

# Hälso- och sjukvårdens reformer

*En internationell jämförelse*

*Bruno Palier*

Samhällsforskare (*Senior  
Research Fellow*) vid Centre  
National de la Recherche  
Scientifique (CNRS) i Paris

# Förord

Den svenska hälso- och sjukvården tål att granskas. Det är lätt att bli hemmablind och inte se det egna systemets starka och svaga sidor. I takt med den ökande industrialiseringen och vårt medlemskap i EU har internationella jämförelser av olika sjukvårdssystem fått en ökad aktualitet.

Sveriges kommuner och landsting inbjöd därför en fransk forskare, Bruno Palier, Centre National del la Recherche Scientifique i Paris att under någon månad fördjupa sig i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet med samtidiga utblickar på andra system.

Resultatet blev denna rapport där författaren själv står för sina värderingar och slutsatser. Här ges en tillbakablick på den historiska framväxten av olika system vilket ger en fördjupad förståelse för hur traditioner och kulturella skillnader har påverkat olika länders hälso- och sjukvård. Vidare innehåller rapporten en jämförelse av olika system i en rad variabler. Det kan konstateras att inget system är perfekt. Alla har sina för- och nackdelar.

Vår förhoppning är att rapporten ska ge det "helikopterperspektiv" som ibland är nödvändigt för att ökad förståelse för det egna systemet ska skapas. Genom att ta del av andras erfarenheter och sätt att organisera hälso- och sjukvården kan man få inspiration att utveckla den egna verksamheten.

*Ellen Hyttsten*

Direktör Sveriges Kommuner och Landsting  
Avdelningen för vård och omsorg

# Innehåll

<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>1. Hälso- och sjukvårdssystemens uppkomst</b>	<b>6</b>
Den första tiden	7
Att garantera de sjukas inkomster och läkarnas status	9
Hälso- och sjukvårdssystemens utbredning	14
<b>2. Olika hälso- och sjukvårdssystem</b>	<b>19</b>
Tre typer av hälso- och sjukvårdssystem	19
Hur fungerar hälso- och sjukvårdssystemen?	20
Differentierade resultat	33
<b>3. Varför och hur ska sjukvårdssystemen reformeras?</b>	<b>36</b>
Kontrollera ökningen av de offentliga utgifterna	36
Faktorena bakom de stigande sjukvårdskostnaderna	38
Olika modeller för styrning av hälso- och sjukvårdens utbud	45
<b>4. Hälso- och sjukvårdssystemens reformer</b>	<b>49</b>
De offentliga hälso- och sjukvårdssystemens marknad	49
Den dyra och ojämlika regleringen av den amerikanska marknaden	51
Sjukförsäkringskassors konkurrensutsättning	52
<b>5. Fallet Sverige</b>	<b>61</b>
Decentralisering, liberalisering, privatisering och kostnadskontroll	61
Jämförelsevis avundsvärda resultat, som inte alltid uppskattas inom landet	69
<b>Slutsats</b>	<b>76</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>77</b>
Hälso- och sjukvårdsreformernas kvadratur	
<b>Bibliografi</b>	<b>78</b>

© Sveriges Kommuner och Landsting 2006

Form: Ordförrådet

# Inledning

Den här skriften avser att vara jämförande. Den skrevs först för en fransk publik<sup>1</sup>, och har därefter bearbetats för en svensk publik. Då författaren är fransk är det inte hans avsikt att förklara hur de svenska reformerna fungerar eller att göra en heltäckande redogörelse. Förhoppningen är att han kan bidra med en jämförelse och få läsaren att se på situationen i sitt land på ett annat sätt. Läsaren får information om de flesta europeiska hälso- och sjukvårdssystemen, samt en mer exakt redogörelse av två olika system: det franska och det svenska. Kontrasten gör att vi kan bilda oss en uppfattning om varje systems inneboende egenskaper, och bättre förstå dess svårigheter.

Lite kort kan nämnas att det är i Frankrike som aktörernas frihet som patienter i ett hälso- och sjukvårdssystem är störst i Europa. Det ger en hög nivå av tillfredsställelse, men kostnaderna är höga och hälsan är mer ojämlik. I Sverige däremot är hälso- och sjukvårdresultaten bäst, där råder det en mycket jämlik tillgång till sjukvård och en relativt god kostnadskontroll.

