

Vårdvalsreformen – några socialmedicinska undringar

Bo Burström

Professor/överläkare, Karolinska institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för socialmedicin
bo.burstrom@ki.se

Flera landsting runtom i landet inför nu ”vårdval” i primärvården. I en färsk utredning (1) föreslås att vårdval ska införas i hela landet, med fri etableringsrätt för läkare. Syftet sägs vara att öka tillgängligheten till primärvården, att underlätta för patienten att fritt välja läkare samt att förbättra kontinuiteten mellan läkare och patient. Vårdvalsmodeller inspireras av marknadstänkande. Patienten är en kund och doktorn/mottagningen en producent eller tillhandahållare av en tjänst. Marknadsorienteringen grundas på en liberal övertygelse att valfrihet är ett primärt mål i sig, i kontrast till den egalitära synen om jämlikhet som ett primärt mål (2,3). De vårdvalsmodeller som genomförs har sinsemellan olika karakteristika. Vissa lägger mycket stor vikt vid kapi- teringsersättning (dvs en årlig ersättning per patient) medan andra beto- nar besöksersättning.

Vilket är målet?

Målsättningarna med vårdvalsmodel- ler förefaller vällovliga men kan också medföra problem. Frågan är vilken betydelse reformerna får i praktiken, vilka syften som uppnås och vilka grupper i befolkningen som gyn-

nas eller som till och med riskerar att missgynnas. Måldokumentet för svensk hälso- och sjukvård är Hälso- och sjukvårdslagen. Där specificeras att målet är en god hälsa och vård på lika villkor för befolkningen, och att personer med större behov ska priori- teras framför andra (4).

Vem gynnas?

Hur förhåller sig vårdvalsmodeller till Hälso- och sjukvårdslagens intentioner? Bidrar de till ”en god hälsa och vård på lika villkor för hela be- folkningen?” Prioriteras personer med större behov framför andra? En väsentlig fråga är vilka grupper i be- folkningen som kan dra nytta av vård- valsreformer. Hälsan är ojämnt för- delad i befolkningen. Personer med sämre hälsa, dvs de som har allvarliga sjukdomar eller funktionshinder, kan antas ha mindre möjligheter att röra sig mellan mottagningar, att ta reda på och jämföra fakta om olika mot- tagningar som skulle kunna föranleda att de aktivt skulle välja och byta mot- tagning. Det samma gäller personer som i andra avseenden är i en soci- alt och ekonomiskt utsatt position, t ex nyanlända invandrare, flyktingar. Vårdvalsreformerna verkar således

inte primärt vara inriktade på dessa grupper.

Studier från andra länder bekräftar att unga, friska och mer mobila personer utnyttjar valfrihet mera och vissa negativa aspekter, bl a ökade kostnader, har konstaterats (5). Ett genomgående fynd i en annan översiktsartikel från europeiska och amerikanska studier av patientval var att stora grupper av befolkningen inte primärt prioriterar fritt val i vården – det är när det lokala vårdutbudet inte fungerar som man vill kunna byta, av förståeliga skäl. Översiktsartikeln fann inga bevis på att valfrihet förbättrade vare sig effektivitet eller kvalitet i vården, och drog slutsatsen att vinnarna i ett system med ökad valfrihet är de bättre bemedlade och mera välutbildade, om inte särskilda mått och steg tas för att stödja missgynnade grupper (6). Uppenbara ”vinnare” i vårdval är den relativt friska, rörliga och informerade medelklassen som i det nya systemet blir en oberoende aktör som kan jämföra och välja den läkare eller mottagning som bäst motsvarar de egna önskemålen. De sjukaste förefaller inte vara den främsta målgruppen för reformen.

I Storbritannien har kritik riktats mot den ökade marknadsorienteringen av den offentliga sjukvården, inte minst med avseende på rättviseaspekter i vården. I ledaren 1 december 2007 i *British Medical Journal* säger man att: ”A true market has no room for equal access for equal need ...” (7). I Storbritannien har från politiskt håll hävdats att rättvisa och jämlikhetsas-

pekter skulle gynnas av valfrihetsreformer, men kritiker menar att detta inte skett i praktiken, reformerna riskerar snarare att öka ojämlikheten (8). Andra kritiker hävdar att valfrihetsreformer i Storbritannien inte lett vare sig till förbättrad effektivitet, bättre utfall för patienter, minskade kostnader eller ökad jämlikhet i vården. (9-11). Man ser även en risk för ökad fragmentisering av vården för personer med komplexa tillstånd och behov (9).

Är efterfrågan samma som behov?

