

Rätten till hälsa

Bror Rexed

För närvarande kostar sjukvårdssystemet i Sverige omkring 6–8 % av bruttonationalprodukten. Denna siffra kommer att öka till 10 % eller mer. Vi behöver en sådan ökning — det blir man varse när man ser på befolkningens otillfredsställda sjukvårdsbehov, framhåller generaldirektör Bror Rexed i följande artikel.

Men de verkliga kostnadsökningarna för att vidmakthålla befolkningens hälsotillstånd kommer inte att visa sig vid en fortgående utbyggnad av sjukvårdssystemet. Betydligt större resurser är nödvändiga för att åstadkomma förändringar i samhället: för att få till stånd en ny ekonomisk politik, för att ändra livsvillkoren för låginkomstgrupper, för att söka eliminera skillnader i socialgruppstillhörighet genom ett utbyggt utbildningssystem, genom att förbättra den fysiska miljön, för att minska nedslitningen och utslagningen i ett samhälle, som idag är mer och mer prestations- och konkurrensinriktat.

Är vi beredda — var och en av oss — att visa vår solidaritet genom att betala den räkningen? Bara genom att svara ja på den frågan kan vi verka för att ojämlikhet i fråga om rätten till hälsa kan elimineras.

Inledning

Våra moderna samhällen är uppdelade i högspecialiserade sektorer, var och en med noga avgränsade ansvarsområden. Detta förhållande medför ett starkt beroendeförhållande mellan de olika sektorerna. Fullt samtycke råder om den utveckling som har lett fram till detta. Det är inte fråga om att återvända till det gamla bondesamhällets mångsyssleri. Även om våra moderna specialise-

Artikeln grundas på ett anförande 24.3.1975 "Privilege in health provision" vid konferensen "Limits to medicine" anordnad av Gottlieb Duttweiler Institute for Economic and Social Studies i Davos, Schweiz.

rade samhällen kommer att förändras så att arbetsinnehåll och ansvarsområde kommer att vidgas i en del fall så är det ytterst osannolikt att den totala situationen kommer att förändras.

Som en konsekvens av detta förhållande har hälso- och sjukvårdssystemet fått följande etikett påklitrast som säger: "Du har ansvar för medborgarnas hälsa". Häri ligger en felsyn som också är grund till mer eller mindre allvarliga orättvisor vad avser den totala hälsosituationen för olika grupper av befolkningen. Ansvaret för att hålla människor friska ligger hos hela samhället. Behovet av medicinsk omvårdnad är slutresultatet av en lång kedja av händelser relaterade till individens livssituation och samhällets struktur och funktion.

Allas ansvar

Vi kan aldrig komma till rätta med hälsoproblemen i samhället genom att enbart utvidga och förstärka sjukvårdssystemet. Vi måste vara medvetna om att ju flera resurser som vi tillför den terapeutiska arsenalen, ju flera sjukdomar vi lyckas bekämpa, ju flera liv vi räddar; desto större kommer efterfrågan att bli av medicinsk omvårdnad med ökad konsumtion av medicinska tjänster.

Detta är den medicinska paradoxen — ju fler människor som lever längre desto större blir behovet av medicinsk omvårdnad. Det allt ökande antalet äldre människor i vårt moderna högstandardsamhälle bidrar i särskild grad till denna utveckling.

Den ovan beskrivna situationen är i sig omöjlig att undvika och är till och med eftersträvad. Den är ett resultat av ny medicinsk teknologi och samhällets utveckling i stort. Klarlägganden av detta slag förutspår inte en kommande katastrof — i själva verket indikerar de hur nödvändigt det är att företa sig ytterligare åtgärder.

Den s k medicinska paradoxen är i sig omöjlig att undvika och till och med eftersträvad.

Hur långt kan vi nå i våra ansträngningar att hålla människor friska genom att enbart utveckla sjukvårdssystemet? Uppenbarligen inte tillräckligt långt. Sjukvårdssystemets möjligheter att höja befolkningens hälsotillstånd är starkt begränsade.

