

Sjukvårdens framtider - snedsteg och framsteg

Göran Dahlgren

"Framtidens sjukvårdsmarknader - vinnare och förlorare" är titeln på en nyutkommen bok av Göran Dahlgren. Den belyser vårdpolitiska effekter av olika systemförändringar inom sjukvården samt belyser förutsättningar att vidareutveckla en god vård på lika villkor i ett kärt samhällsekonomiskt läge.

Göran Dahlgren har under lång tid arbetat med hälso- och sjukvårdsfrågor såväl i Sverige - bl a som departementsråd och chef för socialdepartementets sjukvårdsenhet - som internationellt för bl a WHO. Dahlgren är för närvarande rådgivare till SIDA:s generaldirektör och från april 1995 folkhälsoråd i folhälsoinstitutets verksamhet.

Det systemskifte med ökad marknadsorientering, köpsäljssystem och ökad privatisering som präglat den borgerliga sjukvårdspolitikerna fick inte fortsatt stöd hos väljarna. Idag - efter 1994 års val - har socialdemokraterna, ibland med stöd från vänstern, miljöpartiet och/eller centern/folkpartiet, majoritet i samtliga landsting utom ett. Undantaget är Halland där den borgerliga majoriteten, intressant nog, mycket medvetet valt att inte satsa på marknadsorienterade köp-säljssystem. Detta är en helt annan politisk karta för svensk sjukvård än under perioden 1991-94, då flertalet landsting hade en egen borgerlig majoritet. Samtidigt sker ett politiskt skifte på nationell nivå där socialdemokraterna beslutat riva upp beslutet om automatisk offentlig finansiering av privatpraktiserande läkares verksamhet och ompröva husläkarreformen. Med visst fog kan således konstateras att stora delar av den svenska sjukvården befinner sig i ett systemskifte med förhinder. En huvuduppgift såväl på landstings- som nationell nivå blir att bromsa upp en ökad kommersialisering och privatisering sam-

Med visst fog kan konstateras att stora delar av den svenska sjukvården befinner sig i ett systemskifte med förhinder

tidigt som man vidareutvecklar kostnadseffektiva behovsbaserade planeringsformer och styrsystem inom ramen för ett demokratiskt förankrat offentligt vårdsystem.

Det gäller att bedöma vilka förändringar som ökar respektive minskar möjligheterna att - inom givna finansiella ramar - säkerställa en god vård på lika villkor för hela befolkningen oberoende av ålder, kön, social ställning, etnisk bakgrund, betalningsförmåga och bostadsort. En vård som samtidigt - utifrån ett medborgarperspektiv - präglas av valfrihet och patientinflytande.

Detta kräver goda insikter om hur olika system och ekonomiska styrmedel kan påverka sjukvårdens omfattning, inriktning, kvalitet och fördelning.

Fyra vårdssystem/faser

I min bok "Framtidens sjukvårdsmarknader - vinnare och förlorare" (1) har jag bl a utifrån svenska och internationella erfarenheter samt egna framtidsanalyser sökt belysa sambanden mellan val av ekonomiska styrsystem och vårdens omfattning, inriktning och fördelning.

Analysen utgår från följande fyra vårdssystem/faser.

Fas 1 Budgetstyrda vårdssystem där huvuddelen av all vård är offentligt producerad och finansierad. Denna typ av integrerade vårdssystem har under lång tid utgjort basen för svensk hälso- och sjukvård. Ungefär hälften av landstingen i Sverige bedriver sitt utvecklings- och förändringsarbete utifrån denna traditionella svenska sjukvårdsmodell.

Fas 2 Offentliga vårdmarknader där man särskiljer beställare och producenter för att skapa konkurrens mellan i första hand offentliga vårdgivare. I vissa fall har även prestationsersättningar införts på dessa interna vårdmarknader. Inspirerade i första hand från köp-säljmodeller i England men även USA utvecklades variationer på detta tema i form av t ex Dala- och Bohusmodellen.

Fas 3 Subventionerade privata vårdmarknader som präglas av en kraftig ökning - i jämförelse med fas 1 och 2 - av det privata vårdutbudet (privatpraktiserande

läkare, privata vårdcentraler och kommersiella sjukhus-företag). Vården finansieras dock fortfarande nära nog helt med offentliga medel. Stockholms läns landsting - under den borgerliga perioden 91-94 - strävade aktivt mot att utveckla denna form av fas 3 system genom en mycket medveten konkurrens och privatiseringsstrategi.

Fas 4 Kommersiella vårdmarknader, där huvuddelen av all vård ges via privata vårdföretag och där alla som har råd förväntas ha en privat sjukvårdsförsäkring. Den offentligt finansierade vården begränsas till barn, ekonomiskt svaga grupper och äldre. Den amerikanska sjukvården utgör ett exempel på denna form av kommersiell vårdmarknad. Idag finns inget svenskt lands-ting - eller politiskt parti - som förordar ett fas 4-sys-tem. Trots det finns anledning inkludera det i en framtids-analys av svensk sjukvård eftersom en övergång till ett fas 3 system i sig skapar de kommersiella förutsätt-ningarna och drivkrafterna för en successiv övergång till ett kommersiellt vårdssystem.

Utifrån denna kategorisering belyses - utifrån hälso- och sjukvårdslagens mål och intentioner - hur valet av sjukvårdssystem kan påverka

- Totalkostnader och finansieringsformer
- Friheten att välja rådgivare
- Vårdutbudets tillgänglighet
- Sjukvårdens inriktning och kvalitet
- Medicinsk etiska normer och värderingar

Vidare belyses vilka driv- respektive motkrafter som påverkar övergången från ett vårdssystem till ett annat.

Effektiv kostnadskontroll

En förutsättning för ett väl fungerande sjukvårdssystem är att det finns goda möjligheter att kontrollera vårdens totalkostnader.

Den vanliga budgetstyrda offentliga vården (fas 1-system) har ofta beskrivits som kostnadsdrivande av dem som önskat ett systemskifte. Vi har - hävdar man - inte längre råd med den traditionella svenska vård-modellen. Det krävs konkurrens och prestations-ersättningar för att säkerställa en kostnadseffektiv vård. I politiska tal och broschyrer har köp-sälssystemen också marknadsförts som metoden att "få mer för mindre". Verkligheten ser dock ganska annorlunda ut. I ett inter-nationellt perspektiv kan konstateras att Sverige - med en budgetstyrd sjukvård - är ett av de få länder i väst som lyckats bryta trenden att en allt större andel av brut-onationalprodukten (BNP) går till sjukvård.

Under perioden 1960 till 1990 ökade t ex enligt OECD - sjukvårdens totalkostnader som andel av BNP stadigt

En förutsättning för ett väl fungerande sjukvårds-system är att det finns goda möjligheter att kontrol-lera vårdens totalkostnader

i Storbritannien, Japan, Italien, Australien, Nederlän-derna, Tyskland, Frankrike och USA.

Tar man hänsyn till de skillnader som finns mellan olika länder vad avser åldersstruktur, kvinnlig förvärvs-frekvens och sjukvårdens ansvarsområde finner man att de totala vårdkostnaderna relaterade till BNP blir om-kring 7.5 procent. Detta är något under genomsnittet i ett västeuropeiskt perspektiv.

Det typiska för den svenska budgetstyrda sjukvården (fas 1) är således att den ger unika möjligheter - i jäm-förelse med andra system - att kontrollera vårdens total-kostnader. Samtidigt kan konstateras att kommersiella vårdssystem som i USA präglas av en okontrollerad snabb kostnadsutveckling mot samhällsekonomiskt orimliga nivåer.

Det finns därför goda skäl att kritiskt granska förut-sättningarna för att totalkostnadstrycket skulle minska och/eller kontrollmöjligheterna öka vid en övergång till fas 2-3 system.