Vårdvalsreformen lägger stor vikt vid efterfrågan av vård från patienten. Är efterfrågan då att likställa med behov av vård? Redan idag finns observerade sociala skillnader i vårdkonsumtion som inte motsvarar de sociala skillnaderna i hälsa. Personer med sämre hälsotillstånd kan förväntas göra mera bruk av sjukvård, vilket dock inte alltid är fallet, inte minst vad gäller primärvård (12,13). Att utgå från att efterfrågan är detsamma som behov innebär att man bortser från den sociala snedfördelningen av ohälsan och dess bestämningsfaktorer. Vidare bortser man från att nedsatt hälsotillstånd upplevs som behov och resulterar i efterfrågan på vård i varierande grad bland olika grupper.

Figur 1 visar en schematisk representation av vissa steg som föregår vårdkonsumtion. Hälsans bestämningsfaktorer (bl a sociala relationer, arbets- och livsvillkor, levnadsvanor) har en social snedfördelning i befolk-



Figur 1. Vissa steg som föregår vårdkonsumtion

ningen, vilket resulterar i sociala skillnader i hälsotillstånd och sjuklighet. Samma hälsotillstånd hos två individer kan dessutom leda till olika upplevelse av behov av vård. Huruvida ett upplevt behov av vård sedan översätts i efterfrågan av vård varierar också mellan grupper, och modifieras av tillgång till vård, ekonomiska hinder för att söka vård, kulturella faktorer, tidigare upplevelser av vård osv. I vilken mån efterfrågan på vård verkligen leder till vårdkonsumtion bestäms slutligen av läkaren/vårdgivaren, i dialog med patienten.

Studier har visat att det finns en social snedfördelning i flera av de beskrivna stegen, där personer med lägre utbildningsnivå t ex söker vård senare i förloppet av en sjukdom än personer med högre utbildningsnivå (14). Vidare är tillgången till vård ojämnt fördelad och de ekonomiska, kulturella och övriga hindren för att söka/efterfråga vård vanligare bland personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper (15).

En viktig aspekt är att det dessutom kan finnas sociala skillnader i hur väl man som patient kan göra sina behov förstådda och åtgärdade hos vårdgivaren.

Hälsa- och sjukvårdslagens mål är en god hälsa och vård på lika villkor, med prioritering av de som har störst behov. Om detta är målet, och om man tror att hälsa- och sjukvården kan bidra till att minska sociala skillnader i hälsa borde reformer snarare underlätta för personer och grupper som idag i mindre utsträckning efterfrågar vård, trots stora behov. Detta skulle kräva andra insatser än de som föreslås i vårdvalsreformen, och grundas på att resurser fördelas efter behov, inte enligt den efterfrågestyrning som vårdval innebär.

Fri etablering?

I utredningen om vårdval föreslås fri etablering för läkare i primärvården. Grundtanken verkar vara att marknaden kommer att sköta balansen mel-

lan behov och efterfrågan och på så sätt se till att tillgången till primärvård förbättras. En fråga är hur den regionala fördelningen av läkare i primärvården i landet kommer att påverkas av fri etablering. Eftersom etableringarna kommer att göras av privata företagare är det sannolikt att dessa sker där kunder verkligen finns, och där mottagningarna ekonomiskt kan överleva. Detta harmonierar inte alltid med var behoven finns. I Stockholms läns landsting har privata specialister etablerat sig framför allt i centrala delar av länet, med konsekvenser att det i mycket högre utsträckning är de boende där som använder sig av privata specialister (16). Av hittills etablerade mottagningar i Vårdval Stockholm har en tredjedel skett i Stockholms innerstad. Det finns behov av vård även i glesbygd men det kan vara svårare för en läkare att av ekonomiska skäl etablera sin mottagning där.

Betydelsen av ersättningssystem?

En annan viktig aspekt är ersättningssystemet. Om tonvikten ligger på odifferentierad ersättning per besök premieras många och korta besök. Detta kan medföra att besök som är mindre medicinskt motiverade (t ex vid förkylning som är självbegränsande) prioriteras framför besök som gäller mera komplexa medicinska tillstånd och kräver mera tid – allt i syfte att generera ersättning till mottagningen. I Stockholm har fokuseringen på denna typ av ersättning gjort att flera personer med psykosocial kompetens (kuratorer, psykologer) blivit

uppsagda från vårdcentraler. Detta är särskilt olyckligt när ohälsans utveckling bara ökar behovet av sådan behandlingskompetens. Om kapitering är den huvudsakliga typen av ersättning, och kapiteringen är densamma för alla personer, kan mottagningar å andra sidan styras till att dels välja patienter till sin lista som är mindre sjuka; dels begränsa sjukvårdsinsatserna för sina patienter för att spara pengar. Om inte individinriktade förebyggande insatser betalas av ersättningssystemen riskerar även sådana insatser att minska.

