationsproblemet*.

Vilket ansvar har patienten?

En i litteraturen ofta förbisedd, men icke desto mindre intressant och relevant, frågeställning är vilket ansvar som kan läggas på patienten för att patientskador uppstår. De flesta teoretiska modeller utgår från att patienten inte kan påverka risken för skada. Jag anser att denna syn kan ifrågasättas. I diskussionen om prioriteringar inom sjukvården har frågan om patientens eget inflytande över sin

² Privatpraktiserande läkare och tandläkare i Sverige är också skyldiga att ha en ansvarsförsäkring hos LÖF.

³ Undantagen är Skåne och Västra Götalands län, där respektive region står som vårdhuvudman, samt Gotlands län, där Gotlands kommun är vårdhuvudman.

hälsa blivit allt mer aktuellt. Det är rimligt att anta att patienten kan påverka risken för patientskador. Flera faktorer kan tänkas inverka. Motion, rökning, och vård sökt på ett tillräckligt tidigt stadium i ett sjukdomsförlopp bör alla vara faktorer som påverkar risken att bli skadad i vården. För det första konsumerar ju individer som röker, inte motionerar etc. mer sjukvård överhuvudtaget, vilket leder till en ökad risk för att någon gång bli skadad i vården. För det andra är det rimligt att förutsätta att en sämre hälsa vid början av en vårdepisod ökar risken för patientskada. Man kan därför argumentera för att det är rimligt att patientens eget beteende ska vägas in när ersättningsnivåer ska bestämmas.

Orsaksproblemet

Långt ifrån alla skador som sker i hälso- och sjukvården är orsakade av felbehandling. Strängt taget är utgången av alla medicinska behandlingar, operationer, läkemedelsbehandlingar etc. osäker, eftersom patienter svarar olika på samma behandling. En del patienter skadas inte trots att en felbehandling ägt rum. På motsvarande sätt skadas en del patienter trots att inget synbart fel har begåtts av inblandad medicinsk personal. En del skador beror dock på felbehandlingar, och det är dessa som patientskadeförsäkringssystem oftast försöker minska till en socialt effektiv nivå.

I den engelskspråkiga litteraturen talas om *fault* respektive *no-fault-system*. Ett no-faultsystem innebär att ersättning betalas ut, även om ingen vårdgivare ställs till svars för felbehandling. Ett fault-system tar däremot hänsyn till om skadan vart möjlig att undvika, eller om den till och med beror på felbehandling. Ersättning betalas sedan bara ut för de skador som beror på felbehandling, oftast definierat som en vård som avviker från gängse medicinsk praxis (se till exempel Danzon (1991)). Vilka skador som är möjliga att undvika är dock ofta inte entydigt. Det innebär att fault-baserade system måste utreda ansvarsfrågan i varje fall betydligt mer grundligt än no-faultsystem, vilket innebär högre administrativa kostnader, men också en potentiellt effektivare förebyggande arbete.

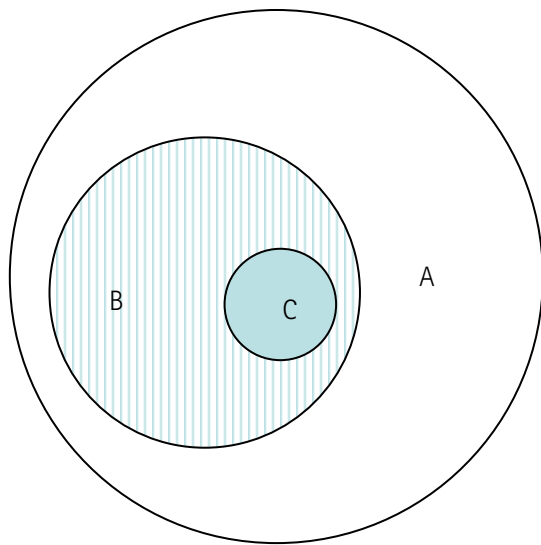


Fig. 1 Illustration av *adverse event* (A), skada som var möjlig att undvika (B) samt felbehandlingsskada.(C)

Ett no-fault-system innebär alltså att patienter som blir skadade i hälso- och sjukvården får ersättning för denna skada, oavsett om skadan beror på en felbehandling eller som skadan gått att undvika. Sverige uppges ofta ha ett no-faultsystem men som Danzon (2000) påpekar kan detta faktum diskuteras. Se de empiriska avsnittet om Sverige för en mer utförlig diskussion.

Från vårdgivarnas perspektiv finns motsvarande begrepp. En *negligence rule*

innebär att vårdgivaren är ansvarig endast för de skador som anses som felbehandlingsskador. *Strict liability* betyder att vårdgivaren är ansvarig för alla skador som dennes patienter drabbas av, alltså både de som beror på felbehandling som de som inte gör det.

Fig. 1 är en illustration till de olika typerna av fel som kan uppkomma i hälso- och sjukvården. Hela ytan A representerar alla de behandlingar i hälso- och sjukvården som inte uppvisar förväntat resultat. Dessa behöver inte bero på felbehandling, utan är ett resultat av andra faktorer. Denna grupp utgör ofta en ganska stor del av alla behandlingar inom hälso- och sjukvården. En brittisk forskningsrapport talar om så stor del som 10 % av alla behandlingar inte leder till väntat resultat, även om de inte nödvändigtvis leder till skada (Towse et al 1999). Cirkeln B representerar de skador som hade gått att undvika. Det är dessa skador som till exempel den svenska patientskadeförsäkringen syftar till att ersätta. Cirkeln C symboliserar då felbehandlingsskadorna, oftast definierade som skador som inträffat då läkaren inte levde upp till gängse medicinsk standard.