Insjuknandet är ofta ett resultat av en lång rad av ogynnsamma livsbetingelser, vilka har påverkat individen på olika sätt under en lång tidsperiod ibland under ett stort antal år. Insjuknandet kan därför liknas vid toppen på isberget ovan vattenytan. På samma sätt som resten av isberget döljs under vattnet, så är de verkliga orsakerna till sjukdomen dolda av den långa tiden och den sociala situation under vilka de har haft sin skadliga inverkan. Medicinska och sociala orsaker i vidaste mening interagerar ofta intimt i fråga om uppkomsten av olika sjukdomar och tillstånd av ohälsa.

Samspelen mellan dessa uppkomstmekanismer och tidsaspekten gör det nödvändigt för oss att anlägga ett medicinskt — ekologiskt betraktelse-sätt. Vi måste observera samspelen mellan den levande människan, hennes levnadsvillkor och sociala situation.

Vidare måste vi ingående studera sjukdomsförloppets historik: expositionen av skadliga faktorer, uppkomstmekanismer, insjuknandeperiodens utseende osv.

Sådana studier kommer att lära oss något som vi naturligtvis redan visste, nämligen att det för att hålla människor friska krävs genomgripande förändringar inte bara inom sjukvårdssystemet utan framförallt i samhället i stort. Vårt allt mer ökande medvetande om samspelen mellan omgiv-

Samspelen mellan dessa uppkomstmekanismer och tidsaspekten gör det nödvändigt för oss att anlägga ett medicinskt-ekologiskt betraktelse-sätt.

Vi utvecklar nya metoder för att diagnostisera och behandla lungcancer. Samtidigt accepterar vi tobaksrökning.

ning och människa måste resultera i konkreta åtgärder inom de "rätta" sektorerna av samhället — var och en av oss måste inse och acceptera detta totala ansvar för människans hälsa i samhället.

Några exempel för att belysa detta resonemang!

1. Vi utvecklar nya metoder för att diagnostisera och behandla lungcancer. Samtidigt accepterar vi tobaksrökning.
2. Vi utvecklar mer och mer förfinade metoder för att uppspåra cancer i olika organ. Samtidigt utsätter vi oss i våra hem eller i arbetsmiljön för skadliga inverkningar från olika cancerogena ämnen.
3. Vi utvecklar förfinade kirurgiska och rehabiliterande metoder för att behandla trafikskadade. Samtidigt satsar vi förhållandevis små ansträngningar på att göra bilar säkrare, på att göra våra städer och boendemiljöer trafiksäkrare för barn, eller på att utveckla de kollektiva transportmedlen för att minska riskerna i det dagliga resandet.

Dessa exempel åskådliggör ett i grunden felaktigt sätt att se på sjukvårdssystemets roll i samhället.

Hälsa är ett ansvar för var och en i samhället, vilket naturligtvis inte innebär att var och en ska fungera som sin egen läkare eller att utformningen av sjukvårdssystemets tjänster ska styras av marknadsekonomiska krafter.

Vad som däremot är viktigt är att de kunskaper och erfarenheter som vi skaffar oss från arbetet inom sjukvårdssystemet kommer till användning när det gäller att kartlägga och eliminera de negativa mekanismerna — de verkliga sjukdomsframkallarna. Sådana åtgärder måste självfallet genomföras av de i samhället som är ansvariga för att sådana negativa faktorer och situationer existerar. Sist och slutligen är detta en fråga om politiska beslut, innebärande förändrade prioriteringar när det gäller samhällets resursutnyttjande.