Alla europeiska länder försöker reformera sina hälso- och sjukvårdssystem både för att tillfredsställa patienternas behov och för att kontrollera kostnadsutvecklingen. Men reformerna skiljer sig åt från ett land till ett annat, liksom problemen. Varför finns det fler och längre väntelistor i Sverige eller i Storbritannien än i Frankrike och Tyskland? Varför är sjukvårdskostnaderna högre och ökar snabbare i vissa länder som USA, Frankrike och Tyskland än i andra, exempelvis Storbritannien och Sverige? Hur har den stigande efterfrågan på hälso- och sjukvård löst i de här olika länderna? Hur påverkar de internationella organisationerna och Europeiska unionen de pågående reformerna? Vilka följder får reformerna för sjukvården, samhället och ekonomin? Går det att förbättra hälso- och sjukvården samtidigt som målen om jämlik tillgång till sjukvård och kontroll av sjukvårdskostnader bevaras?

Hälso- och sjukvårdssystemen i industriländerna började i huvudsak utvecklas efter 1940-talet. De uppstod utifrån olika politiska och institutionella val; val som förklarar skillnaderna mellan hälso- och sjukvårdssystemen i världen. Alla dessa system står dock inför samma utmaningar: En åldrande befolkning, medicinsk utveckling, nya patientkrav. Det handlar om många reformkrävande faktorer.

Jämförs den politik som förts i de olika europeiska länderna och i USA, liksom vad som framkommit i internationella debatterna, framgår vissa saker. Det visar sig att de nuvarande reformerna, som påverkats av de marknadsmekanismer som utvecklats inom sjukvården, inte bara är avhängig den medicinsktekniska utvecklingen och den åldrande befolkningen. Reformerna påverkas också av den ekonomiska politikens strävan att få hälso- och sjukvårdssystem från

<sup>1</sup> *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Puf, Serien *Que sais-je?* Andra utgåvan publicerad i mars 2005.

trettiotioårsperioden efter andra världskriget, som ekonomiskt var mycket Keynesinspirerad, att följa den nya makroekonomiska politiken. Den grundar sig på en ortodox budgetsyn, centraliserade marknadsmekanismer och krav på konkurrenskraft. Denna ekonomiska politik, som tillämpas i alla europeiska länderna och på internationell nivå, kan få till följd att en av de europeiska hälso- och sjukvårdssystemens grundvalar drabbas, nämligen den jämlika tillgången till sjukvård. Alla stater som vill reformera sitt hälso- och sjukvårdssystem hamnar i kläm mellan internationella ekonomiska åtaganden och befolkningens efterfrågan.

För att förstå reformerna av hälso- och sjukvårdssystemen måste hänsyn tas till deras organisation, internationella organisationers föreskrifter och den interna politiken. Syftet med denna bok är både att försöka redogöra för hur och varför hälso- och sjukvårdssystemens reformer har uppstått och vad de innebär genom att visa hur varierande de olika lösningarna är.

Boken består av fem kapitel. I det första kapitlet analyseras hälso- och sjukvårdssystemens historia i industriländerna. Det andra kapitlet handlar om de olika sätt som finns att organisera hälso- och sjukvårdssystemen. Det handlar om fria system, offentliga hälso- och sjukvårdssystem och sjukförsäkringssystem, som vart och ett ger olika resultat. Där beskrivs olika resultat från Sverige som är värda en jämförelse. Därefter analyseras orsakerna till varför hälso- och sjukvårdssystemens reformer tycks nödvändiga, och vilka slags förslag på lösningar som finns idag, särskilt från de internationella organisationerna. I det fjärde kapitlet analyseras de senaste tjugo årens reformer i de största hälso- och sjukvårdssystemen; bland annat det brittiska, franska, amerikanska, tyska och nederländska. Samtidigt beskrivs en allmän tendens till införande av fri konkurrens bland vårdgivare och försäkringsgivare. Därefter jämförs Sverige med andra i-länder.

## Kapitel 1

# Hälso- och sjukvårdssystemens uppkomst

*Envar har rätt till en levnadsstandard, som är tillräcklig för hans egen och hans familjs hälsa och välbefinnande, däri inbegripet föda, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala förmåner, vidare rätt till trygghet i händelse av [...] sjukdom [...]*<sup>2</sup>.

Rätten till hälsa förklarades av Förenta nationerna redan 1948, men de länder är lätt räknade där denna rättighet gäller för alla. Mycket stora ekonomiska, tekniska och humana resurser måste frigöras för att alla medborgare ska garanteras hälsa. Det gäller att inrätta och underhålla lokaler för hälso- och sjukvård, utbilda och avlöna vårdpersonal, uppfinna, producera och saluföra läkemedel och medicinsk teknik och införa kollektiva system för finansiering av allt detta. Hittills har bara industriländerna, framför allt de i Europa och västvärlden, infört kollektiva hälso- och sjukvårdssystem så att medborgarnas hälsa kan säkerställas.