Problemet med "gängse praxis"

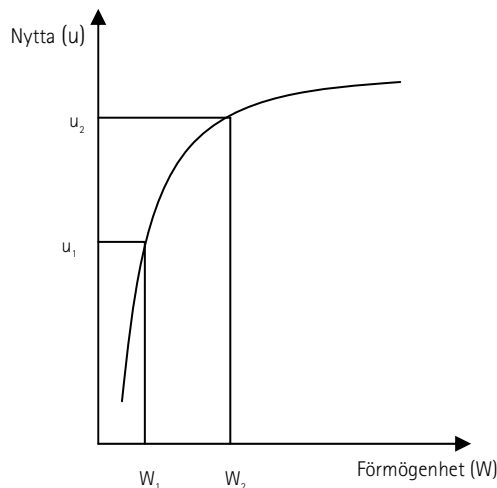
Observera att det inte finns något som säger att "gängse medicinsk praxis" som många fault-system och *negligence rule* utgår från är detsamma som den samhällsekonomiskt effektiva nivån av patientsäkerhet. Om detta inte är fallet är policyn problematisk ur ett ekonomisk-teoretiskt perspektiv, eftersom den innehåller en potentiell bias åt "för mycket" eller "för lite" patientsäkerhet. En lösning på detta problem vore att utreda varje skada med ett samhällsekonomiskt perspektiv, vilket troligen skulle vara mycket kostsamt. En mera pragmatisk lösning vore att göra en mer grundlig utredning om den samhällsekonomiskt effektiva nivån av patientsäkerhet för varje behandling allteftersom nya behandlingsrekommendationer utarbetas av tillsynsmyndigheter (Socialstyrelsen i Sveriges fall).

Informationsproblemet

Detta avsnitt behandlar informationen kring patientskador ur ett ekonomiskt perspektiv. Frågor om information påverkar patientsäkerhet på flera sätt: För det första återfinns det klassiska hälsoekonomiska problemet med *asymmetrisk information* även i frågan om patientskador. För det andra skapar bristen på information kring patientskador en osäkerhet som genom riskaversion kan leda till *defensive medicine*. För det tredje utmärks patientskademarknaden precis som alla marknader av *moral hazard*, vilket bör påverka beteendet hos vårdgivarna (se till exempel Nicholson 1998, s 248). Däremot är försäkringsteorins andra klassiska problem, *adverse selection*, löst i de flesta patientskadeförsäkringssystem. Detta har gjorts genom att helt enkelt göra en patientförsäkring för vårdgivarna obligatorisk, vilket är fallet i både Sverige, Storbritannien och USA.

Asymmetrisk information och riskaversion

Asymmetrisk information utmärker hälso- och sjukvård (se till exempel Folland et al 2004, s. 294), vilket i sin tur innebär att läkar-patientförhållandet är ett imperfekt agent-principalförhållande. Ett system med perfekt information utan osäkerhet skapar som Shavell (1982) påpekar ett perfekt patientskadeförsäkringssystem med ett incitamentssystem som leder till noll



Figur 2. Illustration av riskaversion. En avtagande marginalnytta av förmögenhet leder till en riskaversion, det vill säga att individen föredrar en förmögenhet som är ett säkert utfall framför samma förväntade utfall under osäkerhet.

undvikbara skador. Anledningen till det är att ett perfekt patientskadeförsäkringssystem per definition gör det billigare för vårdgivaren att i alla lägen erbjuda tillräckligt hög patientsäkerhet så att skada inte uppkommer, än att betala ersättning för inträffad skada.

Om vi antar att vårdgivarna är riskaversa, finns det en marknad för en försäkring mot felbehandlingar. Riskaversion är ett begrepp med ett klart

fundament i ekonomisk teori⁴, och har sin grund i ett antagande om avtagande marginalnytta av förmögenhet. Se fig 2 för en grafisk illustration till begreppet.

Defensive medicine

Inom främst den amerikanska litteraturen om patientskadeförsäkringen har problemet med *defensive medicine* diskuterats de senaste decennierna. En trolig förklaring till detta är att ersättningarna till skadade patienter ökat drastiskt de senaste 30 åren. Begreppet *defensive medicine* innebär att vårdgivarna utför behandlingar utöver den samhällsekonomiskt optimala gränsen. Anledningen är att de vill vara på "den säkra sidan" (se till exempel Kessler et al 1996 och Folland et al 2004).

Fenomenet *defensive medicine* förutsägs av ekonomisk teori så länge en vårdhuvudmans marginalkostnad av en ytterligare enhet behandling är lägre än den samhälleliga kostnaden för behandling. Eftersom sjukvård kännetecknas av att en hög andel av kostnaderna betalas av tredje part har varken vårdgivarna eller patienten incitament att komma överens om behandlingar på en

⁴ För en introduktion till begreppet, se till exempel Nicholson (1998), kap. 9.

samhällsekonomiskt effektiv nivå. En ekonomiskt effektiv patientskadeförsäkring bör alltså sträva efter att skapa en incitamentsstruktur för vårdhuvudmännen som liknar den samhälliga kostnaden för behandlingarna.

Problemet med imperfekt information och principal/agentförhållandet

Ibland jämförs ett optimalt patientskadeförsäkringssystem med det som finns för övriga olyckor i samhället, till exempel trafikolyckor. Det finns dock faktorer som gör försäkringssystemet för patientskador mer komplicerat. Jag tar nedan upp några sådana faktorer.

För det första är en skada i samband med en trafikolycka en väldefinierad händelse. Det är lätt att påvisa individens hälsotillstånd före och efter olyckan, samt dra slutsatser om vilka skador som orsakats av just olyckan. Detta är inte fallet med skador inom hälso- och sjukvården. En patient som genomgår någon form av medicinsk behandling har i normala fall nedsatt hälsa redan i utgångsläget. För det andra är en behandlings utgång inte given, eftersom patienter reagerar olika på samma behandling, även patienter som är till synes lika. Detta innebär att stora svårigheter ligger i att definiera vad skadan består i.

Förhållandet mellan läkare (eller annan vårdgivare) och patient brukar beskrivas som ett principal/agentförhållande. Ett imperfekt sådant förhållande kännetecknas av att principalens och agentens nyttofunktioner inte är identiska. Det har visat sig i en empirisk studie att patienter ofta stämmer vårdgivaren för att få information om det verkliga var fråga om felbehandling (Farber et al 1991), vilket kan tas som intäkt för det imperfekta principal-agentförhållandet.

Vilka orsakar felbehandlingsskador?