Rätten till hälsa

Grundläggande i varje samhälle måste vara rätten till hälsa. Den mest privilegierade medborgaren är därför den som aldrig blir sjuk, den människa som alltid är frisk. En sådan situation är naturligtvis utopisk. Det är emellertid viktigt att se efter vad motsatsen till detta påstående står för — nämligen att vissa individer är mindre privilegierade, eftersom de lever i en ur hälsosynpunkt riskfylld livssituation. Graden av detta handikapp är beroende av hur stort hotet är gentemot individens hälsa. Sådana risker eller hot verkar över längre eller kortare tidsperioder. En allmänt högre levnadsstandard medför bättre hälsa. Människornas hälsotillstånd förbättras om en viss sjukdom elimineras, om familjernas inkomster ökar, om dåliga bostadsförhållanden förbyts i goda, om befolkningens näringsstandard förbättras osv. De positiva verkningarna på befolkningens hälsa av sådana allmänna reformer kan klart skönjas.

Men också i högt utvecklade samhällen förekommer fortfarande betydande skillnader mellan olika grupper hälsotillstånd. Detta har bl a påvisats i en studie av den vuxna befolkningens hälsotillstånd inom ramen för den svenska låginkomstutredningen 1970.

Denna studie visade att den lägsta socialgruppen i högre utsträckning än högre socialgrupper lider av mer allvarliga sjukdomar.

Ett flertal olika variabler studerades och jag tar här några exempel som jag tycker är särskilt betydande.

Ryggsmärtor, värk i rörelseapparaten och nedsatt rörelseförmåga är betydligt vanligare bland låginkomsttagare, framförallt män. Synbesvär ökar i lägre socialgrupper och framförallt bland gruppen hemmafruar och pensionärer. Liknande skillnader märks när det gäller problem i andnings- och matsmältningssystemen. Behovet av tandvård är mycket påtagligt bland de lägre so-

Men också i högt utvecklade samhällen förekommer fortfarande betydande skillnader mellan olika grupper hälsotillstånd.

Dåligt fungerande miljöer måste förändras och förbättras och utstötningen av handikappade, sjuka och äldre från stadigvarande arbete måste stoppas.

cialgrupperna.

En annan nyligen presenterad undersökning visade att behovet av medicinsk vård ökar i de lägre socialgrupperna. Samma ökning noterades i fråga om otillfredsställda medicinska behov. Sådana exempel är mycket belysande. Även i välfärdssamhället är det alltså i många fall stora skillnader i hälsotillstånd mellan olika inkomst- och socialgrupper.

De flesta av de sjukdomar vars frekvens och intensitet varierar beroende på individens socialgruppstillhörighet kännetecknas inte av intensiva akuta sjukdomsepisoder utan snarare av långdragna kroniska tecken på ohälsa, vilka är resultatet av långvarig exposition av skadliga livssituationer — och även resultatet av en allt för låg levnadsnivå. Dessa sjukdomsmekanismer är mångsidigt sammansatta. Ofta uppstår i dessa sammanhang sekundära effekter av negativt slag, vilka orsakar något av en ond cirkel för den enskilde individen.

En sak är dock säker: aktiviteterna inom sjukvårdssystemet kan endast i obetydlig utsträckning förändra de allmänna förhållanden som jag har beskrivit ovan.

Så länge som vi har grundläggande skillnader mellan socialgrupper i samhället, så länge kommer det också att förekomma skillnader i fråga om hälsotillstånd mellan dessa grupper.

För att förändra denna situation måste det till åtgärder av allmän natur, av reformkaraktär för att undanröja orättvisor och felaktiga funktioner i samhället. Vi måste få till stånd en social planering och socialpolitiska reformer av olika slag. Dåligt fungerande miljöer måste förändras och förbättras och utstötningen av handikappade, sjuka och äldre från stadigvarande arbete måste stoppas. Andra viktiga inslag i ett sådant reformarbete är en allmänt förbättrad samhällsekonomi och en allmänt höjd utbildningsstandard.

Rätten till vård

När behovet uppkommer av att ta i anspråk sjukvårdssystemets tjänster är det naturligtvis angeläget att detta omedelbart öppnar sin port. Inträdesbiljetten måste vara behovet av vård och inte ekonomiska eller andra faktorer. Samhället måste bära ansvar för en geografiskt, kvantitativt och kvalitativt rättvis fördelning av sjukvårdssystemets tjänster. Fördelningen måste samordnas och styras på ett nationellt plan.