Ett hälso- och sjukvårdssystem samordnar efterfrågan och tillgång på vård. Å ena sidan handlar det om att se till att individen får rätt till ekonomisk ersättning vid sjukdom och möjlighet att täcka de kostnader som uppkommer därav. Å andra sidan handlar det om att organisera vårdproduktionen: vårdplatser (särskilt sjukhus), vårdpersonal och på senare tid produktion och distribution av läkemedel och annan medicinsk teknik.

Sjukvårdssystemens historia går via en socialpolitik som strävar efter att förebygga sjukdomsrisker, och via den medicinska professionens historia. Denna historia visar att utvecklingen har tre faser:

- Utformning av en sjukvårdspolitik för de allra fattigaste.
- Införande av sjukförsäkringsmekanismer för vissa arbetstagare.
- Utformning av ett heltäckande hälso- och sjukvårdssystem.

Hälso- och sjukvårdssystemen påverkar organisationsformerna för den medicinska professionen, som är angelägen om att bevara sitt vårdmonopol och sin självständiga yrkesutövning och försvara sina materiella intressen mot dem som finansierar vården. Hälso- och sjukvårdssystemens snabba utveckling efter andra världskriget berodde på särskilda omständigheter, då den ekonomiska tillväxten medgav sociala framsteg, som i sin tur gynnade den ekonomiska tillväxten.

<sup>2</sup> Artikel 25 i Universella deklarationen om mänskliga rättigheter, antagen av Förenta nationerna i december 1948.

## Den första tiden

Även om sjukhus har funnits sedan lång tid tillbaka är det framför allt under 1800-talet som utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemen tar fart, dels med en politik för att hjälpa de allra fattigaste patienterna och dels med väsentliga medicinska framsteg och förstärkt makt för läkarna.

**Början** – I de flesta europeiska länderna var de första institutionerna som tog hand om vissa sjuka ett slags välgörenhetsanstalter, medeltida sjukhus, som kyrkan organiserade och förvaldade. Så länge medicinen inte egentligen botade de sjuka handlade det framför allt om att ta hand om de fattigaste och mest marginaliserade sjuka och döende, liksom att övervaka dem och hålla dem borta från övrig befolkning.

I England har de offentliga lokala myndigheterna, efter en lagstiftning om fattiga under 1500-talet, övertagit ansvaret för de institutioner som kyrkan drev. Med lagar om fattiga och kommuners ansvar för dem började engelsmännen prioritera vård utanför sjukhus. Det handlade om det som idag kallas husläkare, polikliniker eller vårdcentraler – i motsats till sluten vård på sjukhus. Samtidigt började andra länder i Europa förbättra sina sjukhus.

I Frankrike var det i och med den franska revolutionen som välgörenheten ersattes av vård. Sjukhusen förstatligades och deras förvaltning anförtröddes lokala myndigheter. Sjukhusen sköttes av kyrkan fram till 1851, då en lag gjorde dem till en kommunal offentlig inrättning där borgmästaren var styrelseordförande. Då sjukhusen hade blivit sekulariserade togs de ifrån prästerskapet och överlämnades till läkarna, som alltmer gjorde dem till en plats för forskning och utveckling av medicinsk kunskap.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet verkar ha mindre att göra med kyrkan, och mer med offentliga myndigheters direkta åtgärder. De offentliga myndigheterna i Sverige medverkade mycket tidigt till att finansiera vården. Vissa kommuner började betala läkare för deras vård av kommunens befolkning redan under 1600-talet, samtidigt som centralstaten betalade läkarna för deras arbete på landsbygden. Det första svenska sjukhuset (Serafimersjukhuset) byggdes i Stockholm 1752. 1765 gav en lag de lokala myndigheterna behörighet till lokal skatteuppbörd för att uppföra sjukhus. Ett århundrade senare hade femtio sjukhus med ungefär 3 000 vårdplatser byggts. Sverige kännetecknas alltså av en hög närvaro av offentliga myndigheter alltsedan hälso- och sjukvårdssystemens uppkomst. Det gäller särskilt sjukhussektorns lokala myndigheter<sup>3</sup>.