Informationsproblemet och *defensive medicine* är nära sammankopplat med det faktum att kunskapen om vilka läkare som faktiskt vållar patientskador är låg i de patientskadeförsäkringssystem som använder sig av ett no-fault-system.

Anledningen är att dessa system ofta har någon form av spärr mellan ersättningssystemet till patienterna och anmälningarna av läkare. Orsakerna till

detta "vattentäta skott" är oftast två: För det första behövs inte länken för att bestämma om en patient har rätt till ersättning eller inte. För det andra finns en föreställning om att det är lättare att få en "samarbetsvillig" läkarkår om länken mellan de två systemen görs diffus eller till och med obefintlig. Med samarbetsvillig menas i detta fall att läkarkåren samarbetar när det gäller att upptäcka och spåra skador, för att kunna undvika nya. Bristen på information om vilka som orsakar felbehandlingskador är dock en naturlig följd och ett problem för patientskadeförsäkringen.

Man kan tänka sig två extremscenarier: ett där ett fåtal läkare vållar alla patientskador i systemet, och ett där chansen att en given läkare ska vålla en patient en skada är lika stor oavsett läkare. I det första fallet skulle de allra flesta läkare alltså betala premier till något de aldrig använder medan ett fåtal genom vårdslöshet utnyttjar systemet, vilket är ett klassiskt exempel på *moral hazard*.

Figur 3 sammanfattar de ekonomisk-teoretiska fenomen som diskuterats under problem 2 och 3. Den visar att riskaversion hos vårdgivaren och osäkerheten om den rättsliga utgången av felbehandlingsmålet kan leda till *defensive medicine*. Det faktum att vårdgivaren är försäkrad bör dock ha motsatt effekt (alltså negativ) på patientsäkerheten på grund av *moral hazard*. Det ofullständiga agent-principalförhållandet mellan läkare och patient som beror på asymmetrisk information har också en effekt på patientsäkerheten. Denna effekt kan dock ha både positivt och negativt tecken.

Figur 3: Sammanfattning av ekonomisk-teoretiska fenomenens inverkan på patientsäkerheten.

<i>Fenomen</i>	<i>Leder till</i>	<i>Effekt på patientsäkerheten enligt ekonomisk teori</i>
Riskaversion Osäkerhet om rättslig utgång Hög <i>co-payment</i> av tredje part	Defensive medicine	Ökar
Att vårdgivaren är försäkrad	Moral Hazard	Minskar
Ofullständigt principal-agentförhållande	Asymmetrisk information	Oklart

Ersättningsproblemet

Utförarsidan - incitamentsproblemet

Patientskadeförsäkringssystem har som mål att försöka korrigera beteendet hos vårdgivarna mot en samhällsekonomiskt optimal nivå av säkerhet. Den ekonomiska analysen av hur man kan korrigera individers beteende med negativa incitament såsom böter går tillbaka till Becker (1968), som menade att individers beteende går att tolka i ekonomisk-teoretiska termer även i sammanhang som vanligtvis inte räknas som ekonomiska.

Med utgångspunkt från den synen har det uppkommit en diskussion om hur man kan skapa incitament för vårdhuvudmännen att själva rapportera om skador. Litteraturen på området, till exempel Shavell (1982, 1994) föreslår ofta ett så kallat slags *self-reporting*-system. Det innebär att skapa ett system som ger vårdhuvudmannen (oftast enskilda läkare) incitament att själva anmäla sina skador. Det skulle till exempel kunna utformas så att den ersättning till skadade patienter som vårdgivare får betala kan vara en funktion av om vårdgivaren själv anmält skadan eller inte. Dock har de hälsoekonomer som förordar ett sådant system ännu inte fått gehör för sina förslag.

Simon (1982) visar att ett *negligence system* är Paretoeffektivt framför ett *strict liability system*. Med Paretoeffektivt menas att systemet är effektivast anpassat läkarens nyttofunktion till den samhällsliga. Däremot förutsätter hon inga kostnader för att ta fram informationen om skadan berodde på felbehandling eller inte.

Patientsidan – ersättningsproblemet

Innan patientskadeförsäkringar utvecklades var patienterna hänvisade till ett så kallat *caveat emptor*-system, det vill säga att köparen är ensam ansvarig för att det han eller hon köper är av önskad kvalitet. På grund av de informationsproblem som beskrivits tidigare finns det dock många ekonomiska skäl för att frånga en sådan princip.

Även i närvaro av ett patientskadeförsäkringssystem kan man se att endast ett fåtal patienter anmäler att de blivit skadade, trots att de faktiskt blivit det (Department of Health 2003). Det tolkar jag som att individen upplever en anmälan som behäftad med kostnader. En ersättning bör täcka både dessa kostnader och de kostnader som själva skadan innebar.

De flesta länder tillämpar vad som i den engelskspråkiga litteraturen kallas *full collateral offset*. Det innebär att patientförsäkringar endast täcker den del av skadan som andra försäkringar inte täcker. Det betyder att ersättningen blir mindre ju mer omfattande socialförsäkring landet har. Detta kan lätt leda till missstolkningar av kostnader för patientskadeförsäkringar, eftersom det ser ut som om länder med omfattande välfärdssystem har lägre kostnader för patientskadeförsäkringen, vilket alltså inte behöver vara fallet.

Frågan om ersättningens storlek är viktig för att skapa en effektiv patientförsäkring. Det har visat sig i brittiska studier att ersättningens storlek och antalet anmälda fall har ett positivt samband, vilket kan tyda på att skadade patienter tolkar själva ansökningsprocessen som en kostnad. Om den förväntade ersättningen blir tillräckligt stor kan dock denna kostnad övervinnas för allt fler

patienter, vilket gör det optimalt för dem att söka ersättning. Kostnaden för att anmäla bör vara lägre under ett no-faultsystem än under ett fault-system, eftersom patienten inte då behöver visa att han eller hon varit utsatt för felbehandling.

Formalisering av modellen

Det fjärde problemet om optimal ersättning respektive straff kan omsättas i en modell, som hjälper till att förklara hur ekonomisk teori ser på frågan om optimala ersättningsnivåer. Modellen är en Lagrangefunktion (se till exempel Nicholson 1998) och därmed ett optimeringsproblem. Den återfinns i Appendix A.