Faktorer som sannolikt minskar total-kostnadstrycket

Tre faktorer talar för att köp-sälssystem ytterligare kan minska totalkostnadstrycket.

Ökad konkurrens pressar enhetspriset

En av de potentiellt viktigaste positiva effekterna av köp-sälssystem präglade av konkurrens mellan olika vård-givare är att de kan pressa priset och därigenom öka vårdens produktivitet. Det finns också en del studier som visar hur produktiviteten ökat relativt kraftigt t ex i Stockholms läns landsting. (2) Vid en intervjunder-sökning med läkare inom två av de specialiteter som kunnat registrera stora produktivitetsökningar - kirurgi och urologi - bedömdes de viktigaste förklarings-faktorerna bakom denna positiva utveckling vara Ädel-reformen, ny medicinsk teknologi, arbetsmarknadsläget och kortare vårdtider. Däremot ansåg dessa läkare att prestationsersättningen endast spelat en begränsad roll och konkurrensen mellan vårdgivarna inte spelat nå-gon roll alls. (3) Utifrån dessa bedömningar är det så-ledes inte Stockholmsmodellen med dess fokusering på prestationsersättning och ökad konkurrens som är för-

klaringen till den positiva produktivitetsutvecklingen, utan helt andra generella förändringar.

Det bör vidare noteras att det ofta är problematiskt att mäta produktivetsförändringar inom sjukvården eftersom det ofta är svårt att klarlägga om och hur vårdens kvalitet förändrats. Det krävs också att produktivetsökningen kan relateras till verksamhetens effektivitet, dvs de mål och resultat som motiverar verksamheten. Saknas ett entydigt positivt samband mellan produktivitet och effektivitet kan ökad produktivitet innebära att man har blivit bättre på att göra fel sak. Styrts då resurser över till de mest produktiva områdena kan det innebära att resurser tas från prioriterade till oprioriterade verksamhetsområden. Kostnadseffektivitet inom sjukvården förutsätter således att verksamheten kan styras mot identifierade vårdbehov. Innan några bestämda slutsatser kan dras om värdet av en produktivetsökning måste den därför relateras till verksamhetens övergripande mål och resultat.

Ökat kostnadsmedvetande

Kostnadsmedvetandet speciellt bland läkare har varit mycket utvecklat. Bristande intresse och kostnadsansvar i kombination med dåliga redovisningssystem är några av orsakerna. Den intensiva fokuseringen på just vårdens kostnader och förbättringar av redovisningssystemen som skett i samband med införandet av köp-sälssystem borde rimligen öka också läkarnas kostnadsmedvetande speciellt om verksamheten är intäktsfinansierad. Intressant nog bekräftades inte den tesen i den utvärdering som gjorts av samhällsmedicinska enheten vid Huddinge sjukhus (4). Enligt denna undersökning hade kostnadsmedvetandet bland läkare och andra medicinskt utbildade ökat ungefär lika mycket i de landsting som inte infört köp-sälssystem som i de landsting som infört dessa ekonomiska styrsystem.

Kostnadseffektivare vårdstruktur

Ett bestående problem i den traditionellt budgetstyrda vården har varit - och är - en föga kostnadseffektiv vårdstruktur där alltför många patienter söker och får vård

vid sjukhus istället för inom primärvården. Köp-sälssystem där primärvården blir köpare av sjukhusvård borde mot denna bakgrund kunna bidra till en kostnadseffektivare vård. Erfarenheterna pekar dock mot att det krävs traditionella politiska beslut för att reducera utbudet av sjukhusansluten vård. De styrmedel som finns inom ramen för en intern vårdmarknad är alltför svaga för att klara denna typ av förändringar av vårdstrukturen. Däremot har t ex primärvårdens ställning gentemot sjukhusen förstärkts - t ex i Dalarna - när de fått ett beställaransvar.

Faktorer som sannolikt ökar totalkostnadsstrycket

Mot dessa potentiella kostnadsdämpande faktorer vid en övergång från budgetsystem (Fas 1) till prestationsbaserade köp-sälssystem (Fas 2-3) står bl a följande systemrelaterade faktorer som med stor sannolikhet driver upp sjukvårdens totalkostnader.

* *Prestationsersättning och intäktsfinansiering* innebär enligt all erfarenhet att vårdgivarnas intresse för att öka vårdutbudet stimuleras kraftigt oberoende av den medicinska betydelsen av verksamheten. En aktiv marknadsföring bidrar givetvis ytterligare till att öka vårdefterfrågan och därmed totalkostnadstrycket. Ur ett politiskt perspektiv är det samtidigt intressant notera att moderata samlingspartiets vårdpolitiker, som ofta betonat att många patienter utnyttjar den offentliga vården i onödan, när det gäller offentligt finansierade privata vårdföretag välkomnar helsidesannonser i dagspressen som syftar till att öka vårdefterfrågan genom att förkunna att t ex Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm erbjuder privat vård till landstingspris.

* *En blandning av kapitations- och prestationsersättningssystem* kan bli starkt kostnadsdrivande när t ex patienter väljer att gå till en annan specialist än den egna husläkaren. Det innebär ju att husläkarens ersättning utgår oförändrat trots minskad arbetsinsats samtidigt som den specialist som faktiskt konsulterats givetvis får ersättning från landstingskassan för sin insats. Denna form av dubbelbetalning driver naturligtvis upp totalkostnaderna.

* *Administrationskostnaderna* ökar erfarenhetsmässigt kraftigt vid en övergång från ett budgetstyrt system till någon form av intern marknad med dess krav på prissättning, avtal och kontrollinstrument. I USA med dess kommersiella vårdssystem ligger administrationskostnaderna på över 20 procent av de totala drifts-

Kostnadsmedvetandet bland läkare och andra medicinskt utbildade ökade ungefär lika mycket i de landsting som inte infört köp-sälssystemet som i de landsting som infört dessa ekonomiska styrsystem

kostnaderna. Motsvarande andel i Holland med dess konkurrerande försäkringsbolag ligger strax under 20 procent. I England räknar man med att administrationskostnaderna ökat från omkring 10 procent till 14 procent när köp-säljssystemet infördes. I Sverige har administrationskostnaderna beräknats ligga mellan 8 och 10 procent. Några samlade bedömningar av hur systemskiftet i ett tiotal landsting påverkat dessa kostnader finns ännu inte. I en utvärdering av Stockholmsmodellen har dock Socialstyrelsen uppskattat dessa administrativa merkostnader till minst 70 miljoner kronor per år (5). Samtidigt kan konstateras att det administrativa arbetet i hög grad flyttats från t ex läkarsekreterare till högvärdade läkare.

* *Risken för att lönsamt fiffel ökar* troligen i intäktsfinansierade system, speciellt vid en ökad privatisering. Erfarenhetsmässigt är det mycket svårt att på en intern eller kommersiell vårdmarknad kontrollera att man endast betalar för faktiskt utförda prestationer och att dessa insatser var medicinskt motiverade. Tricken är många för att i detta svårkontrollerade system öka de egna intäkterna. Diagnosglidning är ett sätt att öka intäkterna. Ofta handlar det om en gråzon där vårdgivarna lär sig utnyttja systemets luckor. Man tänjer lite på gränser och regler - det är som att sälja gummiband som metervara. Detta småfiffel som sammantaget kostar samhället stora pengar är ett välkänt fenomen bl a när det gäller statsbidragen till den privata tandvården i Sverige. Inom ramen för de svenska köp-säljmodellerna har också diagnossättningen förändrats kraftigt sedan man infört prestationsersättningar baserade på sk DRG-baserade priser. Det är framför allt de registreringar av ersättningsberättigade biddiagnoser som ökat kraftigt. Trots detta har man i många fall ännu inte lärt sig ta ut den ersättning som systemet erbjuder, dvs sjukhusen får mindre ersättning än de egentligen har rätt till. (3) Blir utvecklingen som i många andra länder är dock risken stor - speciellt vid en ökad kommersialisering - att man inte bara lär sig ta ut rätt ersättning utan betydligt mer än så. Internationellt har fusket utvecklats till "big business" och uppgår t ex i USA enligt det amerikanska riksrevisionsverket till omkring 80 miljarder dollar per år, vilket är ungefär lika mycket som finansieringen av president Clintons förslag om en heltäckande sjukvårdsförsäkring skulle kosta.

