

# Förändringar inom hälso- och sjukvården

## Bo Burström

Professor/överläkare i socialmedicin vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, 171 77 Stockholm samt Samhällsmedicinska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset. E-post: bo.burstrom@ki.se.

Debatten om hälso- och sjukvård har under senare år ideologiserats i stor utsträckning. Hälso- och sjukvården genomgår för närvarande stora förändringar med ökad marknadsorientering, efterfrågestyrd vård, avknoppning och privatisering av vårdgivare – gynnar detta alla? Redan idag ses sociala skillnader i vårdkonsumtion, vad händer i framtiden? Denna artikel reser frågor om de aktuella förändringarna kommer att gynna grupper med större behov av vård, grupper med sammansatta sociala och medicinska besvär. Vissa ekonomiska incitament tenderar att premiera sjukvården att arbeta med mindre allvarliga tillstånd framför mera allvarliga tillstånd. Resursfördelning efter behov är en viktig princip. En annan viktig aspekt är att förändringarna i vården medför oklarheter över vem i organisationen som har ett övergripande ansvar för befolkningens hälsa.

The debate concerning Swedish health care has become increasingly driven by ideology. Considerable changes are taking place, including increased market orientation, demand-driven care and privatization of health care providers – will this benefit all? There are already social differentials in health care utilization, what will happen in the future? This article raises questions whether the current changes will benefit groups with greater health care needs, groups with joint social and medical problems. Some economic incentives tend to make health services prioritize less serious conditions before more serious conditions. Need-based resource allocation is an important principle. Another important aspect is that the changes in health care lead to unclarities over who in the organization has an overarching responsibility for the health of the population.

## Finansiering, patientavgifter

Hälso- och sjukvården genomgår stora förändringar med ökad marknadsorientering och privatisering av utförare – vem vinner, vem förlorar? En solidarisk finansiering är grunden för en rättvis vård. Den medicinsk-teknologiska utvecklingen går snabbt, kraven från befolkningen på behandling och insatser ökar. I en framtid med större behandlingsmöjligheter, dyrare behandlingsalternativ och med mera välinformerade patienter finns en risk att den solidariskt finansierade vården inte räcker till för att möta alla behov. Möjligheterna till ökat skatteuttag är begränsade, men på något sätt måste notan betalas – genom ökade patientavgifter, privata sjukvårdsförsäkringar eller på annat sätt (Lyttkens 2010). Detta kan skapa en grogrund för privat finansierade sjukvårdsförsäkringar eller direkt betalning av sjukvårdstjänster, vilket i stället för vård på lika villkor medför vård efter betalningsförmåga.

Ökade patientavgifter drabbar låginkomsttagare mer än höginkomsttagare. Redan idag ses tydliga inkomstgradienter och skillnader mellan grupper i andelen som rapporterar att de på grund av ekonomiska svårigheter avstått från att söka vård eller hämta ut ordinerade läkemedel, trots upplevt behov (Burstrom et al 2007). I flera studier, bl. a Socialstyrelsens senaste Hälso- och sjukvårdsrapport (2009) rapporteras sociala skillnader i vårdkonsumtion, där grupper med större behov söker vård i mindre utsträckning än grupper med mindre behov. Anledningen till

dessa skillnader är inte enbart patientavgifter, utan också skillnader i hur olika grupper uppfattar sin hälsa och när man bör söka vård (Åhs & Westerling 2006; Gulliford 2003).

## Vårdens utveckling, ideologisk debatt

Under de senaste decennierna har hälso- och sjukvården i Sverige genomgått stora förändringar. Dessa förändringar har delvis drivits av medicinsk-teknologisk utveckling och krav på kostnadskontroll, men även av mer ideologiskt baserade skäl (Blomqvist 2007; Anell 2010). Sedan 1990-talet har man experimenterat med marknadslösningar i hälso- och sjukvården enligt det s.k. New Public Management-konceptet, där idéer om organisation och arbets sätt i offentlig verksamhet lånas från näringslivet. Avsikten har bl. a varit att öka effektiviteten i vården genom ekonomiska incitament till vårdgivare. En strävan har också varit att öka människors valfrihet och stärka patientens ställning i vården. En viktig fråga, utifrån hälso- och sjukvårdslagets intentioner, är om marknadsmekanismer kan åstadkomma en god hälsa för alla och vård på lika villkor (Bergmark 2008). Här står olika ideologier mot varandra. Den liberala utgångspunkten är att valfrihet är ett viktigt mål i sig, att individen själv bäst vet vad han/hon behöver, att individens betalningsvilja är ett viktigt mått på detta. Den egalitära synen utgår i stället från att jämlikhet är ett viktigt mål i sig, att en verksamhet som hälso- och sjukvård inte lämpar sig för marknadsmekanismer om målet är jämlik hälsa och tillgång

till vård, och att detta kräver omfördelning av resurser (Maynard 2007). Den svenska debatten om hälso- och sjukvården förefaller också bottna i dessa ideologiska skillnader.