Empiri

Introduktion

I detta avsnitt avser jag att beskriva patientskadeförsäkringen i Storbritannien, USA och Sverige. Dessa tre är valda för att de skiljer sig åt på flera centrala punkter som har teoretiska implikationer.

Det är viktigt att påpeka att alla de tre systemen inte är helt homogena internt. Att tala om ett amerikanskt system är egentligen både felaktigt och omöjligt, eftersom en uppsjö av olika sätt att organisera hälso- och sjukvården finns representerat där. Jämfört med de två europeiska system uppsatsen behandlar uppvisar dock den amerikanska patientskadeförsäkringen systematiskt betydande skillnader, särskilt i ersättningsnivåer. "Det amerikanska systemet" som det beskrivs här får ses som en allmän beskrivning av systemets funktionssätt såsom det ser ut på de flesta håll i USA.

Det finns få empiriska studier kring patientskador; på hur många patientskador som inträffar, hur många som anmäls och så vidare. Två stora amerikanska studier som mäter just detta är värdefulla undantag. Den ena är gjord i New York år 1984, och den andra gjordes i Kalifornien år 1974⁵.

De visar att patientskador är betydligt vanligare än antalet anmälningar. Resultatet var att mellan 3,7 procent och 4,6 procent av patienterna drabbades av någon form av skada. Studierna visar vidare att mellan 17 och 28 procent av skadorna berodde på felbehandling. Det finns vidare ingen anledning att utifrån ekonomisk teori tro att incidensen för patientskador skulle vara lägre i Sverige. Tvärtom borde de lindriga påföljder som läkare riskerar att drabbas av i Sverige leda till en lägre säkerhetsnivå och därmed en högre andel skadade patienter. Å andra sidan borde dessa lindriga påföljder också bidra till en effektiv korrigerings, eftersom kostnaden för en läkare att bli anmäld för patientskada är låg.

⁵ De båda studiernas resultat är hämtade från Danzon (1991).

Sverige

Patientförsäkringen infördes i sin nuvarande form i Sverige på 1970-talet. Den främsta bakgrunden till att en patientförsäkring infördes var att man hade upptäckt att det var svårt för patienter att få ersättning för skador som skett i hälso- och sjukvården genom en vanlig domstolsprocess. En sådan process var tidigare den enda möjligheten för patienter som ansåg sig utsatta för en skada att utkräva ersättning.

Ersättning till skadade patienter - LÖF

Om man som patient anser att man drabbats av en undvikbar skada i sjukvården, kan man vända sig till Personskadereglering AB (PSR). PSR utreder sedan fallet åt Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, som vårdgivarna är försäkrade i. Redan på välkomstsidan till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag slås det fast att:

"Du har inte rätt till ersättning enbart av det skälet att behandlingen inte leder till önskat resultat eller att det uppstår en komplikation. Cirka 45 procent av de patienter som anmäler skada får ersättning." (www.lof-forsakring.com, 2004-10-09)

De ekonomer som beskriver Sveriges patientskadeförsäkring som ett "no-fault"-system har alltså i en mening fel. Ersättning betalas *inte* ut för alla skador, oavsett vad de beror på. Grundprincipen är istället att ersättning betalas ut för:

- 1) skador som varit möjliga att undvika
- 2) vid felaktig diagnos
- 3) vid felaktig ordinerings av mediciner (LÖF 2004)

Grundprincipen är vidare att försäkringen endast täcker den del av skadan som övriga socialförsäkringar inte täcker, alltså det som kallas *full collateral offset* i den engelskspråkiga litteraturen. Detta innebär i praktiken merkostnader för sjukvård som patienten har haft, förlorad inkomst, samt en ekonomisk ersättning av smärta, lidande och sorg.

Hälso- och sjukvården i Sverige lyder dessutom under en lag (populärt kallad lex Maria) som har viktiga implikationer för patientsäkerheten. Lex Maria innebär en laglig plikt för personal inom hälso- och sjukvården att rapportera till HSN eller Socialstyrelsen om misstänkta felbehandlingar eller situationer då risk för felbehandling och allvarlig skada uppstod. Lagen tolkar jag som ett försök att minska den asymmetriska informationen och alltså ett försök att lösa informationsproblemet.

De senaste åren har ett politiskt fokus åter riktats mot Sveriges patientskadeförsäkring. Den SOU med titeln *Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen* som publicerades 2004 som hade till uppgift att analysera patientskadeförsäkringen innehöll dock ingen hälsoekonomisk analys (SOU 2004). Mycket kraft ägnas åt hur försäkringen ska utformas juridiskt. Som en illustration kan nämnas att av de nästan 300 sidor utredningen omfattar handlar två om de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag.

I Sverige görs ungefär 9 000 anmälningar till LÖF varje år, och ungefär 45 % av dem som anmäler får någon form av ersättning. Siffran är hög eller till och med mycket hög vid en internationell jämförelse. Alla vårdgivare i Sverige är enligt lag skyldiga att ha en obligatorisk patientförsäkring, vilket gör att problemet med *adverse selection* undviks. Premien påverkas inte av vårdgivarens felbehandlingshistoria.

Om en patient skadas av en vårdgivare som ändå inte har försäkring utbetalas ersättning av Patientförsäkringsföreningen (PFF), som sedan i efterhand kräver den ansvariga vårdgivaren på ersättningen som betalats till patienten. Dessutom krävs vårdgivaren på en tilläggsavgift som ett slags straff för att vårdgivaren saknade försäkring. PFF ägs av de bolag som erbjuder patientförsäkring, där LÖF är absolut störst. Medlemskap i PFF är obligatoriskt (Patientförsäkringsföreningen 2005).

HSAN

Utförarsidan av korrigeringsmålet i Sverige ska upprätthållas av Hälso- och Sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Nämnden består av nio ledamöter, utsedda av regeringen. De flesta ledamöter är före detta riksdagsmän. Om man anser att personal inom hälso- och sjukvården begått ett fel kan den som varit utsatt för felet anmäla händelsen till HSAN. "HSAN kan inte pröva om skadestånd eller andra ekonomiska frågor." (HSAN 2005).'