* *Monopolpriser*; Inom sjukvården speciellt utanför de stora städerna har flertalet sjukhus en slags monopol-situation inom sitt naturliga upptagningsområde. Är det offentliga sjukhus kan deras verksamhet direkt styras

av politiska beslut som eliminerar risken för att de utnyttjar sin monopolsituation för att höja priset på sina tjänster. Motsvarande politiska styrmöjligheter finns vanligen inte gentemot offentligt finansierade privata vårdmonopol. Det är därför realistiskt att i denna situation räkna med monopolpriser som driver upp vårdens totalkostnader.

* *Fri etableringsrätt*, dvs att privatpraktiserande läkare automatiskt får sin verksamhet offentligt finansierad samtidigt som ersättningen för deras tjänster höjs driver givetvis upp vårdens tota kostnader. I Stockholm har denna merkostnad beräknats uppgå till omkring 300 miljoner kronor under 1994 och för landet som helhet är motsvarande kostnad enligt landstingsförbundets beräkningar omkring en miljard. De som ivrigast krävt fri etableringsrätt - moderata samlingspartiet - har aldrig uttryckt någon oro för denna avsevärda merkostnad. Detta trots att de konsekvent hävdat att det saknas ett samhällsekonomiskt utrymme för i stort sett alla andra anslagsökningar för att t ex förbättra den bristfälliga öppna psykiatriska vården eller kvaliteten i vården vid livets slutskede.

Samtliga dessa faktorer - liksom en övergång till en obligatorisk sjukvårdsförsäkring - bidrar med säkerhet till att det samlade totalkostnadstrycket ökar mycket kraftigt vid en övergång till ett prestationsbaserat och intäktsfinansierat vårdsystem (fas 2). Denna kostnadsdrivande effekt blir än mer markant vid ett ökat utbud av privat vård (fas 3). Konturerna på detta framtids-scenario syns redan i de analyser som gjorts av totalkostnadsutvecklingen i de landsting som infört olika former av köp-säljssystem. Dalamodellen har åtföljts av ständigt ökande underskott. Revisorerna i Bohuslän har konstaterat att även i detta mycket genomtänkta och lokalt anpassade beställar-utförarsystem, där vårdgivarna inte konkurrerar via pris utan kvalitet, är totalkostnadskontrollen ett allvarligt problem. I Stockholm konstaterar såväl revisorer som ledande tjänstemän att systemskiftet innebär minskade möjligheter att kontrollera vårdens totalkostnader. I en kärv samhälls-ekonomi präglad av knappa offentliga resurser finns således mycket starka finansiella skäl för att inte för-orda en ökad marknadsorientering.

I de landsting som redan infört dessa system finns

Systemskiftet innebär minskade möjligheter att kontrollera vårdens totalkostnader

därför ur ett totalkostnadsperspektiv all anledning att välkomna riksdagsbeslut som upphäver etableringsfriheten och införa en behovsbaserad prövning av offentligt finansierade privatpraktiker. Samtidigt bör kostnadsdrivande prestationsersättningar ersättas med ekonomiska styrssystem som fokuserar på verksamhetens vårdpolitiska mål och resultat. Problemet är dock att redan ingångna avtal givetvis måste hållas och att det är svårt - ibland omöjligt - att direkt påverka omfattningen och inriktningen av det offentligt finansierade privata vårdutbudet. Kostnaderna för denna verksamhet blir därmed i högre grad låsta än för offentliga vårdgivare - helt oberoende av vilken verksamhet som i ett samlat vårdpolitiskt perspektiv anses väsentligast.

Generellt för alla landsting gäller att i samverkan utveckla effektivare former för styrning av medicinsk teknologi och medicinska behandlingsmetoder. De utvärderingar som gjorts bl a av SBU visar tydligt att de stora besparingar som fortfarande kan göras inom svensk sjukvård ligger i förmågan att utmönstra respektive prioritera behandlingsmetoder utifrån deras effekt på patientens hälsa och livskvalitet.

Solidarisk finansiering

Det råder en total politisk enighet om att den svenska sjukvården skall vara solidariskt finansierad. Trots detta finns en uppenbar risk vid en ökad marknadsorientering och privatisering av vårdutbudet för en ökad privat finansiering som på sikt kan leda till en regressiv snarare än progressiv finansiering av det totala vårdutbudet.

De systemrelaterade faktorer som kan bidra till denna - enligt alla politiska partier icke önskade - utveckling är i första hand:

* *Okontrollerad ökning av totalkostnaderna* som snabbt leder snabbt till att politikerna oavsett färg tvingas konstatera att det samhällsekonomiska läget inte tillåter en offentlig finansiering av en sjukvård som tar t ex 12 procent av BNP. Den prioriteringsdebatt som då följer inriktas på att försöka särskilja vilken typ av vård som bör skattefinansieras och vilka vårdinsatser som endast skall erbjudas dem som tecknat privata tilläggsförsäkringar. Denna uppdelning på offentlig respektive privat finansierad vård påskyndas givetvis ytterligare om man samtidigt förordar en minskning av landstingskatten.

* *Privatisering av offentliga sjukhus* kan också öppna vägen för privata sjukvårdsförsäkringar. De privata vårdgivarna har ju allt att vinna på att bryta det offentliga finansieringsmonopolet och kunna sälja sina tjäns-

ter också till personer med privata sjukvårdsförsäkringar. För att motverka denna utveckling mot ökad social segregation inom vården har t ex den dåvarande konservativa regeringen i Nya Zeeland lagt fram ett lagförslag som antogs av parlamentet 1993, i vilket man förbjuder att driften av offentliga vårdinstitutioner överförs till privata vårdföretag. Den konservativa regeringen i England har mot samma bakgrund uttryckligen förklarat att inga offentliga sjukhus skall överföras till privata kommersiella intressenter. I Holland finns en lag som slår fast att sjukhus ej får drivas med vinstsyfte, dvs på kommersiell grund.

I Sverige finns inte ännu ens en debatt om regleringar som dessa. Tvärtom har t ex konkurrenskansliet i Stockholms läns landsting under den borgerliga perioden haft som en huvuduppgift att stimulera kommersiella vårdföretag att - ofta med garanterad vinst - ta över driften av sjukhus som Sabbatsberg, St. Göran och Saltsjöbaden. När det inte går omedelbart - som i fallet St. Göran - bildar man ett bolag för att bana väg för en framtida försäljning. Den avveckling av konkurrenskansliet som socialdemokraterna kommer att genomföra i Stockholms läns landsting blir detta perspektiv ett logiskt och nödvändigt steg också för att säkerställa en fortsatt solidarisk finansiering av vården.