Påståenden av detta slag är politiska viljedeklarationer. Önskan om att de skall förverkligas delas uppenbarligen av varje lands medborgare. Att så inte sker i flertalet länder, inte ens i de mest välutvecklade, betyder inte att sådana påståenden saknar värde. De yttersta orsakerna till varför de ej förverkligas är uppenbara och väl kända: Politisk och ekonomisk ojämlikhet bland människor.

Vi ska istället göra en mer detaljerad granskning av några av de faktorer som påverkar intensiteten och frekvensen i våra kontakter med sjukvårdssystemet. En viktig faktor är den geografiska närheten och tillgången till sjukvårdssystemets tjänster. Invånarna i ett glesbefolkat område uppvisar en lägre sjukvårdskonsumtion än de som bor i en storstad. Möjligheten att snabbt få kontakt med systemet har uppenbarligen påverkat vårdkonsumtionen. Det är därför viktigt att sjukvårdssystemets tjänster fördelas på ett så rättvist sätt som möjligt i såväl glesbefolkade som tätbefolkade regioner. Därför är det angeläget att en organisation på det nationella planet träder in och garanterar en väl fungerande service. Om de fria marknadskrafterna tilläts operera skulle det ganska snart visa sig att vissa områden av landet skulle erhålla otillräcklig sjukvårdsservice.

I såväl Sverige som i många andra länder ansvarar regeringen för att sjukvårdssystemets tjänster fördelas så jämnt och rättvist som möjligt i landet. Detta innebär att sådana åtgärder som att

Detta förhållande innebär också att människor med ökande inkomst också efterfrågar mer sjukvård.

Men det är i vart fall inte möjligt i dag i Sverige för någon att köpa mer "tung" medicinsk omvårdnad.

uppföra institutioner, att inrätta tjänster för läkare, sjuksköterskor och andra personalkategorier måste ske i enlighet med befolkningens behov just i den aktuella regionen. Faktorer som befolkningsdata och undersökningar av befolkningens sjukvårdsbehov i olika grupper i de olika regionerna måste utgöra underlag för beslut om fördelning av sjukvårdssystemets resurser.

Svårare att analysera är sådant som utbildning och den enskilde individens motivation, vilka är faktorer som också påverkar vårdkonsumtionen. För några år sedan gjordes en jämförelse av vårdkonsumtionen mellan USA och Sverige. Denna undersökning visade att antalet individer som efterfrågar sjukvårdssystemets tjänster ökade såväl i Sverige som i USA med ökande grad av utbildning. Samma mönster kunde urskiljas när olika socialgrupper jämfördes.

Detta förhållande innebär också att människor med ökande inkomst också efterfrågar mer sjukvård. Sammanfattningsvis kan man således konstatera att människor med högre utbildning, högre inkomster och högre socialgruppstillhörighet besöker läkare mera, de utnyttjar sjukhusen mindre, de uppvisar ett annorlunda och mindre allvarligt sjukdomspanorama och de har totalt sett ett bättre hälsotillstånd.

Man kan möjligtvis hävda att sådana skillnader huvudsakligen är att hänföra till gruppens högre inkomstnivå, vilket gör det möjligt att upprätthålla en högre sjukvårdskonsumtion och därmed hålla sjukligheten lägre.

Men det är i vart fall inte möjligt idag i Sverige för någon att köpa mer "tung" medicinsk omvårdnad. Var och en har möjlighet att erhålla just den omvårdnad som behövs för allvarliga sjukdomstillstånd. I vart fall i Sverige måste förklaringen därför sökas i denna grupps kunskap, i motivationen och i ett medvetet val hos medborgaren som leder till ett ökat utnyttjande av sjuk-

vårdssystemet. De allmänna klasskillnaderna i samhället motarbetar alltså medborgarnas jämlikhet i fråga om utnyttjande av sjukvårdssystemets tjänster.