Den ideologiska diskussionen om vilken inriktning och väg hälso- och sjukvården ska ta har ökat i intensitet de senaste åren. Flera organisationer (bl. a. Timbro, Svenskt Näringsliv, Studieförbundet Näringsliv och samhälle samt Globaliseringsrådet) har analyserat och debatterat svensk hälso- och sjukvård, ur olika aspekter. Svensk hälso- och sjukvård ses som en växande tjänstesektor, med potentiella möjligheter att exporteras kommersiellt till andra länder (Eliasson 2009). Tankesmedjan Global Utmaning har i en intervjustudie med företrädare för svensk hälso- och sjukvård presenterat olika inställningar i frågan (Lundin 2009). Göran Dahlgren har i *Socialmedicinsk Tidskrift* analyserat drivkrafter och motkrafter för vård på lika villkor i Sverige (Dahlgren 2010), vilket föranledde Svenskt Näringsliv att presentera en motskrift (Sandanaji 2010).

## Jämlikhetsaspekter av förändringar

En viktig jämlikhetsaspekt är att beakta, följa upp och utvärdera effekter av en ökad marknadsorientering i vården, inte minst vad gäller i vilken mån sjukare och socialt och ekonomiskt missgynnade grupper drar nytta eller inte drar nytta av denna förändring. Många av de föreslagna förändringarna i hälso- och sjukvården bygger på efterfrågestyrning och att pengarna följer med

patienten. Detta förutsätter i sin tur att individen är en ”informerad konsument” som gör aktiva val och håller sig à jour med utbudet av vård. Tanken om patienten som en aktiv aktör i relationen med hälso- och sjukvården är i grunden bra, liksom stärkandet av patientens ställning, men kan innebära att ”some are more equal than others” i detta avseende. Vissa grupper har bättre förutsättningar och förmåga att söka och ta till sig information än andra. Erfarenheter från valfrihetsreformer i andra länder är att de i störst utsträckning gynnar yngre och mer välutbildade grupper (Fotaki 2008). Det är därför viktigt att följa upp eventuella differentiella effekter av reformerna. Redan innan dessa förändringar införts har sociala skillnader i vårdkonsumtion konstaterats (Socialstyrelsen 2009; Åhs & Westerling 2006).

Många av de förändringar som genomförs syftar till att öka mångfalden av vårdgivare på marknaden. Marknadstänkandet i vården, med fri etableringsrätt för läkare har bäring också på regionala skillnader – gör t ex den fria etableringsrätten för läkare att även landsbygden gynnas med ökat utbud av läkare, eller är detta begränsat till storstäder? Hur påverkas landstingens möjligheter att styra resurser efter behov? Om målsättningen i en marknadslösning är att ”vårdgivare ska ha lika villkor”, hur påverkar detta förutsättningar för läkare att arbeta i områden där befolkningen har större behov? Rimligen skulle möjligheten att till patienten förmedla vård på lika villkor efter behov kräva att vårdgivare i områden med större behov också fick

större resurser – för att jämna ut förutsättningarna för arbetet. Resurser måste fördelas efter behov, om hälso- och sjukvårdslagens intentioner ska följas.

Avknoppning och flera olika vårdgivarer kan öka utbud av olika verksamheter och på så sätt förbättra vårdens tillgänglighet, tillgång till olika vårdformer, men det kan också öka fragmentering av vården – vem har helikopterperspektivet? Fragmentisering av vård är särskilt olyckligt för patienter med komplicerade sjukdomar och ohälsotillstånd. Avknoppning och upphandling av verksamheter blir allt vanligare inom hälso- och sjukvården. Ofta ges uppdrag till den utförare som lägger det lägsta budet. Särskilda kvalitetsindikatorer bör utformas för att säkerställa att socialt och ekonomiskt utsatta grupper får adekvat vård, då god kvalitet inte alltid sammanfaller med den lägsta kostnaden och särskild vikt kan behöva läggas vid uppfyllande av vissa kvalitetskrav hos utföraren. Exempel finns där tolkverksamhet som upphandlats inte fungerat som avsett, med negativa konsekvenser för vårdens kvalitet.

Vårdgarantier med statliga ekonomiska incitament för att minska köer har lanserats under senare år. Vårdgarantier kan vara bra för ökad tillgång till vård och behandling inom rimlig tid, men de kan också ha undanträngningseffekter av annan vård. Vårdgaranti omfattar oftast kirurgiska åtgärder – vad blir konsekvenserna för icke-kirurgiska verksamheter? Politiskt satta mål om tider mellan besök och behandling eller uppnådda mål kan göra att verksam-

heten styrs mot det som är lättast att åstadkomma och mäta, men som kanske inte är de ur medicinsk synpunkt viktigaste åtgärderna eller gynnar de patienter som har störst behov. Den medicinska professionen är inte alltid lika entusiastisk för vårdgarantier som politiker.