* *Generellt krav på ökad konkurrens* kan också på sikt innebära en ökad privat finansierad vård i ett system med både offentliga och privata vårdgivare. Privata vårdgivare, t ex Sofiahemmet i Stockholm, välkomnar självklart privatfinansierade patienter eftersom de är mycket lönsamma. Skall andra privata vårdgivare, som t ex Sabbatsberg, kunna konkurrera med Sophiahemmet på samma villkor, är det naturligt att även de kan ta emot patienter med privata sjukförsäkringar. Nästa steg blir helt logiskt att även offentliga intäktsfinansierade vårdgivare bör ges denna möjlighet att ge vård till dessa lönsamma patienter. Det kan också motiveras utifrån kraven på fri konkurrens. Det är ju inte rimligt att offentliga vårdgivare på den interna vårdmarknaden är utesluten från en typ av intäkt som stärker privata vårdgivarers möjligheter att konkurrera med ett lägre pris när det gäller vård för offentligt finansierade patienter. Utgår man från dessa generella krav på fri och rättvis konkurrens oberoende av huvudmannaskap leder det därför sannolikt på sikt till en regressiv finansiering av ett alltmer segregat vårdsystem.

* *Höga patientavgifter* på den nivå som t ex förordades i 1992 års långtidsutredning är i sig den mest regressiva finansieringsstrategi som finns eftersom den

innebär att de resurssvaga med stora vårdbehov får betala mer och de resursstarka med små vårdbehov mindre av de totala vårdkostnaderna. Dessa negativa omfördelningseffekter förstärks givetvis i tider av ökade sociala och hälsomässiga skillnader mellan olika social- och yrkesgrupper. För att undvika denna utveckling kan finnas skäl att överväga ett system som det som finns i Kanada där provinser som försöker öka sina intäkter via direkta patientavgifter omedelbart får en minskning av statsbidraget som motsvarar de intäkter avgiften ger. Det blir med andra ord helt ointressant ur ett finansiellt perspektiv att införa avgiftshöjningar.

* *Privata sjukvårdsförsäkringar* är givetvis i sig en väg mot ökad privat finansiering. I Kanada får därför de privata försäkringsbolagen inte erbjuda sjukvårdsförsäkringar som täcker offentligt finansierade vårdområden. En dylik reglering för att förhindra en privatisering av vårdens finansiering är endast politisk möjlig i ett läge där relativt få medborgare redan tecknat privata sjukvårdsförsäkringar. I Sverige har vi sannolikt redan passerat den gränsen utan att någon vårdpolitisk debatt förts om behovet av en "kanadensisk reglering".

En successiv ökning av privat finansierad sjukvård innebär förutom de omedelbara fördelningspolitiska effekterna att de resursstarka grupperna med privata sjukvårdsförsäkringar får ett allt mindre intresse att säkerställa en god offentligt finansierad vård. Den generella välfärdspolitikens "kitt" mellan olika social- och yrkesgrupper upplöses och den offentligt finansierade vården uppfattas mer och mer som medicinsk socialhjälp. Ett nytt segregerat system växer fram trots alla principer om en god vård på lika villkor.

Finansieringsfrågorna och dess koppling till vårdens huvudmannaskap, konkurrens inom vården och en ev. övergång till en obligatorisk sjukvårdsförsäkring kräver därför speciell uppmärksamhet vid utformningen av morgondagens vårdssystem.

Ökad valfrihet

Friheten att välja - och välja bort - vårdgivare är en viktig kvalitet inom svensk sjukvård. Det är speciellt vik-

Finansieringsfrågorna och dess koppling till vårdens huvudmannaskap, konkurrens inom vården och övergång till en obligatorisk sjukvårdsförsäkring kräver speciell uppmärksamhet vid utformningen av morgondagens vårdssystem

tigt att denna möjlighet finns för de patienter vars livskvalitet i hög grad påverkas av hur kontakten med sjukvården fungerar t ex äldre inom långtidssjukvården och kroniskt sjuka. Valfriheten har dock inte alltid stått så högt på prioriteringslistan inom svensk sjukvård. Under 1970 och halva 80-talet utgick man i alltför många fall från sjukvårdens snarare än patientens perspektiv genom regler om "vart man hörde". Den stora valfrihetsrevolutionen skedde dock under slutet på 1980-talet, dvs fortfarande inom ramen för den vanliga budgetstyrda svenska vårdmodellen (fas 1-system). I flertalet landsting innebar - och innebär det fortfarande - att medborgarna inom landstingsområdet och i vissa fall inom större regioner fritt kan välja såväl läkare som sjukhus. I början av 1990-talet ansåg den kände sjukvårdsforskaren Richard Saltman i boken "Patientmakt över vården" t o m att patienterna i Sverige har större valfrihet än i något annat skattefinansierat system.

Trots detta blev just ökad valfrihet ett av huvudargumenten för det systemskifte som inleddes i många landsting i början av 1990-talet. Valfrihetskravet kom samtidigt att i hög grad bli förknippat med ökad privatisering.

Utgår man från att valfriheten i första hand gäller rätten att välja vårdgivare på en viss vårdnivå oberoende av huvudman snarare än möjligheten att välja just privata vårdgivare är det troligt att valfriheten minskar vid en övergång till marknadsorienterade köp-söljsystem. Detta antagande bygger bl a på

att det finns en inneboende konflikt i köp-säljsystemen mellan patientens rätt att välja vårdgivare och skyldigheten för en beställarstyrelse att välja vårdgivare enligt upphandlingskungörelsens kriterier. Samtidigt måste vårdavtalen i sig rimligen innebära att sjukvårdshuvudmännen på olika sätt försöker påverka patienterna att välja de vårdgivare på den interna vårdmarknaden som vunnit anbudsgivningen och begränsa möjligheterna att välja de vårdgivare som förlorat.

att de ökande totalkostnaderna, som troligen är förknippade med ett systemskifte, av kostnadsskäl framtvingar ökade krav på remisser och särskilda högre avgifter för specialistvård utan remiss. I ett internationellt perspektiv ser man denna tendens mycket tydligt där just minskad valfrihet utgör en av de få kvarvarande metoderna att bromsa ökande totalkostnader. Den valfrihet som idag finns i ett vanligt svenskt landsting är också långt större än den valfrihet som via privata sjukvårdsförsäkringar erbjuds t ex genomsnittsamerikanen.

Krav på valfrihet bör givetvis förenas med insatser för att öka medborgarnas kunskaper om bl a de kvalitetsskillnader som finns mellan olika vårdgivare

att etableringsfriheten ensidigt ökar valfrihetssfären i storstädernas mest välbärgade områden snarare än för de resurssvaga grupper med stora vårdbehov och för dem som bor i glesbygden. Etableringsfriheten innebär i första hand därmed en ökad frihet för läkarna att välja patientunderlag.

Dessa effekter återspeglades också i det mest marknadsorienterade köp-säljssystemet i Sverige - Stockholmsmodellen - där många av de läkare som djupintervjuats i ovan nämnda SPRI-rapport (3) "anser att Stockholmsmodellen har blivit ett ekonomiskt styrsystem för besparingar istället för att vara köp-säljmodell med ökad valfrihet och konkurrens". Man menar också att detta i stort dömer ut systemet.

Krav på valfrihet bör givetvis förenas med insatser för att öka medborgarnas kunskaper om bl a de kvalitetskillnader som finns mellan olika vårdgivare. Det är ju kunskap att detta slag som möjliggör ett insiktsfullt val. Tyvärr förenas dock alltför sällan det politiska och professionella intresset för ökad valfrihet med ett motsvarande intresse för ökad konsumentupplysning inom vårdområdet. Tvärtom präglas just detta område av ett aktivt motstånd inte minst från läkarkåren när det gäller att informera allmänheten om de ofta stora skillnader i vårdkvalitet som finns mellan olika vårdgivare. Detta är ett generellt problem som kräver ökad uppmärksamhet - inte minst från politiskt håll - oberoende av val av ekonomiskt styrsystem.