Hälsouppllysning är en aktivitet som är högaktuell för närvarande. Då är det naturligt att fråga sig vem det är som tar emot och anammar hälsouppllysningen. Är det kanske just de här personerna som är välutbildade och som har de bästa kunskaperna om den egna kroppens funktioner och reaktionssätt? Man kan vidare fråga sig om de som redan är utslagna, de som redan befinner sig utanför det sociala systemet eller de som helt enkelt inte har ork nog att fatta hälsouppllysningens budskap, är det inte de som bäst behöver den? Vi måste därför ställa frågan om hälsouppllysning verkligen har den form och det innehåll som gör att den på bästa sätt når och accepteras av individer som bäst behöver dess budskap.

Vårdefterfrågan och vårdutbud

På vilket sätt skaffar sig sjukvårdssystemet kunskap om människors efterfrågan och behov av vård? Hur formuleras målen för vården och på vilka kunskaper är de grundade?

Demografiska data är en viktig utgångspunkt för sådana överväganden. Om till exempel andelen äldre personer över 65 år av befolkningen ökar från 13 till 17 % under 20 års tid så måste detta naturligtvis påverka sjukvårdssystemets struktur och resurser. Nästa fråga blir: vilket slag av åtgärder skall denna kunskap leda till?

Gruppen äldre över 65 år är ingalunda en homogen grupp, utan har en rad individuella behov av medicinsk service, hemhjälp etc. En del befinner sig i en speciellt svår och riskfylld situation.

Det är uppenbart att samhällets åtgärder inte kan inskränkas till att enbart förstärka sjukvårdssystemet. Det räcker inte att börja diskutera hur ytterligare sjukhus ska vara utrustade, eller hur många ytterligare läkare som måste utbildas för att ta hand om gamla människor eller för att försöka finna ytterligare experter till den somatiska långtidssjukvården. Naturligtvis är sådana åtgärder delar av ett riktigt sätt från samhällets sida att möta dessa problem. Men andra aktiviteter måste

Är sjukvårdssystemet verkligen intresserat av att öka sina aktiviteter vad gäller de lägre socialgruppernas problem med ryggsmärtor, rörelsesvårigheter, cirkulationsproblem, övervikt osv?

tillkomma. Man måste se över de äldres ekonomiska situation. Deras bostadsproblem måste behandlas: Många av dem har varit handikappade under lång tid men vill ändå stanna i sina hem. De har behov av en ökande grad av social service, social hemhjälp, distriktsvård samt olika individuella aktiviteter för att vidmakthålla eller förstärka deras själsliga hälsa.

Resonemang av det här slaget visar att vi måste se på situationen i dess helhet och inte enbart på den medicinska delen, om vi på rätt sätt ska kunna möta de demografiska förändringarna i samhället, t ex vad gäller det alltmer ökande antalet äldre.

Om vi ser till helhetssituationen har vi möjlighet att minska graden av sjukdom och ohälsa och därmed på ett bättre sätt vidmakthålla de äldres hälsosituation. De äldre har inte bara rätt till sjukvård utan också rätt till hälsa — det är en fråga om ett totalansvar.

Jag vill anknyta till frågan om sjukvårdssystemets inriktning och intresse. Är sjukvårdssystemet verkligen intresserat av att öka sina aktiviteter vad gäller de lägre socialgruppernas problem med ryggsmärtor, rörelsesvårigheter, cirkulationsproblem, övervikt osv?

Det är svårt att urskilja sådana reaktioner och åtgärder från systemets sida — snarare finner vi en tilltagande specialisering innanför sjukhusets väggar. Det pågår stora ansträngningar att förfina diagnostik och terapi inom även de mest avancerade specialiteter. Självklart är en sådan utveckling betydelsefull och kommer att gagna många människor. Men vi befinner oss trots allt i ett läge då vi måste diskutera vilka prioriteringar vi vill göra när det gäller att utnyttja sjukvårdssystemets resurser. Vad för slags behov är det som ska styra sjukvårdssystemets fortsatta utveckling? Vem ska

Min åsikt är att läkarens makt är alltför stor i dagens sjukvårdssystem.

fatta beslut om vad som är mest betydelsefullt för den framtida investeringen av resurser? Är det läkaren, forskaren eller politikern?