HSAN kan dela ut två typer av sanktioner: erinran för lindrigare fel eller varning för svårare fel. Patienten väljer själv om han eller hon vill göra en anmälan till LÖF och/eller HSAN, ingen information utbyts mellan instanserna. Tanken är att om LÖF skulle rapportera om fall till HSAN skulle patientskadesystemets förtroende bland läkarna undergrävas. Däremot kan Socialstyrelsen, som är tillsynsmyndighet, vidare utreda fall som kan komma att föranleda hårdare disciplinåtgärder såsom indragen legitimation.

Storbritannien

Storbritannien har traditionellt använt sig av en *rule of negligence* (Danzon 1991) när det gäller alla slags skador där någon juridisk eller fysisk person kan anses ansvarig för det inträffade, även patientskador i sjukvården. Principen kallas *tort law*, som närmast kan översättas med skadeståndsprincip. Principen innebär också *loser-pays-all*, det vill säga att den som förlorar en rättstvist betalar både sina egna och den andra partens rättsliga kostnader. I praktiken finns dock ekonomisk rättshjälp, Legal Aid, som tillfaller de flesta som tar upp mål i domstol. De flesta länder som tidigare varit brittiska kolonier vilar på samma rättsliga grundprincip, till exempel USA, Canada och Indien.

Fram till 1960-talet avgjordes alla tvister som rörde hälso- och sjukvård på det sättet. Möjligheten att kräva skadestånd inom det ordinarie rättsväsendet finns kvar, men numera har dock det brittiska nationella hälso- och sjukvårdssystemet NHS (National Health System) en särskild enhet, kallad NHS Litigation Authority (NHSLA), som har hand om både patient- och utförarsidan av

korrigeringsproblemet. NHSLA mottar ungefär 7 000 anmälningar per år (Department of Health 2003). Man kan argumentera för att organisationen är Paretoeffektiv framför skadeståndsprincipen, eftersom mindre än 2 procent av felbehandlingsmål går till domstol. Det är dock förbjudet för advokater att begära en del i skadeståndet för skadade patienter, vilket bör bidra till det begränsade antalet anmälningar.

I dagens brittiska patientskadeförsäkring ska en skadad patient kunna uppvisa att en viss läkare hade vårdansvar för patienten vid det aktuella tillfället, att denne läkare inte levde upp till gängse medicinsk standard och att skadan beror på denna bristande standard. Orsaksproblemet är alltså löst genom en *negligence rule*.

Felbehandlingar beräknas ha kostat NHS 235 miljoner pund 1996. (Danzon 1999). Kostnaden har dock vuxit med ungefär 25 % per år de senaste åren, och 2003 betalades 422,5 miljoner pund ut till patienter och till rättegångskostnader (Richmond 1997). Observera att denna siffra endast gäller kostnaden för NHS, och är således inte lika med den samhällsekonomiska kostnaden.

I Storbritannien har patientskadeförsäkringen blivit ett särskilt aktuellt ämne i den allmänna samhällsdebatten. De stora kostnadsökningarna har givit upphov till diskussioner om stora reformer i systemet, bland annat inom ramen för den stora utredningen *Making Amends* som ger förslag på förändringar i den brittiska patientskadeförsäkringen. Förslagen består i huvudsak av reformer som ska göra det lättare för skadade patienter att anmäla skada. Patientperspektivet på ersättningsproblemet har lösts genom målformuleringen: "The aim is to bring back to where the patient was before [skadan, förf. anmärkn.]".

Generellt ligger ersättningarna för smärta, lidande och sorg betydligt lägre i Storbritannien än i till exempel USA, detta trots att själva patientskadeförsäkringen inte skiljer sig så mycket åt i centrala punkter. Grundprincipen är att ersättning endast betalas om vårdhuvudmannen inte levde upp till standardnivå, alltså ett klassiskt exempel på en *negligence rule*.

Om en felbehandlingsskada inträffar är vårdgivaren ersättningskyldig patienten. Vårdgivare kan försäkra sig mot stämningar genom försäkringar som kommersiella försäkringsbolag erbjuder. Dessutom finns en organisation, Medical Defense Union (MDU) som erbjuder juridisk hjälp till vårdpersonal som blir stämnda.

USA

I USA finns ingen särskild organisation, domstol eller annan myndighet som ägnar sig åt patientskador. För skadade patienter finns bara skadeståndsmöjligheten, det vill säga att gå via domstol. De samhällsekonomiska kostnaderna av patientskadesystemet (premier, rättegångskostnader mm) har beräknats till 0,2 procent av BNP (Danzon 2000). Några motsvarande siffror att jämföra med för Sveriges och Storbritanniens del finns tyvärr inte att tillgå.

Ansvarighetsproblemet är i USA i huvudsak löst genom att varje enskild läkare är ansvarig för patientsäkerheten. Däremot finns ingen informationsplikt för hälso- och sjukvårdspersonal att anmäla misstänkt patientskada. Däremot åläggs patienten ett större ansvar: Läkare i USA måste nämligen enligt principen om *informed consent* informera sina patienter om vissa läkemedelsbehandlingar och andra medicinska interventioner innan de utförs, så att patienten kan ge sitt samtycke. Informationen ska vara objektiv och innefatta behandlingens för- och nackdelar, risker och huvudalternativ.

Av de tre empiriska exemplen är USA landet med det mest heterogena patientskadeförsäkringssystemet eftersom varje amerikansk stat har var sitt system. Grunden är dock den som beskrivs ovan. Dessutom ingår en patientförsäkring med ett *negligence rule*-system ofta i en HMO-lösning (health maintenance organization), som har blivit allt vanligare i USA de senaste åren (Guadagnino 1997). I sådana fungerar hela HMO som den ansvariga vårdgivaren, vilket är en utveckling mot det kollektiva ansvar som finns i Sverige.

Ersättningsproblematiken är det som särskiljer USA från Storbritannien och Sverige. Många stater har fram till nu inte haft något *full collateral offset*-system, vilket gör att ersättningsnivåerna inte tar hänsyn till vilka försäkringar patienten redan har.