Samtidigt finns anledning uppmärksamma hur just dessa problem kan öka vid en marknadsanpassning och privatisering av sjukvården. En orsak till detta är att vissa landsting inspirerade av privata företags image-skapande kampanjer gått ut med ideologiska reklamkampanjer för köp-säljmodeller som minskar snarare än ökar medborgarnas kunskap om vårdutbudets faktiska kvalitet. I helsidesannonser i dagspressen har man t ex förkunnat att ett antal borgerliga landstingspolitiker i Stockholm kommer att bli historiska eftersom de infört konkurrens i vården samtidigt som vi på gator och torg möter vackra affischer med fjärlar i olika färger som sägs symbolisera naturlig konkurrens. Det ökar knappast insikten om var den bästa vården erbjuds.

En privatisering av vårdutbudet innebär dessutom att kommersiell reklam för sjukvård blir allt vanligare. Sannolikheten att dessa reklamkampanjer bidrar till ökad kunskap om den faktiska kvaliteten på olika vårdgivares insatser är mycket begränsad. Det är troligare att tidigare oinformerade patienter nu löper ökad risk att bli felinformerade.

Denna risk ökas också när den offentligt finansierade vården i allt högre grad börjar se på sin verksamhet ur ett kommersiellt företagsperspektiv. Kritiska synpunkter från de anställda som när allmänheten uppfattas då som illojala mot företaget snarare än som en viktig ingrediens i en öppen demokrati. Känslan av att de anställda inom vården inte längre vågar påpeka brister har redan uppmärksammat och i vissa fall talar man t o m om munkavlar.

Betydelsen av att bryta denna utveckling kan knappast överskattas om man eftersträvar en levande demokratiskt styrd sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Det kan - och bör - ske genom krav på öppenhet i all offentligt finansierad verksamhet, ökad konsumentinformation och en kraftsamling såväl lokalt som nationellt för att tydliggöra och förstärka patienternas rättigheter.

Vård på lika villkor

Portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen slår fast att alla skall erbjudas god vård utifrån sina behov av vård och på lika villkor oberoende av ålder, kön, etnisk bakgrund, bostadsort och social ställning (betalningsförmåga).

Svensk sjukvård har också i ett internationellt perspektiv blivit känt för att även i praktiken kunna erbjuda hela befolkningar vård på lika villkor.

I tider av ökande sociala skillnader i vårt samhälle är det givetvis speciellt viktigt att slå vakt om en rättvis fördelning av knappa vårdresurser som baseras på patientens behov av vård. Denna insikt har knappast präglat dem som infört olika typer av marknadsorienterade köp-säljmodeller. Tvärtom torde de nya modellerna öka riskerna för en social segregering inom svensk sjukvård. "En väl utvecklad behovsprincip går inte" - skriver

I tider av ökade sociala skillnader i vårt samhälle är det givetvis speciellt viktigt att slå vakt om en rättvis fördelning av knappa vårdresurser som baseras på patientens behov av vård

Det finns också för allmänheten dolda incitament i köp-säljssystemen som gör att vissa patienter blir lönsamma och andra olönsamma

ver t ex centerpartisten Gerhard Larsson - "att förena med nutidens politiska linje som främjar konkurrens mellan vårdställen och patienters ökade valfrihet". (6)

Vårdens ekonomiska tillgänglighet påverkas direkt av t ex höjda patientavgifter. Idag ligger dessa patientavgifter redan något över vad som är vanligt i övriga Västeuropa och det finns tecken på att de utgör ett hinder för resurssvaga grupper att efterfråga den vård de behöver. De idéer och förslag att kraftigt höja patientavgifterna som bl a aktualiserades i 1992 års långtidsutredning - och som inspirerats av en mer marknadsorienterad syn på sjukvården - utgör därför ett allvarligt hot mot en behovsbaserad vård på lika villkor.

Det finns också för allmänheten dolda incitament i köp-säljssystemen som gör att vissa patienter blir lönsamma och andra olönsamma. Vid en intäktsfinansierad verksamhet ökar t ex risken att vårdgivarna prioriterar de lönsamma på de olönsammas bekostnad. I praktiken drabbar det speciellt resurssvaga grupper med stora och sammansatta vårdbehov som lågutbildade dementa och missbrukare. Skälet är att de DGR-baserade ersättningssystemen ofta ekonomiskt gynnar lättare och missgynnar tyngre vårdbehov. En liknande snedvridning torde också finnas inom verksamhetsområden som kirurgi och urologi, som ofta brukar beskrivas som "vinrare" i de nya köp-säljssystemen. De flesta läkare inom dessa specialiteter som ingår i SPRI:s utvärdering av Stockholmsmodellen anser t ex "att tunga fall är underbetalda och att lätta fall är adekvat betalda eller överbetalda".

Mot denna bakgrund är det inte så märkvärdigt att en överväldigande majoritet av de läkare som ingick i denna SPRI-undersökning (74,5%) ansåg att DRG inte är ett bra system för ersättning per prestation. Däremot tyckte man - inte heller särskilt förvånande - att prestationsersättning var bra om det innebar att man fick bra/bättre betalt.

Samtidigt framkom att onödiga - men lönsamma - operationer förekommer t ex när det gäller symptomfria bräck, åderbräck- och galloperationer. Bland de sjukdomar som fått lägre prioritet återfinns bl a cancer. I andra fall slår det blint, som när en klinik fyllt sin avtalade kvot och bromsar eller undviker ytterligare pa-

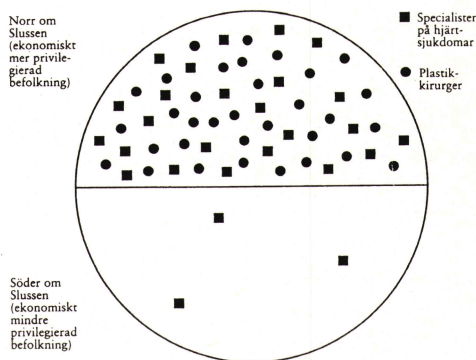
tienter, eftersom de ger lägre eller inga intäkter. Argumentet, att de som avvisas har betalt skatt för att få denna vård när de behöver den, räcker inte alltid på den nya vårdmarknaden. Sedan må de vara hur mycket kund som helst ...

Privatisering av offentliga vårdgivare, speciellt om det innebär en ökning av antalet privatfinansierade patienter, kan också innebära en minskad tillgänglighet för offentligt finansierade patienter.

Ett ökat privat vårdutbud av t ex allmänpraktiker - som utgör en viktig del i t ex den moderata sjukvårdspolitik - påverkar också i hög grad vårdens *geografiska tillgänglighet*. Erfarenhetsmässigt väljer nämligen dessa privatpraktiker mycket ofta att förlägga sin verksamhet till storstädernas mest välbärgade områden, samtidigt som de undviker resurssvaga områden där befolkningen har stora och sammansatta sociala och medicinska problem.

En titt i telefonkatalogen - de gula sidorna - visar med all tydlighet att de resursstarka områdena norr om Slussen i Stockholm är betydligt attraktivare för de offentligt finansierade läkarna än de resurssvaga områdena söder om Slussen (figur 1).

Figur 1. Geografisk fördelning inom Stor-Stockholm av privatpraktiserande läkare, vars verksamhet är offentligt finansierad.



(Källa: Telefonkatalogen för Stockholm, Gula sidorna 1992)

Förtätningen av privatpraktiserande läkare norr om Slussen har - i jämförelse med denna bild från 1992 - ytterligare ökat speciellt på Östermalm som en följd av den borgerliga regeringens beslut om etableringsfrihet. Detta trots att vårdbehoven är betydligt större söder om slussen.

Dessa privatiseringens effekter på den geografiska tillgängligheten kan givetvis få än större betydelse ut-
anför storstadsområdena.