Min åsikt är att läkarens makt är alltför stor i dagens sjukvårdssystem. Det är nödvändigt att på sikt skapa en mer balanserad situation. Vi måste också bryta forskningsmedicinens monopol i alla frågor som rör hälsan — vi måste åstadkomma en ny maktbalans i dessa frågor.

För att belysa dessa tankar ska jag ge några exempel. Är det verkligen meningsfullt att investera resurser i forskning rörande hjärttransplantationer — en verksamhet som leder till mycket dyrbar sjukvård? Sådana omfattande ekonomiska investeringar leder självklart till ytterst begränsade effekter på befolkningens hälsosituation.

Eller ska vi satsa våra pengar och resurser på att försöka ge ett stort antal äldre personer en god och medicinskt tillfredsställande vård i välskötta sjukhem för långtidssjuka? Effekten av en sådan satsning kommer i vart fall att bli lättare att märka än effekten av den första åtgärden.

Några funderingar kring sjukvårdssystemets fortsatta utveckling

Målet för våra ansträngningar måste naturligtvis vara att förhindra att vissa grupper är mer privilegierade än andra när det gäller att förverkliga rätten till hälsa.

Mot bakgrund av detta mål — vilka allmänna slutsatser kan vi då dra när det gäller den framtida utvecklingen av sjukvårdssystemet?

För det första måste vi försöka göra sjukvårdssystemets tjänster mer tillgängliga och decentraliserade. I och med att sjukvårdssystemet kommer i närkontakt med de människor som bor i en befolkningsregion, så kommer systemets personal att få en ökad medvetenhet om befolkningens sjukvårdsbehov. Det blir på det sättet möjligt att anpassa systemets tjänster till befolkningens behov, vilket också innebär att den nuvarande starka

sjukhusanknytningen bryts.

Sjukvårdssystemet måste naturligtvis också se till människans hela situation och också på det viset bli mer samhällsmedvetet. Personalen måste ingående studera och lära känna människors villkor utanför systemet — i samhället. Den kunskap som man på detta sätt skaffar om sjukdomars uppkomstmekanismer måste man föra över till beslutsfattande politiker. På det sättet kan sjukvårdspersonalen hjälpa till med att höja människors allmänna levnadsnivå.

Systemets gradvisa anpassning till människornas verkliga behov ställer också andra krav. Det innebär till exempel att utbildningen av den personal som arbetar i systemet med nödvändighet måste förändras och anpassas på samma sätt som systemet i övrigt.

Sjukvårdspersonalen måste förändra utnyttjandet av sina resurser på ett sådant sätt så att de fyller de föränderliga behoven hos de människor som de betjänar. En sådan omvandlingsprocess är endast möjlig genom en systematiskt genomförd efterutbildningsverksamhet.

En sådan samhälls- och socialt inriktad verksamhet ställer också krav på att den traditionellt starka biologiska inriktningen av den medicinska utbildningen bryts.

Det måste finnas större utrymme för samhällsvetenskap, större utrymme för kunskaper om samhällets funktioner, större utrymme för beteendevetenskap — något som måste arbetas in i studieplanerna för alla olika personalkategorier redan i grundutbildningen.

En ytterligare konsekvens av denna inriktning av vårdarbetet är att inriktningen av det medicinska forsknings- och utvecklingsarbetet måste förändras. Naturligtvis måste den medicinska forskningen också vara grundad på prioriteringar utifrån den inomvetenskapliga relevansen för att

En sådan samhälls- och socialt inriktad verksamhet ställer också krav på att den traditionellt starka biologiska inriktningen av den medicinska utbildningen bryts.

