

Hälso- och sjukvårdens utveckling i Sverige – vart är vi på väg?

Bo Burström

Bo Burström, professor/överläkare i socialmedicin, Institutionen för global folkhälsa, Karolinska Institutet samt Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm.
E-post: bo.burstrom@ki.se

Hälso- och sjukvården i Sverige har under senare decennier genomgått ett systemskifte. I artikeln belyses behoven av hälso- och sjukvård i befolkningen och hur systemskiftet kunnat möta behoven. Marknadisering och privatisering av vården har pågått under lång tid, Vårdvalsreformen 2010 ökade etableringar av primärvård i redan välförsedda områden men inte där behoven var större och har snarast försvårat för äldre multisjuka patienter, men har banat väg för nätläkare. Vårdval inom specialistvård har haft negativa systemkonsekvenser. Privata sjukvårdsförsäkringar kan öka ojämlikhet i vård och kan underminera det offentligt finansierade välfärdssystemet. Primärvården behöver stärkas, samverkan med äldreomsorg fördjupas. Vinstintressen och konkurrens i vården bör avvecklas, samordning och samarbete förstärkas, etableringskontroll införas för behovsbaserad resursfördelning och lokalisering av vården.

The Swedish healthcare system has undergone a system shift in later decades. The article highlights the needs of healthcare in the population in relation to the system shift. Marketisation and privatization have taken place over a long time. The primary care choice reform increased new establishments in already well-served areas but not where needs were greater and has not helped older persons with multimorbidity but paved the way for internet doctors. The choice reform in specialist care had negative system consequences. Private healthcare insurance may increase inequalities in care and may undermine the publicly financed welfare system. Primary care and its collaboration with social care of older people must be strengthened. Instead of profit interests and competition in healthcare, collaboration and need-based resource allocation and localization of care should be promoted.

Inledning

Hälso- och sjukvården i Sverige har gott namn och rykte internationellt. I jämförelse med andra länder är våra hälsoindikatorer, liksom indikatorer på hälso- och sjukvårdens effektivitet, goda. Den förväntade livslängden (83,1 år) är näst högst i Europa och skillnaden mellan män och kvinnor är mindre än i andra länder. Nivån på åtgärdbar dödlighet är bland de lägsta i Europa. Kostnaden för hälso- och sjukvården är jämförbar med andra EU-länder (1).

Den svenska befolkningen har stort förtroende för hälso- och sjukvården, inte minst för dess personal (2). Under de senaste decennierna har hälso- och sjukvården varit föremål för en rad förändringar och reformer. Denna artikel belyser några element i dessa förändringar och reformer och reflekterar över i vilken mån de svarar mot de behov av hälso- och sjukvård som finns i befolkningen.

Systemskiftet

Under de senaste decennierna har ett avgörande systemskifte skett inom hälso- och sjukvården (3,4). Göran Dahlgren beskriver i sin senaste bok fyra faser i detta systemskifte, som han förutsåg redan 1994 i boken Framtidens sjukvårdsmarknader. Från att i första fasen ha varit ett skattefinansierat system med offentliga vårdgivare införs i andra fasen konkurrens och beställar-utförarsystem, vilket öppnar upp den skattefinansierade vården för privata vårdföretag. Vidare införs marknadsorienterade styr- och ersättningssystem, enligt New Public Management, också för den offentligt drivna vården som därmed ska konkurrera med de privata på vårdmarknaden.

I den tredje fasen ökar antalet vinstdrivna privata vårdgivare, särskilt i storstäderna, och deras inflytande över vårdpolitiken ökar. En ny kår av lobbyister med stort inflytande växer fram, vilket också Stefan Svallfors visat (5). I den fjärde fasen medför politiska krav på oförändrad eller lägre skatt samtidigt som vårdbehoven ökar, att den privata finansieringen av vård kan komma att öka. Andelen med privat sjukvårdsförsäkring ökar och de privata vårdgivarna ger förtur till ekonomiskt lönsamma patienter. Den överväldigande delen av de nya privata vårdgivarna är aktiebolag, vars främsta mål är att generera vinst. Det innebär att målet om vinst är överordnat Hälso- och sjukvårdslagens mål om en god vård på lika villkor för hela befolkningen (3).