Utgångspunkten för framtida reformer inom sjukvården bör därför vara, att även i kristider säkerställa en god ekonomisk och geografisk tillgänglighet och medvetet välja ekonomiska styrmedel som aktivt främjar - inte utgör ett potentiellt hot mot - en vård på lika villkor. De landsting som trots allt väljer att styra vården med hjälp av marknadsorienterade köp-säljssystem och prestationsersättningar bör samtidigt utveckla en prisstruktur som gör de svagaste grupperna med de största vårdbehoven till de mest lönsamma patienterna för vårdgivarna. Idag är det inte denna prioritering som ligger bakom DRG-priserna på den interna vårdmarknaden.

Vårdens inriktning

Makten över hur vårdresurserna fördelas mellan olika verksamhetsområden påverkas av vilket vårdsystem man väljer.

Intressant nog har socialdemokrater och moderater dock gjort helt olika bedömningar av dessa effekter när de förordat köp-säljssystem inom sjukvården. S-politikerna såg uppdelningen mellan beställare och utförare som en metod för att stärka den politiska styrningen, medan m-politikerna betonade att samma systemförändring syftade till att minska den politiska styrningen. Enskilda individers efterfrågan av vård som den kom till uttryck på den nya interna vårdmarknaden skulle - enligt m-politikernas vårdpolitiska visioner - i högre grad avgöra fördelningen av den offentligt finansierade vårdens resurser.

I praktiken har detta också kommit att återspeglas i hur fas 2-systemen utvecklas. I vissa s-landsting är det primärt ett försök att förtydliga det politiska uppdraget via en speciell beställarorganisation. I andra ofta borgerligt dominerade landsting är köp-säljmodellerna en metod för att bana väg för marknadstänkande, konkurrens och privatisering. Detta vägval inom ramen för ett fas 2-system framstår som en av huvudfrågorna för dagens och morgondagens sjukvård.

En utveckling av beställarfunktionen, där man utgår från en övergripande behovsanalys och - via ett ålders, socio-ekonomiskt och glesbygdsrelaterat index - fördelar tillgängliga resurser mellan olika geografiska om-

råden blir då den naturliga basen för vårdresursernas fördelning.

Nästa steg i denna process gäller prioriteringen mellan olika verksamheter. Ökad uppmärksamhet bör därvid ägnas möjligheter att relatera kostnader till förväntade och faktiska resultat i termer av bättre hälsa, omsorg, livskvalitet, etc. Utifrån dessa insikter kan - och bör - vårdavtalen i långt högre grad än idag precisera såväl medicinska kvalitetskrav, servicemål (t ex väntetider) och behandlingsmål/förväntade resultat. Detta kräver - förutom en nära dialog med de professionella vårdgivarna - även en kraftigt ökad kompetens inom beställarfunktionen. All erfarenhet pekar mot att dagens beställarenheter - såväl i Sverige som internationellt - är för svaga i jämförelse med de vårdgivare som bedriver verksamheten. Dessutom förefaller det vara ett slöseri med värdefull kunskap om vårdgivarnas erfarenheter, inte minst från dialogen med patienterna, inte direkt påverkar utformningen av anbudet.

I de landsting som inte valt att arbeta med speciella beställarenheter kan motsvarande utvecklingsarbete, när det gäller att förtydliga det politiska uppdraget i termer av förväntade resultat, mycket väl ske inom vanliga planeringsenheter i dialog med vårdgivare och inom ramen för de vanliga budgetstyrda systemen. Därmed möts fas 1 och fas 2 i en behovsorienterad och resultat-inriktad syntes - "fas en och en halv".

I denna syntes betonas samverkan mellan politiker, planerare och vårdgivare snarare än konkurrens. I fokus står förväntade och faktiska vårdresultat snarare än lönsamhetskriterier. Läkarnas kompetens utnyttjas fullt ut inom det område de är utbildade - medicin - för att säkerställa bästa möjliga vård utan krav på företags-ekonomiska strategier för att säkerställa marknadsandelar och vinster på en vårdmarknad. Samtidigt bör systematiska enkäter och intervjuer med patienter göras för att direkt fånga upp deras erfarenheter och förslag till förbättringar.

Väljer man istället att utveckla köp-säljmodeller med konkurrens, prestationsersättningar och ökad privatisering - fas "två och en halv" - finns erfarenhetsmässigt starka skäl att uppmärksamma - och försöka begränsa - följande systemrelaterade negativa effekter när det gäller vårdens inriktning och kvalitet.

Alltför tidiga utskrivningar

Vid en DRG-prissättning som utgår från en genomsnittskostnad för behandling av olika sjukdomar/diagnoser

Ökad uppmärksamhet bör därvid ägnas möjligheter att relatera kostnader till förväntade och faktiska resultat i termer av bättre hälsa, omsorg, livskvalitet etc

Risken att det preventiva arbetet begränsas gäller såväl sjukvårdens individinriktade insatser som samhällsinriktade folkhälsoprogram

blir ofta "lätt" sjuka patienter lönsammare än "allvarligt" sjuka patienter i samma diagnosgrupp. Detta kan - av lönsamhetsskäl - leda till alltför tidiga utskrivningar speciellt av de olönsamma patienterna. Exempel på detta är dokumenterat i den internationella litteraturen kring köp-sälssystem inom vården, liksom bl a i en studie av svenska köp-sälssystemen utförd vid samhällsmedicinska enheten vid Huddinge sjukhus (4). Den visar att risken för alltför tidiga utskrivningar är större i de landsting som infört köp-sälssystem än i de landsting som vidareutvecklat de behovsbaserade budgetstyrda vårdsystemen.

SPRIs studie om och hur ekonomiska incitament påverkar läkarnas beslutsfattande (3) tar upp samma problemområde genom att ställa frågan om "det efter Stockholmsmodellens införande finns patienter som av kostnadsskäl utreds/behandlas mindre än vad som är önskvärt ur medicinsk synpunkt". Drygt en tredjedel av de tillfrågade läkarna svarade "ja" på denna fråga. Det man främst pekar på är "att vårdtiderna är för korta, att patienterna läggs in vid kliniken i mindre utsträckning än vad som är önskvärt samt att andelen intensivvårdsbehandlingar är för låg."

Vårdkedjor splittras

I ekonomiska styrsystem där olika enheter förväntas konkurrera med varandra finns en risk att för patienten viktiga vårdkedjor splittras. Detta gäller speciellt patienter med sammansatta vårdbehov och kroniska sjukdomar. Ett sätt att begränsa den risken kan vara att utgå från patientens perspektiv och behov av en samlad kontinuerlig vårdkedja vid utformningen av vårdavtalen.

Samverkan med socialtjänsten och andra samhällsorgan försvåras

Det är naturligt att vårdgivarna i ett intäktsfinansierat köp-sälssystem söker resursstarka köpare snarare än utvecklar en ur deras perspektiv tidskrävande och olönsam samverkan med t ex socialtjänsten. Detta blir än tydligare vid en privatisering, där t ex den offentliga primärvårdens områdesinriktade teamarbete ersätts med privatpraktiserande läkare som sällan ser som sin uppgift att etablera ett nära samarbete med t ex social-

tjänsten, arbetsförmedlingen och bostadsförmedlingen.