Ersättningsnivåerna för smärta, lidande och sorg har stigit kraftigt de senaste decennierna i USA. Den allt högre ersättningsnivån har lett till hårda motsättningar mellan läkarkåren och advokatkåren (The Economist 2004). I Florida och New Jersey kallade läkare till strejk år 2003 (The Economist 2003).

Det finns många exempel på läkare som vägrar behandla advokater som arbetar med felbehandlingsmål. På den andra sidan finns patientorganisationer, ivrigt påhejade av advokatkåren, som motsätter sig alla försök till att hindra de stigande ersättningarna för framför allt ”non-economic losses” och därmed högre försäkringspremier för vårdgivarna (The Economist 2003).

Flera stater har det senaste decenniet infört tak på ersättningar. Florida är ett viktigt exempel som infört ett tak på non-economic damages, det vill säga i princip begränsat ersättningen för smärta, lidande och sorg. Taket ligger ändå högt mätt med europeiska mått (\$ 500 000 - \$ 750 000 beroende på om skadan skedde i öppen-eller slutenvården) (Health care financial management 2003).

Sammanfattning

För att göra en sammanfattning av redogörelsen för de tre patientförsäkringssystemen, samt en koppling till teorin, följer på nästa sida en tabell som redovisar hur Sverige, Storbritannien och USA har valt att utforma patientskadeförsäkringen. Frågeställningarna som behandlas för varje land är desamma som behandlades i teorikapitlet.

Land	Ekonomisk-teoretiskt problem			
	Ansvars- problemet	Orsaksproblemet	Informations- problemet	Ersättnings- problemet
Sverige	Landstinget har det formella ansvaret för patientsäkerheten.	HSAN utreder och kan också ta till disciplinåtgärder, däremot påverkas inte landstingens premier av deras "track record". Ingen information överförs mellan LÖF och HSAN, vilket antagligen gör preventionen suboptimal.	Offentlighetsprincipen råder; däremot är rankinglistor mellan sjukhus sekretessbelagda. Inget informationsutbyte mellan LÖF och HSAN. Lex Maria innebär informationsplikt för hälso- och sjukvårdspersonal.	<i>Full collateral offset</i> tillämpas, det vill säga patientförsäkringen täcker endast det som den övriga socialförsäkringen inte täcker.
Storbritannien	Det nationella systemet NHS har, via en särskild myndighet, ansvaret för patientsäkerheten.	Endast felbehandlingsskador ersätts enligt en negligence rule.	Låg offentlighet men hög möjlighet till korrigering, eftersom NHSLA hanterar både anmälningar och disciplinåtgärder.	Via MHSLA kan disciplinära straff utdömas. Via domstol kan även ekonomiska straff utdömas. Vårdgivaren är ersättningsskyldig för felbehandlingsskador.
USA	Oftast varje enskild läkare, som har en obligatorisk patientförsäkring. I HMOs kan dock hela organisationen vara ansvarig för patientsäkerheten.	Via skadestånd kan läkare utdömas ekonomiska, men också disciplinära straff. Endast felbehandlingsskador ersätts.	Hög offentlighet, eftersom patientskador behandlas i rättegång. Ingen lag av typen lex Maria.	Pat. kan vända sig till advokat, som kan begära en del i patientens ersättning. Mycket höga nivåer, särskilt för smärta lidande och sorg. Vårdgivaren är ersättningsskyldig för felbehandlingsskador.

Analys

Introduktion

Amerikanska och svenska patienter gör tio gånger fler anmälningar per capita än i Storbritannien. Det är rimligt att anta att ekonomisk teori om beslut under osäkerhet ger en del av svaret varför. En anmälan om patientskada ses här som en handling med ett okänt utfall. Förväntat utfall beräknas i sin enklaste form som sannolikheten att få rätt i fallet multiplicerat med den förväntade ersättningen. Men anmälan är också behäftad med kostnader. De kan vara av direkta kostnader som kostnader för att anlita juridisk expertis, men också indirekta som tidskostnader. Man kan anta att en skadad patient väljer att göra en anmälan om de förväntade utfallet är större än kostnaderna för anmälan.

Med de antaganden som gjorts kan man göra prediktioner som rör ersättningsproblemet. Vi kan förvänta oss att USA:s genomgående högre ersättningsnivåer gör att det förväntade utfallet av att driva fallet blir högre. Även kostnaden för att anmäla ett fall i USA är låg. Tillgången på advokater är god, och eftersom advokater kan teckna sig för en del i sin klients ersättning finns det advokater som inte kräver någon out-of-pocket-betalningen av klienten, om de bedömer att chansen att vinna fallet är tillräckligt hög.

Trots att den förväntade ersättningen är låg i Sverige vid en internationell jämförelse sker ändå många anmälningar per läkare i Sverige (ungefär 21 anmälningar per 100 läkare och år). En ekonomisk-teoretisk tolkning av det är den låga kostnaden i form av pengar, tid och kunskap om det juridiska systemet som krävs för att göra en anmälan i Sverige. Även om ersättningsnivåerna är små eller till och med mycket små i Sverige är anmälningskostnaderna tillräckligt små för att leda till ett högt antal anmälningar. Eftersom en anmälan består i att fylla i ett fåtal blanketter kan en anmälan användas av patienten som en kontroll av om han eller hon har utsatts för en undvikbar skada.

Om man vill jämföra patientskadesystem utifrån ekonomisk teori, och dessutom anse sig kunna utse det "bästa" eller "mest kostnadseffektiva" vore det logiska att

ta fram någon form av kostnadseffektivitetskvot för varje land. Varje lands patientskadeförsäkring skulle då kunna rankas i hur många QALYs patientskadeförsäkringssystemet ”skapar” varje år. Tyvärr låter inte detta sig göras, på grund av att systemen är så olika. I förstone kan det framstå som att det svenska systemet är oerhört billigt jämfört med det amerikanska, eftersom kostnaden för PSR, HSAN etc. endast är en bråkdel av nivåerna i det amerikanska systemets instanser. Jämförelsen försvåras dock av *full collateral offsource*-systemet, vilket gör jämförelser av skattningar på de samhällsekonomiska kostnaderna poänglösa.