Det systemskifte som Göran Dahlgren förutsåg redan för 30 år sedan har i många avseenden skett (4). Marknadsorienterade styr- och ersättningssystem är införda, andelen privata vårdgivare har ökat och år 2021 gjordes 39 procent av alla öppenvårdsbesök till privata vårdgivare. Hälften av alla besök inom primärvård, 23 procent av besök i somatisk specialistsjukvård och 21 procent av besöken inom psykiatri var till privata vårdgivare. Andelen vårdcentraler som drivs

i privat regi varierade mellan 69 procent i Region Stockholm och 13 procent i Region Västerbotten (6). Den övervägande delen av privata vårdcentraler drivs som aktiebolag. Fortfarande är sjukhusvården i huvudsak driven i offentlig regi.

Vilken hälso- och sjukvård behövs och hur motsvarar reformer behoven?

Hälso- och sjukvårdslagens mål om en god vård på lika villkor för hela befolkningen är tydligt, och innefattar också en vertikal prioritering: den som har större behov av vård ska prioriteras framför den med mindre behov (7).

Behovet av hälso- och sjukvård betingas av sjuklighet och ohälsa och ökar med ålder, särskilt från 80 år och uppåt. Andelen 80 år och äldre i befolkningen förväntas öka med 60 procent mellan 2017 och 2030 (8), vilket antas öka behov och belastning i hälso- och sjukvården och behoven av social äldreomsorg (hemtjänst och särskilda boenden för äldre). Bland äldre multisjuka personer finns också ett stort behov av samordning och ökad integrering av hälso- och sjukvårdsinsatser och social omsorg. Antalet vårdplatser på sjukhus per 1000 befolkning i Sverige är lägst i EU, och har konstaterats vara alltför lågt (1).

Vidare finns dessutom stora socioekonomiska och regionala skillnader i hälsa, och därmed i behov av vård. Lågutbildade män och kvinnor har vid 30 års ålder 6 år kortare förväntad livslängd än högutbildade. I glesbygdskommuner är den förväntade livslängden betydligt kortare än i storstadskommuner (9). I storstadsområdena finns liknande socioekonomiska skillnader i hälsa och förväntad livslängd mellan socialt och ekonomiskt gynnade respektive missgynnade bostadsområden.

Således är behoven av hälso- och sjukvård störst bland äldre personer och man behöver agera för att minska de socioekonomiska och regionala skillnaderna i hälsa.

Mot bakgrund av ovanstående kunde man som konsekvens förvänta att beslutsfattare skulle planera för en hälso- och sjukvård som prioriterar äldre personers större behov av vård och som avser att åtgärda socioekonomiska och regionala skillnader i hälsa, för att åstadkomma vård på lika villkor efter behov. Har då systemskiftet och reformer i hälso- och sjukvården beaktat detta? Det korta svaret är nej.

Vårdvalsreformen

Ett exempel är Vårdvalsreformen som lagstiftades 2010 (10). En avsikt med reformen var att öka tillgång till primärvård, som är en viktig bas i hälso- och sjukvårdssystemet (3,11,12). En annan avsikt var att öppna upp hälso- och sjukvården för marknadsivering och konkurrens (12). Reformen innebar fri etableringsrätt för privata vårdgivare inom primärvård och fritt val av vårdgivare för patienten, med

skattefinansiering (3,11,12). Vårdgivarens ersättning kom med patienternas listning vid vårdcentralen. Reformen ledde till en ökning med knappt 300 privata vårdgivare inom primärvården, men som framför allt etablerade sig i redan välförsörjda områden i större städer (13). För boende i glesbygd innebar det snarare en försämring av tillgång till vård, eftersom den fria etableringsrätten ökade möjligheterna för läkare att arbeta i eller närmare större städer (3,11).

Samtidigt med Vårdvalsreformen förändrades också ersättningssystemen i primärvården, i enlighet med New Public Management-tankarna. I Region Stockholm som införde vårdval redan 2008 infördes incitament i ersättningssystemet för att primärvården skulle producera många besök, 60 procent av den totala ersättningen utgjordes av besöksersättning. Samtidigt tog man bort den tidigare socioekonomiskt baserade fördelningen av resurser till boende i geografiska områden med större behov (3,11,12).

Ökat fokus på besöksersättning resulterade i att antalet besök i primärvården ökade - och ökade mer bland yngre, högutbildade och höginkomsttagare med mindre hälsoproblem, än bland äldre, lågutbildade och låginkomsttagare med sämre hälsa. Personer med flera diagnoser och hälsoproblem fick komma på ett besök för varje åkomma (11). I övriga landet var förändringarna av ersättningssystemen mindre uttalade och även Region Stockholm har sedan (fr o m 2016) reviderat sitt ersättningssystem mot en ökad andel kapitering som också viktas för skillnader i behov (11). Fortfarande är dock ersättningssystemet inte tillräckligt för att matcha de större behov av resurser som krävs i områden med högre sjuklighet bland befolkningen och sämre förutsättningar för vård. Detta gör att arbete inom primärvård relativt sett blir svårare i områden med högre sjuklighet (11,12). Typen av ersättningssystem har också visat sig ha betydelse för hur läkare arbetar och synen på patienter (14).