En ytterligare konsekvens av denna inriktning av vårdarbetet är att inriktningen av det medicinska forsknings- och utvecklingsarbetet måste förändras.

utveckla mera grundläggande nya kunskaper. Men vi får inte se bort ifrån det aktuella behovet av i synnerhet en större volym av tillämpad forskning. Det är tex nödvändigt att utveckla enkla metoder i det dagliga arbetet i öppenvårdsverksamheten. För att komma dithän är det kanske nödvändigt att få till stånd en klar planering för att tillämpa en del av den forskning som idag utförs vid våra medicinska fakulteter och på andra ställen. Det är nödvändigt att finna vägar för att formulera nya forskningsprojekt i avsikt att lösa problem av ett tillämpat slag och att sålunda på ett bättre sätt anpassa användningen av de medicinska resurserna och sjukvårdspersonalens arbete till befolkningens sjukvårdsbehov. Det är ganska troligt att varje lands totala resurser för forskning i framtiden relativt sett kommer att bli mindre än för närvarande, vilket nödvändiggör noggranna överväganden och prioriteringar när det gäller att utnyttja den medicinska forskningen.

Till slut vill jag kort kommentera de ekonomiska villkoren för sjukvårdssystemets fortsatta utveckling. Över världen talar man idag om sjukvårdssystemens kostnadsexplosion. Samtidigt fortgår diskussionerna på vilket sätt vi ska kunna fylla de kända men otillfredsställda behov av sjukvård som vi har i våra samhällen.

I anslutning här till vill jag gärna säga att denna snabba kostnadsutveckling hos sjukvårdssystemet inte har varit oskäligen.

En stor del av de ökade kostnaderna kan hänföras till höjda löner för låginkomsttagare bland personalen. Här till kommer den normala inflationen. Och slutligen tillkommer den utbyggnad av systemet som sker för att fylla påtagliga sjukvårdsbehov hos befolkningen. Min kommentar till denna utveckling är att vi ska inte beklaga oss

över kostnadsstegringarna.

För närvarande kostar sjukvårdssystemet i Sverige omkring 6—8 % av BNP. Jag är av den uppfattningen att denna siffra kommer att öka till omkring 10 % eller mer. Vi behöver en sådan ökning — det blir man varse när man ser på befolkningens otillfredsställda sjukvårdsbehov. Jag tror också att vi har råd med en sådan ökning. Sist och slutligen är det naturligtvis en fråga om politiska beslut i samband med att samhället bestämmer sig för prioriteringar mellan olika sektorer av samhällsekonomin.

Detta resonemang leder fram till mitt sista påstående. De verkliga kostnadsökningarna för att vidmakthålla befolkningens hälsotillstånd kommer inte att visa sig vid en fortgående utbyggnad av sjukvårdssystemet. Betydligt större resurser är nödvändiga för att åstadkomma förändringar i samhället: för att få till stånd en ny ekonomisk politik, för att förändra livsvillkoren för låginkomstgrupper, för att söka eliminera skillnader i socialgruppstillhörighet genom ett utbyggt utbildningssystem, genom att förbättra den fysiska miljön, för att minska nedslitningen och utslagningen i ett samhälle som idag är mer och mer prestations- och konkurrensinriktat.

Min sista fråga blir då: Är vi beredda — var och en av oss — att visa vår solidaritet genom att betala den räkningen? Bara genom att svara ja på den frågan kan vi verka för att ojämlikhet i frågan om rätten till hälsa kan elimineras.

LITTERATUR

1. *Andersen, Smedby, Andersson: Medical care use in Sweden and the United States.* Chicago 1970
2. *Bygren: Met and Unmet Needs for Medical and Social Services.* Stockholm 1974.
3. *Johansson: Den vuxna befolkningens hälsotillstånd.* Stockholm 1970.
4. *Rexed: The role of medical education in planning the development of a national health care system* J. Med. Education, vol. 49, 1974.
5. *Rexed: How Sweden plans for the 1980s: Report from conference "The health care cost explosion — which way now?"*, Geneva 1974.