I en strikt ekonomisk analys finns det en risk att underskatta de kulturella skillnader som finns i hur man ser på en skada, och hur man värderar lidande i pengar. Från ett europeiskt perspektiv kan de amerikanska ersättningsnivåerna ibland te sig mycket höga, även med hänsyn tagen till *full collateral offset*. En av denna skillnader kan förklaras genom principen om full collateral offset och det faktum att de europeiska staterna har ett större offentligt hälso- och sjukvårdssystem. I den del som ändå återstår av skillnader skulle kulturella faktorer kunna spela in.

Policyimplikationer

Avslutningsvis skulle jag vilja peka på några faktorer, som jag anser vara särskilt viktiga för att skapa ett välfungerande patientskadeförsäkringssystem. Jag utgår även här från de teoretiska frågeställningar som jag tidigare behandlat.

Ansvarighetsproblemet – självrisk

Under de senaste decennierna har hälso- och sjukvårdssystem över världen utsatts för ett allt högre ekonomiskt tryck (se till exempel Folland et al 2004, s. 274) och kostnaderna för hälso- och sjukvård har ökat kraftigt i de flesta industrialiserade länder. Risker är att kostnaderna stiger så mycket att den politiska legitimiteten för ett allmänt hälso- och sjukvårdssystem riskerar att hotas. Med den bakgrunden är det naturligt att patientens egna ansträngningar får ett allt större fokus, och också kan komma att användas vid prioriteringar i sjukvården. Ett exempel på en

sådan prioritering vore att prioritera en patient före en rökare som visserligen är i behov av ytterligare en hjärtoperation. Till exempel Stockholms Läns Landsting har på vissa thoraxkliniker en särskild policy för rökande patienter som ska genomgå en kranskärlsoperation. Policyn går ut på att patienten innan operationen får information om att operationen är i stort sett värdelös om patienten fortsätter röka efter operationen. Patienten får också underteckna ett ”kontrakt” där han eller hon lovar att sluta röka efter operationen.⁶ (Gustavsson 2004). Eftersom det inte finns någon forskning på området är det omöjligt att säga något om rimligheten för att införa en slags självrisk för patientskadeförsäkringen. Däremot är ämnet så angeläget att det lämpar sig för vidare forskning. Sådan forskning skulle kunna företas i samband med forskning om incidensen för patientskador, som också saknas.

Ersättningsproblemet och betalningsviljan för ett QALY

Jag menar att en översyn av ersättningsnivåerna för smärta, lidande och sorg behöver göras i patientskadeförsäkringssystemen. De dramatiska skillnaderna i nivåer mellan till exempel Sverige och USA kan vara ett utslag av befolkningens preferenser och därför samhällsekonomiskt optimalt, men kan också vara ineffektiva. I flera europeiska länder som Storbritannien (Baker et al 2002), Danmark (Gyrd-Hansen 2003) och Sverige (Hjalte et al 2005) bedrivs forskning om hur man ska mäta individens betalningsvilja för ett kvalitetsjusterat levnadsår eller QALY. Hittills har mest metodstudier presenterats, men när skattningar på betalningsviljan för ett QALY i ett land börjar få legitimitet räknar man med att de ska kunna användas vid prioriteringar i sjukvården.

Det finns inga teoretiska hinder för att den forskningens resultat också skulle kunna användas för att legitimera reformer inom patientskadeförsäkringen, främst för ersättningar av smärta, lidande och sorg. En skada kan ju betecknas som en QALY-förlust, som är lika med tiden i år skadan finns multiplicerat med den

⁶ ”Kontraktet” har ingen juridisk bindning i den meningen att man faktiskt kan neka en patient vård om hon eller han har fortsatt att röka. Policyn visar ändå på en stark poängtering av inflytandet av patientens eget handlande för resultatet av vården.

QALY-förlust skadan innebär. En sådan reform skulle anpassa ersättningsnivåerna till befolkningens preferenser och därmed öka effektiviteten.

Informationsproblemet och self-reportingsystem

Litteraturen om self-reportingsystem har växt de senaste åren, men ännu finns mig veterligen ingen patientskadeförsäkring som infört ett sådant system, trots att det har flera uppenbara fördelar. Det kan dock bli en svårighet att sätta straffavgifterna på rimliga nivåer. Det är ändå rimligt att tänka sig att införa ett self-reportingsystem i de länder där läkaren är ersättningsskyldig. I länder där läkare mestadels har en individuell patientförsäkring går detta att lösa genom att göra premien en funktion av om läkaren själv anmälde skadan eller inte. I länder som Sverige med ett frikopplat system skulle man istället kunna skapa incitament som har att göra med offentlighet. Läkare som själva anmäler sina skador skulle kunna få en garanti om att utredningen kring deras skada sekretessbelags.

Ett komplement till ett self-reportingsystem är en lag av typen *lex Maria*, som innebär en informationsplikt om någon anställd i hälso- och sjukvården får kännedom om något som kan betecknas som felbehandling. Sådana lagar utökar ansvaret i länder som till exempel USA där den enskilda läkaren ofta är ensam ansvarig, till att också omfatta hans eller hennes kollegor.

Appendix A

Här presenteras en modell, baserad på Danzon (2000), som beskriver en patientskadeförsäkring enligt *strict liability*, alltså att vårdhuvudmannen är ansvarig för alla patientskador, ges i följande Lagrangefunktion:

$$\begin{aligned} \max_{D, Q, s, r} \phi &= (1-p)V[B-s] + pV[B-s-L+D] \\ &+ \mu\{(1-p)U[A+s-c(r)-\lambda Q] \\ &+ pU[A+s-c(r)-\lambda Q-(D-Q)]-U\} \end{aligned}$$

där

ϕ	Lagrangefunktionen som ska maximeras med avseende på D , Q , s och r
r	kvalitet, uttryckt som förebyggande åtgärder per enhet sjukvård
$p(r)$	sannolikheten för skada som en funktion av kvaliteten
$c(r)$	produktionskostnad per enhet förebyggande åtgärd
$V(B)$	patientens nytta som funktion av initial förmögenhet
$U(A)$	Vårdgivarens nytta som funktion av initial förmögenhet
L	monetär förlust för patienten om skada inträffar
D	ersättning som vårdgivaren betalar om skada inträffar
Q	mängd patientförsäkring som köps av vårdgivaren
s	pris per enhet sjukvård
λ	Pris för försäkringen, definierat som kvoten mellan premie och förväntad utbetalning i händelse av skada
μ	Lagrangemultiplikator (skuggpris)

Om skada inte inträffar, vilket den gör med sannolikheten $1-p$, är patientens nytta helt enkelt den initiala nyttan minus nyttoförlusten av out-of-pocketkostnaden för sjukvården. För vårdgivaren blir nyttan då lika med nytta av hans eller hennes initiala förmögenhet, plus den betalning s som erhållits av patienten, minus kostnaden för försäkringen och kostnaden för de förebyggande åtgärder som vårdgivaren konsumerat.