Primärvården som länk till övriga samhällsinstanser?

Primärvården har i Sverige traditionellt varit en länk mellan sjukvården och övriga samhällsinstanser, bl a försäkringskassan, socialtjänsten, arbetsförmedling. Hur kommer samarbete av denna typ att ersättas i vårdvalsmodeller? Utan specifik ersättning kan sådant arbete inte prioriteras. Innan husläkarreformen fanns också ett uttalat områdesansvar för befolkningens hälsa i primärvårdsmottagningens upptagningsområde. Trots att detta områdesansvar i princip försvann med husläkarreformen har många mottagningar fortsatt agerat utifrån att ha ett sådant ansvar. Med vårdval riskerar detta områdesansvar att alltmer försvagas. Detta innebär också i förlängningen att svensk sjukvård inte kommer att ha någon instans som beaktar hälsoförhållanden på lokal befolkningsnivå, vilket kan försvåra primärvårdens engagemang i lokalt primärpreventivt folkhälsoarbete, bl a

med förskola och skola. I Stockholms läns landsting har vårdvalsmodellen dessutom inneburit att flera familjecentraler (där barnhälsovård och socialtjänst samverkat) i socialt och ekonomiskt utsatta områden lagts ned, vilket motverkar samarbete mellan landsting och kommun.

Vad vore önskvärt?

Det är viktigt att inte kasta ut barnet med badvattnet – reformer av primärvården får inte göra att man underminerar dess viktiga roll och funktion. Det är också angeläget att de som arbetar i primärvården har goda arbetsvillkor och en bra arbetsmiljö. Primärvården måste få tillräckliga resurser för att på ett ändamålsenligt sätt organisera sin verksamhet. De som arbetar i områden med större andel sjuka eller med särskilda problem måste få mer resurser för sin verksamhet.

Många av de folksjukdomar och de psykosocialt betingade tillstånd som idag ökar i befolkningen skulle till stor del kunna förebyggas eller behandlas i tidigare skede i primärvården. Det är därför viktigt att primärvårdens roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet tydliggörs och ersätts. Primärvården har redan en mycket viktig funktion i behandlingen av patienter med långvariga kroniska sjukdomar, och dess viktiga roll i samarbete med andra samhällsinstanser måste säkerställas och premieras.

Referenser

1. SOU 2008:37. Vårdval i Sverige. Delbetänkande av utredningen om patientens rätt. Stockholm: Socialdepartementet, 2008.
2. Williams A. Equity in health care: the role of ideology. In: van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F (eds). Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective. Oxford: Oxford University Press, 1993, pp 287-298.
3. Maynard A. Beware of the libertarian wolf in the clothing of the egalitarian sheep: an essay on the need to clarify ends and means. In: McIntyre D, Mooney G (eds). The economics of health equity. Cambridge: Cambridge University Press, 2007, pp 77-100.
4. Hälso- och sjukvårdslag 1982:763.
5. Thomson S, Dixon A. Choices in health care: the European perspective. *J Health Services Res Policy* 2006;11:167-171.
6. Fotaki M, Roland M, Boyd A, McDonald R, Scheaff R, Smith L. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *J Health Services Res Policy* 2008;13:178-184.
7. Godlee F. The market has failed. *BMJ* 2007;335 (1 December), editorial
8. Barr DA, Fenton L, Blane D. The claim for patient choice and equity. *J Med Ethics* 2008;34:271-274.
9. Goodwin N. Patient choice: as attractive as it seems? A managerial and organisational perspective. *J Health Serv Res Policy* 2006;11: 129-130.
10. Allen P. Patient choice: as attractive as it seems? An economic perspective. *J Health Serv Res Policy* 2006;11: 130-131.
11. Green J. Patient choice: as attractive as it seems? A sociological perspective. *J Health Serv Res Policy* 2006;11:131-132.
12. Socialstyrelsen. Lägesrapport primärvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.

13. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X for the OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal* 2006;174:177-183.
14. Gulliford M. Equity and access to health care. I: Gulliford M, Morgan M (eds). *Access to health care*. London: Routledge, 2003, pp 36-60.
15. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynöe N, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Stockholm: SLL/Centrum för folkhälsa, Enheten för Socialmedicin och Enheten för Hälsoekonomi, 2007. (Rapport 2007:5)
16. Chen P, Burström B. Betydelsen av resavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata specialtläkare i Stockholms läns landsting. Stockholm: Stockholms läns landsting, Socialmedicinska enheten, 2005.