Vårdvalsreformen har inte heller förbättrat vården för multisjuka äldre personer. I en statlig utredning (15) konstaterade utredaren Göran Stiernstedt att reformen snarast lett till ökad fragmentering av vården, och föreslog att multisjuka äldre borde undantas från reformen och i stället omfattas av en särskild riktad primärvård där också äldreomsorg är en integrerad del. Detta förslag har dock inte realiserats.

Vårdvalsreformen hade också negativa effekter på primärvårdens befolkningsinriktade förebyggande och hälsofrämjande arbete, bland annat eftersom primärvårdens ansvar för befolkningens hälsa i upptagningsområdet upphörde. Reformen innebär att en vårdcentral endast har ansvar för de listade patienterna och inte för befolkningsinriktat arbete i samverkan med andra lokala aktörer som skola och föreningar (11,12). I bland annat region Östergötland har man dock (2020) återinfört primärvårdens områdesansvar.

Sammantaget kan man konstatera att Vårdvalsreformen ökat antalet vårdcen-

traler, men mer i områden som redan hade vårdcentraler, och att antalet besök i primärvården ökat mer bland de med bättre socioekonomiska förutsättningar än bland övriga och inte heller gynnat multisjuka äldre personer. Vidare har Vårdvalsreformen försvårat primärvårdens samverkan med övriga aktörer i hälsofrämjande och förebyggande arbete (16).

Nätläkare

En annan konsekvens av Vårdvalsreformen och rätten till fri etablering med offentlig finansiering är framväxten av nätläkarbolag (11). Patientlagen som kom 2015 gjorde att patienter kunde söka öppenvård i hela landet och att hemma-regionen skulle betala kostnaden för detta. Region Sörmland hade avgiftsfri primärvård, och när Doktor.se tog över en vårdcentral där kunde vårdcentralen erbjuda avgiftsfria digitala videobesök till patienter i hela Sverige. Kostnaden vidarefakturerades till hemma-regionen. Detta var inledningen till framväxten av nätläkarbolag, och år 2022 fakturerades 620 miljoner kronor för digital vård via vårdcentralerna i Sörmland (11).

En kritik mot nätläkarna är att de fokuserar på lindriga besvär, en annan att de inte är länkade till den övriga hälso- och sjukvården. Användningen av nätläkare är högre framför allt bland yngre personer boende i storstäder. Patienter med kroniska sjukdomar gör framför allt fysiska besök. Kritik har framförts att besök hos nätläkare drar resurser från den övriga hälso- och sjukvården trots att den medicinska nyttan är begränsad (11).

Specialistvårdval

Vårdvalsreformen var obligatorisk för primärvården men inte för specialistvården. I Region Stockholm infördes också specialistvårdval, med etableringsfrihet, inom flera medicinska specialiteter. Detta ökade tillgängligheten till vissa specialister men var mycket kostnadsdrivande och hade dessutom negativa systemkonsekvenser genom att det utarmade sjukhusen på specialister och försvårade utbildning av nya specialister inom vissa specialiteter (11). Region Stockholm har därför nyligen inlett avveckling av vissa specialistvårdval.

De privata vårdgivarna har avtal med regionen att på skattemedel utföra vård på regionens uppdrag, enligt regionens önskemål och riktlinjer. De har dock också möjlighet att behandla patienter med sjukvårdsförsäkring, på försäkringsbolagens uppdrag och medel. Det innebär i praktiken att regionen subventionerar behandling av patienter med privat sjukvårdsförsäkring, eftersom försäkringspatienterna inte ensamma skulle utgöra tillräckligt underlag för att bedriva verksamhet om inte infrastrukturen med mottagningar genom regionavtal redan fanns. Rapporter har dessutom visat att privata vårdgivare i vissa fall prioriterat patienter med privat sjukvårdsförsäkring framför regionens patienter.(11).