Om skada inträffar, vilket den gör med sannolikheten p , innebär detta för patienten att hans eller hennes nyttofunktion innehåller initial förmögenhet minus vårdkostnaden som förut, men dessutom en negativ term som representerar ett monetärt värde av skadan plus den ersättning som patienten får. Om det är ett försäkringssystem utan självrisk ska L vara lika med D , så att patienten hamnar på samma nyttonivå som han eller hon hade gjort om skadan inte inträffade.

Om skada inträffar innebär detta för vårdgivarens initiala förmögenhet precis som förut ökat med patientens kostnad för vården och minskar med de åtgärder som läkaren vidtagit. Dessutom minskar förmögenheten med den ersättning D som betalas till patienten. Eftersom vårdgivaren har en försäkring ersätts denne med Q .

En optimal patientförsäkring för den som lämnar både patient och vårdgivare på samma nyttonivå efter en skada har inträffat. Detta görs genom att maximera den ovanstående Lagrangefunktionen med avseende på 1) ersättningen D till patienten om skada inträffar, 2) ersättningen Q till vårdgivaren om skada inträffar, 3) vårdkostnaden s och 4) nivån r på patientsäkerheten.

Observera att samma modell kan appliceras på en *negligence rule*. Villkoret är då att kvaliteten r inte understiger den kvalitet som är gängse medicinsk praxis, r^* . Om r understiger r^* är modellen inte applicerbar, eftersom patienten då är ansvarig enligt principen om *caveat emptor*.

Referenser

Baker R et al (2002). *Determining the Societal Value of a QALY by Surveying the Public in England and Wales: A Research Protocol*. Birmingham: The National Co-ordinating Centre for Research Methodology.

Becker G (1968). "Crime and Punishment: An Economic Approach". *The Journal of Political Economy*. 76(2): 169-217

Danzon P (1991). "Liability for medical malpractice". *Journal of Economic Perspectives* 5(3): 51-69.

Danzon P (1994). "The Swedish Patient Compensation System: Myths and Realities". *International Review of Law and Economics* 14: 453-466.

Danzon P (2000). "Liability for Medical Malpractice", i Culyer, Anthony J – Newhouse, J P (red). *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier.

Department of Health (2003): *Making Amends. A consultation paper setting out proposals for reforming the approach to clinical negligence in the NHS*. London: Department of Health Publications.

"Doctors protest against high insurance costs – and so do insurers" (2003). *The Economist* 366(8312): 90.

Ellis RP, Gallup CL, McGuire TG (1990). "Should Medical Professional Liability Insurance Be Experience Rated?" *The Journal of Risk and Insurance* 57(1): 66-78.

Farber HS, White MJ (1991). "Medical malpractice: an empirical examination of the litigation process". *RAND Journal of Economics* 22(2): 199-217.

Folland S, Goodman A C, Stano M (2004). *The Economics of Health and Health Care*, fourth edition, 2004, Prentice-Hall, Upper Saddle River, New Jersey

Fölster S, Jedberger G, Morin A (2005). "Felbehandlingar i sjukvården orsakar 3 000 dödsfall per år". *Dagens Nyheter*, 2005-01-10.

Gustavsson (2004). Muntlig uppgift från Yvonne Gustavsson, op-sköterska vid Thoraxavdelningen, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna.

Gyrd-Hansen D (2003). "Willingness to pay for a QALY". *Health Economics* 12(12): 1048-1060.

Hjalte K, Hjelmgren J, Johansson F, Persson U (2005). *Betalningsviljan för ett kvalitetsjusterat levnadsår – en pilotstudie*. IHE Rapport 2005.

HSAN (2005) "Frågor och svar". 2005-01-21 <http://www.hsan.se/>

Kaplow L, Shavell S (1994). "Optimal Law Enforcement with Self-Reporting of Behaviour", *The Journal of Political Economy* 102(3): 583-606.

Kessler D, McClellan M (1996). "Do Doctors Practice Defensive Medicine?" *The Quarterly Journal of Economics* 111(2): 353-390.

LÖF Försäkring (2004). "Bakgrund & historik". 2004-10-09. <http://www.lof-forsakring.com/bakgrund/bakgrund.asp>

Nicholson W (1998). *Microeconomic Theory – Basic Principles and Extensions*. Sjunde upplagan. Orlando: The Dryden Press.

Patientförsäkringsföreningen (2005). "Patientförsäkringens framväxt". 2005-01-21. <http://www.pff.se/v2/Default.aspx?PageId=9>

- Guadagnino (1997): "HMO Liability: bonn or bane". *Physician's News*, 8 1997.
- Richmond C (1997). Cost of malpractice protection on rise in UK, too. *Canadian Medical Association Journal* 156: 940-941
- Shavell S (1982). "On Liability and Insurance", *The Bell Journal of Economics* 13(1): 120-132.
- Simon M (1982). "Diagnoses and Medical Malpractice: A Comparison of Negligence and Strict Liability Systems". *The Bell Journal of Economics* 13(1): 170-180.
- Svensson M, Persson U, Johansson F (2004). *Samhällsekonomiska kostnader för patientskador i svensk sjukvård – några typfall*. IHE Rapport 2004:3. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
- SOU 2004:12: "Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – översyn". Stockholm: Socialdepartementet.
- Towse A, Danzon P (1999). "Medical negligence and the NHS: an economic analysis". *Health Economics* 8:93-101