Förebyggande insatser begränsas

Risken att det preventiva arbetet begränsas gäller såväl sjukvårdens individ- som samhällsinriktade folkhälsoprogram. Denna effekt kan uppstå när produktivitet-smått typ antal patienter per timme blir av avgörande betydelse. Det är då lätt att reducera tiden för t ex hälsoupplysning i anslutning till en kurativ insats för att öka lönsamheten. Detsamma gäller en icke lönsam samverkan med olika ideella organisationer som idrottsklubbar, hem och skola föreningar, etc. En majoritet av alla läkare anser också - enligt en enkät redovisad vid 1994 års läkarstämma - att ersättningen för det förebyggande arbetet är för låg i köp-sälssystem och att man därför av lönsamhetsskäl tvingas kraftigt begränsa denna verksamhet. Detta trots att de politiska prioriteringarna talar ett annat språk än priserna på den nya interna vårdmarknaden. Även när det gäller det förebyggande arbetet innebär erfarenhetsmässigt en ökad privatisering en lägre prioritering speciellt av de samhällsinriktade insatserna. Speciella budgetmedel för dessa folkhälso-insatser liksom avtal som tydligt specificerar även omfattning, kvalitet och samverkanskrav när det gäller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser kan givetvis bidra till ett adekvat genomslag för de politiska prioriteringar som gäller för det offensiva folkhälsoarbetet.

Det finns samtidigt anledning varna för de oerhörda förenklingar som ligger bakom resonemang att - på något års sikt - "köpa hälsa" på samma sätt som man lärt sig köpa sjukvård. Hälsa är ingen vara som kan köpas och säljas i procentandelar hos en speciell leverantör/producent. Folkhälsoarbetet handlar vanligen om breda samhälls- och individinriktade satsningar som förbättrar hälsans villkor och därmed på sikt återspeglas i minskad ohälsa och tidig död. Även efter mycket ingående studier av olika interventioner är det ofta mycket svårt att utläsa entydiga effekter av en speciell intervention. De beställarenheter som därför brottas med hur mycket "hälsa" man skall köpa blir därför mycket snabbt gyttjebrottare utan grepp om verkligheten.

De beställarenheter som brottas med hur mycket "hälsa" man skall köpa blir snabbt gyttjebrottare utan grepp om verkligheten

Lätt kvantifierbara lönsamma insatser prioriteras på bekostnad av andra prioriterade verksamheter. Köp-säljssystemen med sin fokusering på ökad produktivitet kan innebära att de verksamheter där man relativt lätt kan få fram produktivitetsmått - t ex elektiv kirurgi - uppfattas som "intressantare" än områden som öppen psykiatri och geriatrik, där det är betydligt svårare att bedöma produktivitetens utvecklingen.

FoU-insatser kan hotas i ett köp-säljssystem

Risken att FoU-insatser nedprioriteras är dock mindre än för t ex förebyggande insatser, eftersom det inom systemet finns ett starkt professionellt intresse att säkerställa resurser för detta ändamål. Även i starkt marknadsorienterade landsting som under den borgerliga perioden i Stockholm fram till valet 1994 särbehandlas dessa verksamheter bl a genom att avsätta speciella budgetmedel.

Etableringsfriheten snedvrider resursfördelningen mellan olika verksamhetsområden

Den offentliga finansieringen av privatpraktiserande läkare är i lag garanterad - i motsats till all annan verksamhet som skall finansieras via landstingsbudgeten. Det innebär att den dryga miljard som det ökade antalet privatpraktiker och deras högre ersättningsnormer enligt landstingsförbundet beräknas kosta måste - vid oförändrad budget - tas från andra ur behovssynpunkt sannolikt högre prioriterade verksamheter. I kampen om knappa vårdresurser är det vidare troligt att de verksamhetsområden som tekniskt sett passar in i köp-säljmodellernas prestationsinriktade ersättningssystem typ kirurgi och medicinsk service utsätts för mindre nedskärningar än de delar som fortfarande styrs politiskt via vanliga anslag, t ex psykiatri och långtidssjukvård. Slutresultat blir då att de stora otillfredställda vårdbehov som präglar dessa verksamhetsområden blir än större genom att deras redan alltför knappa resurser delvis används för att finansiera privata läkares verksamhet i de ekonomiskt hälso- och vårdmässigt redan privilegierade områdena.

Beslutet att ersätta den fria etableringsrätten med en behovsprövning av offentliga medel till privatpraktiker som utgår från samma vårdpolitiska mål och prioriteringar som all annan offentligt finansierad vård är därför helt i hälso- och sjukvårdens anda.

Kvalitetssäkrad vård

Behovet att utveckla relevanta kvalitetsmått inom sjukvården finns givetvis i alla typer av vårdssystem. En ökad

En ökad kommersialisering och privatisering aktualiserar i hög grad behovet av att utveckla relevanta kvalitetsmått

kommersialisering och privatisering aktualiserar emellertid detta behov i än högre grad, eftersom det finns en risk att vårdgivare av lönsamhetsskäl t ex pressar priserna för att vinna ett anbud på bekostnad av kvaliteten. Detta gäller speciellt när det är svårt att entydigt precisera specifika kvalitetskrav. Samtidigt kan konstateras att ökad konkurrens i vissa fall - t ex när det gäller bemötande och service - ofta bidrar till att höja vårdens kvalitet. Detta bör ses som en nyttig utmaning för offentliga vårdgivare att utveckla serviceandan speciellt när det gäller patientens första kontakt med sjukvården.

En annan kvalitet som ofta tillskrivs de marknadsorienterade systemen är att de - i motsats till politiskt styrda budgetsystem - effektivt reducerar väntetider och köer till angelägen vård. Det empiriska underlaget för detta påstående är dock - åtminstone i ett svenskt perspektiv - obefintligt. De oacceptabelt långa köer som präglade vissa delar av den offentliga vården i slutet av 1980-talet har i lika hög grad reducerats inom alla landsting oberoende av om man infört köp-säljssystem eller ej. (4) De avgörande faktorerna bakom denna mycket positiva förändring var istället vårdgarantin, extra medel för ökad vårdproduktion samt sysselsättningsläget (lättare behålla kvalificerad arbetskraft och säkerställa full bemanning).

Det utvecklingsarbete med kvalitetsanalyser inom vården som nu krävs måste givetvis utgå från verkligheten snarare än ideologiska myter. Ett mycket dynamiskt och intressant utvecklingsarbete inom detta område pågår också såväl internationellt som i Sverige. De resultat och erfarenheter som redan finns bl a av skillnader i behandlingsresultat mellan olika vårdgivare (s k resultatrelaterade kvalitetsmått) utgör den verklighetsbas utifrån vilka realistiska kvalitetsmått kan preciseras och följas upp.

Det finns även ökade insikter och kunskaper som kan - och bör - bli av strategisk betydelse för morgondagens styrsystem inom svensk sjukvård som tydliggör och konkretiserar såväl olika typer av strukturella kvalitetsmått, t ex personalens kompetens och utrustningens säkerhet, som processinriktade kvalitetsmått som belyser t ex tid för kontakt mellan patient och läkare, samt vårdens kontinuitet.

God medicinsk etik

De etiska normer som gäller för läkare är helt entydiga och utgår från "människokärlekens och hederns bud" samt att läkarens främsta mål skall vara patientens hälsa, d v s vara helt relaterad till patientens behov oberoende av exempelvis betalningsförmåga och andra lönsamhetskriterier.

Verkligheten är dock helt annorlunda. Få yrkesgrupper har som just läkarkåren stått så i fokus när det gäller effekterna av olika ersättningssystem på vårdens inriktning, omfattning och fördelning. Detta är - de facto - en av huvudfrågorna i såväl hälsoekonomisk teori som vid förhandlingar om läkarnas ersättning (lön, prestationsersättning, capitation etc).

Det finns därför - speciellt i intäktsfinansierade och marknadsorienterade system - en uppenbar risk för konflikt mellan de två mycket olika normsystem som präglar den medicinska respektive ekonomiska etiken.