Privata sjukvårdsförsäkringar

Privata sjukvårdsförsäkringar har ökat markant under senare år, både andelen och antalet i befolkningen som har privat sjukvårdsförsäkring, år 2023 ca 780.000 personer (17). Försäkringen ger snabbare tillgång till specialistbedömning och vård, det vanligaste är att försäkringen betalas av arbetsgivare. Myndigheten för vårdanalys har i en rapport belyst olika aspekter av privata sjukvårdsförsäkringar. Privata sjukvårdsförsäkringar ger snabbare tillgång till specialistläkare, det kan skapa ojämlikhet i tillgång till vård och att vård inte ges efter behov. Det är oklart hur offentligt finansierad vård påverkas av privata sjukvårdsförsäkringar, men personal kan flytta från den offentligt finansierade vården till den privat finansierade, vilket minskar kapaciteten i den offentligt finansierade vården (18).

Det faktum att vissa privata vårdgivare har avtal både med regionen och med försäkringsbolag har kritiserats, eftersom principen om vård på lika villkor efter behov i vissa fall åsidosatts av vårdgivarna. John Lapidus har i flera publikationer (19,20) påpekat detta och visat på illustrativa exempel på sammanblandning mellan offentlig och privat finansiering, och hur det offentliga subventionerar vården för personer med privat sjukvårdsförsäkring. Privata sjukvårdsförsäkringar riskerar på sikt att underminera och erodera viljan att betala skatt för den offentliga vården i välfärdssystemet och skapa ett uppdelat system (19,20).

Vilken typ av hälso- och sjukvård vill vi ha? Vilka är utmaningarna nu och framgent?

Det finns en stor majoritet i befolkningen för en skattefinansierad vård, på lika villkor efter behov, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagens mål. Det finns dock påtagliga regionala skillnader när det gäller tillgång till vård, och med ökningen av andelen och antalet äldre personer med sammansatta vårdbehov finns också anledning att försöka bättre matcha utbudet med behoven. De flesta regioner brottas emellertid med ekonomiska svårigheter och i flera regioner är det brist på vissa personalkategorier inom hälso- och sjukvården.

Utredningen En god och nära vård (21) ger förslag på hur hälso- och sjukvården ska kunna reformeras för att matcha behoven, med bas i en utbyggd primärvård och i nära samverkan med bl.a. socialtjänstens äldreomsorg. Implementeringen av dessa initiativ sker dock av olika skäl långsamt och underlättas inte av regionernas redan belastade ekonomiska situation. Primärvården i Sverige har jämfört med primärvården i vissa andra länder (t ex Storbritannien) en betydligt mindre andel av den totala budgeten för hälso- och sjukvård. Vårdvalsreformen har inte inneburit någon påtaglig förstärkning av primärvårdens roll eller budget.

Socialstyrelsen har tagit fram ett riktvärde på 1.100 patienter per allmänlä-

kare, med detta riktvärde saknas idag ca 3.400 allmänläkare. Det saknas redan idag även personal i andra yrkeskategorier i primärvården. Andelen i befolkningen som har en fast namngiven läkare i primärvården är cirka en tredjedel och ökar långsamt, men trots ambitionen att öka kontinuiteten innebär detta inte att patienten nödvändigtvis träffar samma läkare vid olika besök. En anledning till att nätläkare används är att många patienter i primärvården saknar en fast läkarkontakt och upplever svårigheter att få en tid i primärvården.

Corona-pandemin blottade redan kända brister i vården av äldre personer, och inte minst bristen på samverkan mellan hälso- och sjukvården och social äldreomsorg. Den låga medicinska närvaron (av läkare) i bl.a. särskilda boenden för äldre kritiserades av Corona-kommissionen (22) och har varit föremål för vidare utredning, men ännu inte resulterat i konkreta åtgärdsförslag. En bättre samverkan mellan hälso- och sjukvård och social äldreomsorg är dock mycket angelägen, inte minst i skenet av den snabbt ökande andelen personer 80 år och äldre.

Det faktum att regionerna själva tar in skatt och ansvarar för hälso- och sjukvården och inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen kan organisera och bedriva vården på det sätt de finner lämpligt gör att det är svårt att från statligt håll föreskriva och genomdriva förändringar. Diskussioner förs om ökad statlig styrning, och för närvarande (2024) pågår Vårdansvarsutredningen om vilka fördelar och nackdelar en ökad statlig styrning eller ett helt eller delvist statligt övertagande av ansvaret för hälso- och sjukvården skulle ha, och hur detta skulle genomföras (23). Sannolikt skulle statliga satsningar behövas för att realisera ”En god och nära vård”.

Vad bör då göras?