## Behov av vård bland utlandsfödda

En stor andel av befolkningen har utländsk bakgrund. Bland dessa har en stor andel flyktingbakgrund. Detta ställer ytterligare krav på sjukvården, eftersom utlandsföddas behov av sjukvård ofta är både större och delvis annorlunda än för befolkningen i stort. Detta är särskilt påtagligt i vissa storstadsområden, eftersom koncentrationen av utlandsfödda och särskilt nyanlända flyktingar och asylsökande här är högre. Sjukligheten i vanliga diagnoser (t ex diabetes) är högre, om språksvårigheter föreligger kommer varje besök att ta längre tid och kan även kompliceras av olika förförståelse t ex av patientens egen roll i behandling av en sjukdom som diabetes. Även andra mera ovanliga sjukdomstillstånd (t ex tuberkulos, vitamin D-brist) förekommer i högre utsträckning bland utlandsfödda, och kräver särskild behandling. Förtroendet för hälso- och sjukvården är dessutom ofta lägre bland utlandsfödda än bland svenskfödda. Många av nyanlända flyktingar/asylsökande har dessutom haft traumatiska upplevelser innan de anländer till Sverige, med bl. a. konsekvenser i termer av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Bland dessa får många idag inte adekvat hjälp

och behandling under rådande omständigheter. Dessa omständigheter och de större behoven av vård måste beaktas vid resursfördelning, för att möjliggöra vård på lika villkor.

## Hälso- och sjukvårdens ansvar för befolkningens hälsa

Vårdvalsreformen gör det tydligt att primärvården inte längre har ett ansvar för befolkningens hälsa. Läkare i primärvården ska ansvara för de individer som listar sig hos honom/henne. Detta medför oklarhet om hos vilken instans i hälso- och sjukvården ansvaret för befolkningen nu ligger. Behövs en ny instans som ska bevaka folkhälsofrågor och förebyggande arbete på områdesnivå? Särskilda medel måste i så fall avsättas, i proportion till behoven på områdes/befolkningsnivå, enligt Marmot-kommissionens rekommendationer (Fair Societies, Healthy Lives 2010). I en rapport från Stockholms läns landsting om områdesskillnader i livsvillkor, levnadsvanor och hälsa konstaterades stora skillnader mellan mer och mindre ekonomiskt välbärgade stadsdelar, både vad gäller livsvillkor, levnadsvanor som rökning, fysisk inaktivitet, alkohol och olika mått på hälsa samt förväntad livslängd. Om man ska åstadkomma en hälsofrämjande hälso- och sjukvård som ska syfta till att minska sociala skillnader i hälsa måste sannolikt mera betoning läggas på utåtriktad, uppsökande verksamhet – både med hälsofrämjande och förebyggande innehåll, men även i syfte att få de som skulle kunna ha nytta av kurativ behandling att faktiskt söka vård.

Detta gäller i synnerhet grupper som idag söker vård i mindre utsträckning än deras hälsotillstånd skulle motivera. Behovsbaserad resursfördelning är en viktig princip.

## Referenser

- Anell A. Några av världens utmaningar. I: Anell A, Gerdtham U (red). Vårdens utmaningar. Stockholm: SNS Förlag, 2010, s 7-41.
- Bergmark Å. Market reforms in Swedish health care: normative reorientation and welfare state sustainability. *J Med Philos* 2008;33:241-261.
- Blomqvist P. Sjukvårdens styrning och organisation. I: Blomqvist P (red). Vem styr vården? Stockholm, SNS Förlag, 2007, s 11-52.
- Burström B, Schultz A, Burström K et al. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Stockholm: SLL/Centrum för folkhälsa, 2007.
- Dahlgren G. Vård på lika villkor – drivkrafter och motkrafter. *Socialmedicinsk tidskrift* 2010, nr 1:6-48.
- Eliasson G. Svensk sjukvård som en framtida export-industri. En industriekonomisk analys. Stockholm: Globaliseringsrådet, 2009. (Underlagsrapport nr 33 till Globaliseringsrådet)
- Fair Societies, Healthy Lives. Marmot-kommissionens slutrapport. [www.ucl.ac.uk/marmotreview](http://www.ucl.ac.uk/marmotreview) (nedladdad 2010-03-25)
- 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 Serv Res Policy* 2008;13:178-84.
- Gulliford M, Morgan M (eds). Access to health care. London: Routledge, 2003.
- Lundin M. Internationaliseringen av svensk hälsovård – hot, möjlighet eller ickefråga? Stockholm: Global Utmaning, 2009.
- Lyttkens CH. Sjukvårdens långsiktiga finansiering. I: Anell A, Gerdtham U (red). Vårdens utmaningar. Stockholm: SNS Förlag, 2010, s 114-147.

Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman R (eds). *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. McGraw Hill/Open University Press, 2009.

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, s 77-100.

Sandanaji N. *Privata initiativ inom vården. Drivkrafter, inte motkrafter*. Stockholm: Svenskt Näringsliv, 2010.

Socialstyrelsen. *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.

Åhs AMH, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy* 2006;78:178–193.