Internationellt - inte minst i USA och England - har denna konflikt uppmärksamats inom läkarkåren. Den ansedda facktidningen British Medical Journal of Medicine ställde t ex nyligen i en rubrik frågan om lä-

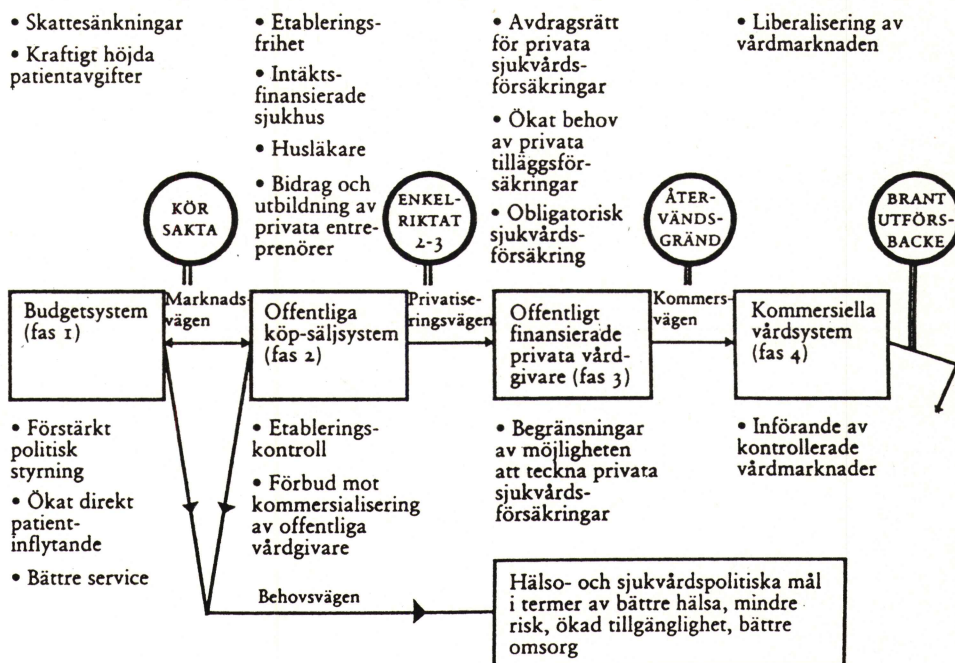
karna skall vara "donkeys or doctors", d v s utgå från moroten (ekonomiska incitament) eller medicinska behovsbedömningar. Det torde vara en tidsfråga innan motsvarande debatt förs i Sverige. Ett första steg i den riktningen är de alltmer negativa omdömen som kommer från läkarhåll. Flertalet av de läkare som intervjuats om Stockholmsmodellen i SPRI:s rapport om effekter av ekonomiska incitament anser t ex "att Stockholmsmodellen inte duger i sin nuvarande form. "Man förordar istället en återgång till ett mer budgetliknande system där det "goda" från Stockholmsmodellens köp-sälj finns kvar. Bland chefsöverläkarna - som är den grupp inom läkarkåren som har stort direkt ansvar också när det gäller de ekonomiska styrsystemens effekter - är det - enligt samma SPRI-rapport "en övervikt som tror att Stockholmsmodellen försvinner och ersätts av ett mer budgetlikt system".

Drivkrafter och motkrafter

De systemförändringar som belysts ovan har en egen inre dynamik. Konkurrens och privatisering kan t ex öppna upp för ökad privat finansiering. Vårdpolitiskt

Figur 2. Köranvisning...

Beslut för att påskynda en utveckling från budget- till marknadsstyrning



Beslut för att bromsa eller förhindra en utveckling av en kommersiell sjukvård

är det väsentligt att känna till dessa samband för att i tid kunna styra utvecklingen i önskad riktning. I ovananstående "politiska köranvisning" illustreras vilka beslut som påskyndar respektive förhindrar en utveckling mot en mer kommersiell vård (figur 2).

Den avgörande gränsen för att kunna vidareutveckla en behovsbaserad vård går mellan fas 2 och 3. Det är bl a därför som man i England och Nya Zeeland genom politiska beslut förbjudit att driften av offentliga sjukhus förs över till privata vårdföretag. Utvecklas ett fas 3-system är sannolikheten på sikt liten att hälso- och sjukvårdslagens mål och intentioner om god vård på lika villkor skall kunna säkerställas. Ett sätt att förhindra att dessa negativa fördelningspolitiska effekter förstärks genom en successiv utveckling mot ett kommersiellt vårdssystem (fas 4) är dock att - som i Kanada - begränsa de privata försäkringsbolagens marknad.

Det handlar emellertid inte "bara" om att bromsa en icke önskad utveckling. Den politiska och professionella "gaspedalen" måste också användas för att en gång för alla köra in på "behovsvägen" med tydliga hälso- och sjukvårdspolitiska mål för verksamheten i termer av bättre hälsa, mindre risk, ökad tillgänglighet, bättre omsorg och högre livskvalitet. Detta är något nytt i jämförelse med den tidigare anslagsfinansieringen till vissa enheter och avdelningar utan allvarliga försök ange specifika mål och förväntade resultat.

Socialmedicinen, med sin inriktning på epidemiologi, vårdssystem och folkhälsostrategier, har här en viktig uppgift att tillsammans med hälsoekonomiska analyser som utgår från sjukvårdens verksamhetsidé vidareutveckla en kostnadseffektiv behovsbaserad sjukvård. Denna professionella bas kommer dock inte att ge tillräckligt underlag för alla de olika och svåra priori-

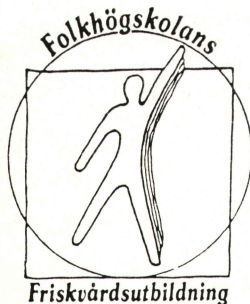
Det är utifrån en syntes av professionell kompetens, politiskt engagemang och ökat patientinflytande som framtidens svenska sjukvårdssystem kan och bör utvecklas

teringar som krävs speciellt i ett samhällsekonomiskt kärvt läge. Det krävs också politiska prioriteringar som är förankrade i medborgarnas värderingar och vardag. En vitalisering av sjukvårdspolitiken såväl lokalt som nationellt är därför av avgörande betydelse för att säkerställa en rättvis sjukvård. Samtidigt bör patienternas inflytande och rättigheter kraftigt förstärkas.

Det är utifrån en syntes av dessa tre förändringskrafter - professionell kompetens, politiskt engagemang och ökat patientinflytande - som framtidens svenska sjukvårdssystem kan - och bör - utvecklas.

REFERENSER

1. *Dahlgren Göran*: Framtidens sjukvårdsmarknader - vinnare och förlorare. Natur och Kultur 1994.
2. *Jonsson Ernst*: Har den s k Stockholms-modellen genererat mer vård för pengarna - en jämförande utvärdering. Institutet för kommunal ekonomi, augusti 1994.
3. *Svensson H, Garelius L*: Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? Utvärdering av Stockholmsmodellen, SPRI, Stockholm 1994.
4. *Forsberg B, Calltorp J*: Ekonomiska incitament och medicinskt handlande. Samhällsmedicinska enheten, Huddinge sjukhus 1993.
5. En kritisk granskning av Stockholmsmodellen. Socialstyrelsen 1994.
6. Svenska Dagbladet, mars 1994.



Friskvårdsutbildning

Ta chansen och välj bland de ettåriga utbildningarna som finns över hela landet

Grimslöv (Växjö) 0470-504 10
Hagaberg (Södertälje) 08-550 355 11
Hampnäs (Ö-vik) 0660-481 25
Hjälmarred (Alingsås) 0322-139 69
Jakobsberg (Sthlm) 08-580 304 44
Lillsved (Sthlm) 08-541 383 50

Malung (Falun) 0280-143 00
Molkom (Karlstad) 0553-100 04
Munka Ljungby (Ängelholm) 0431-320 10
Vindeln (Umeå) 0933-100 24
Väddö (Norrtälje) 0176-500 18
Åsa (Katrineholm) 0157-505 10