I skenet av de ovan beskrivna negativa konsekvenserna av de förändringar som skett de senaste decennierna kan man undra om förändringarna är oåterkalleliga eller kan påverkas. Göran Dahlgren beskriver i sin bok (3) de olika små steg i lagstiftning och reglering som under lång tid banat väg för marknadisering av vården – men ger också konkreta förslag till hur utvecklingen kan vändas i annan riktning. Förslagen handlar om att avveckla vinstintressen i vården, fortsatt offentlig finansiering, lokalt anpassad primärvård i glesbygd och låginkomstområden i storstäder samt att öka den demokratiska förankringen och styrningen av vården. En etableringskontroll bör införas, för behovsbaserad lokalisering av vården; tvångs-LOV bör avskaffas; avveckla offentlig finansiering av digitala vårdföretag och utveckla den integrerade digitala vården; avveckla vårdval inom specialistvården – upphandla enligt Lagen om offentlig upphandling (LoU); ersätt startlagen för privata sjukhus med en stopplag; begränsa konkurrensideologin och utveckla formerna för samordning och samverkan i vården; förstärk försvaret för ökad offentlig finansiering av vården och särskilj privat

och offentligt finansierad vård. Dessa är några konkreta åtgärder som enligt Dahlgren skulle bidra till en vård på lika villkor efter behov (3). För att bidra till ökad jämlikhet i hälsa bör resursfördelningen vara behovsbaserad. Hälso- och sjukvården, och inte minst primärvården, bör också beakta andra sociala beståmningsfaktorer för hälsa, öka samverkan med andra aktörer i hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Hälso- och sjukvård är en politiskt styrd verksamhet. Hur vården kommer att se ut och vilken inriktning som kommer att råda framgent beror därför på vilken majoritet och vilka politiker som fattar besluten, och i vilken grad man beaktar negativa konsekvenser av tidigare förändringar.

Referenser

1. OECD State of health in the EU. Sweden country health profile, 2023.
2. Myndigheten för vårdanalys. Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys, 2018. (Rapport 2018:4)
3. Dahlgren G. När sjukvården blev en marknad. Effekter och alternativ. Stockholm: Premiss 2018.
4. Wingborg M. Marknadiseringen av sjukvård – så gick det till. Stockholm, Arena Idé 2017.
5. Svallfors S, Tyllström A. Resilient privatization: the puzzling case of for-profit welfare providers in Sweden. *Socio-Economic Review* 2019; 17:745–765.
6. Vårdföretagarna. <https://www.vardforetagarna.se/vardfakta-2022/sjukvard/>
7. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet, 2017.
8. SCB. Befolkningsframskrivningar 2018. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/sveriges-framtida-befolkning-20182070/>
9. SCB. Medellivslängd https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101/Medellivsl/sortedtable/tableViewSorted/?loadedQueryId=130165&timeType=timeValue=1
10. SFS 2008:962. Lag om valfrihetssystem. Stockholm: Socialdepartementet, 2008.
11. Gustafsson A. Du sköna nya vård. Friska vinnare och sjuka förlorare. Stockholm: Mondial, 2024.
12. Burström B, Burström K, Nilsson G, Tomson G, Whitehead M and Winblad U. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *International Journal for Equity in Health* 2017;16: 29.
13. Isaksson D, Blomqvist P, Winblad U. How does patient choice with free establishment of primary health care centres affect geographical equity? *BMC Health Services Research* 2016;16: 28.
14. Vengberg S, Fredriksson M, Burström B, Burström K, Winblad U. Money matters – primary care providers' perceptions of payment incentives. *J Health Organ Manag* 2021 Feb 2;ahead-of-print(ahead-of-print). doi: 10.1108/JHOM-06-2020-0225.
15. SOU 2016:2. Socialdepartementet. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
16. Fredriksson M, Isaksson D. Fifteen years with patient choice and free establishment in Swedish primary healthcare: what do we know? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2022; 50: 852–863
17. Svensk försäkring. <https://www.svenskforsakring.se/statistik/skadehorsakring/sjuk-och-olycksfallsforsakring/sjukvardsforsakring/>
18. Myndigheten för vårdanalys. Privata sjukvårdsförsäkringar Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare. Rapport 2020:3
19. Lapidus J. The quest for a divided welfare state. Sweden in the era of privatization. Cham: Palgrave Macmillan, 2019.
20. Lapidus J. Privatising, liberalising and dividing a welfare state without affecting universality? Debunking the myths surrounding the rapid rise of private health insurance in Sweden. *Health Economics, Policy and Law* (2022), 17, 367–379. doi:10.1017/S174413312200007X
21. SOU 2020:19. God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem
22. SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen.
23. SOU S 2023:04. Vårdansvarskommittén. <https://www.sou.gov.se/pagaende-utredningar/socialdepartementet/2023/05/s-202304-vardansvarskommitten/>