På 1800-talet blev också vårdlagarna i Europa fler, vilka gjorde den verksamhet som kyrkan tidigare ägnade sig åt allmänt utbredd. Lagarna gick ut på att skapa kostnadsfria vårdhem och vårdmottagningar för de sämst lottade, hem för boende eller arbete och penningstöd. I Frankrike bestämde regeringen under den tredje republiken 1893 att tillgången till vård för

<sup>3</sup> EOHCS, 2001.

de fattigaste skulle garanteras med en lag om fri läkarvård. Alla sjuka som "fanns förtecknade på fattiglistan" skulle få fri vård av en läkare som sedan ersattes av förvaltningen<sup>4</sup>. I Sverige skapades landstingen 1862 som fick ansvaret för akutvården på sjukhus. Genom en lag 1928, fick landstingen uppgiften att svara för hela sjukhusvården för alla sina invånare. 1912 inrättades Kungliga Socialstyrelsen med ansvar för "arbetarfrågorna", särskilt problemet med fattigdomen. Staten prioriterade en offentligt styrd sjukhusvård, samtidigt som den polikliniska läkarvården oftast var avgiftsbelagd för patienterna fram till 1931.

Då en sjukdomsförebyggande politik började föras kunde läkarna stärka sin makt inom hälsovården.

**Monopolets starka ställning och läkarnas oberoende<sup>5</sup>.** – Under 1800-talet förändrades den medicinska kunskapen och läkarnas makt tack vare viktiga upptäckter. Upptäckten av sjukdomsvektorer (Kochs baciller, Pasteurs bakterier och mikrober) öppnade vägen för bättre hygien och bättre resultat av läkarnas arbete. De fick lära sig att inte själva vara smittokälla längre, särskilt inom kirurgin. Framstegen inom diagnostiken som kemiska analyser och mer exakta observationsmetoder med till exempel mikroskop eller stetoskop bidrog också till en högre medicinsk effektivitet.

Med stöd av sitt vetande började läkarna organisera sig för att stärka sin roll inom hälso- och sjukvården. De började bekämpa potentiella konkurrenter (helbrägdagörare, kotknackare och andra) för att få monopol på sitt yrke inom vården. Läkarstadgor som gav läkarna monopol på vård antogs därför i Belgien 1849, i Storbritannien 1858, i Frankrike 1892, i Tyskland 1935 och i Österrike 1949. I Sverige fastställdes i en första lag 1915 vilka regler som gällde för att etablera sig som läkare utan att ange hur specialistkompetensen skulle styrkas (administreras av Sveriges läkarförbund). En ny lag 1960 förbjöd dem som inte hade läkarlegitimation att kalla sig läkare. De fick inte heller operera, söva, injicera, förskriva receptbelagda läkemedel och behandla vissa smittsamma sjukdomar.

Läkarna motsatte sig också all yttre kontroll (särskilt administrativ sådan) som avsåg att reglera deras yrkesutövning. De blev oberoende tack vare införandet av egna kontrollorgan där de företrädde sig själva. Dessa organ fastställer bestämmelser för vem som får utöva läkaryrket och kontrollerar (läs sanktionerar) den medicinska yrkesutövningen: 1858 skapades *General Medical Council* i Storbritannien, 1891 ett läkarsällskap med disciplinära befogenheter i Österrike, 1935 kejserliga läkarkollegiet (*Reichsärztekammer*) i Tyskland, 1940 läkarsamfundet i Frankrike och 1939 i Belgien<sup>6</sup>.

I Sverige har den offentliga tillsynen av sjukvården sitt ursprung i en grupp läkares grundande av *Collegium Medicorum* i Stockholm 1663. Dessa läkares önskemål var att kontrollera och

<sup>4</sup> Hassenteufel, 1997, sid. 89.

<sup>5</sup> Se Hassenteufel 1997 för en utmärkt analys av relationen läkare och stat.

<sup>6</sup> Hassenteufel, 1997, sid. 32-33.



sanktionera allt "*obehörigt utövande av läkarkonsten*"<sup>7</sup> och bestämma läkarnas utbildning. Kollegiet blev *Collegium Medicum* 1688. På 1800-talet förlorade läkarna dock kontrollen över den medicinska praktiken då uppgiften att kontrollera yrket anförtroddes *Kongl. Sundhetscollegium* 1813, som sedermera blev Kungl. Medicinalstyrelsen 1878. Den senare sammanslogs med Kungl. Socialstyrelsen (skapad 1912) 1968 och blev Socialstyrelsen.

## Att garantera de sjukas inkomster och läkarnas status

I slutet av 1800-talet valde många länder att ge låginkomsttagarna en sjukersättning som kompenenserade deras löner samtidigt som de fick betala för sjukvården. Läkarna kom att reagera på denna samhällsstyrning av efterfrågan på vård mycket olika i olika länder.

**Att ersätta inkomst vid sjukdom.** – Uppkomsten av avlönat arbete och industrialisering gjorde det nödvändigt att införa kollektiva lösningar för att garantera de sjukas inkomster liksom man gjorde med pensionerna. Övergången från jordbrukssamhälle till industrisamhälle (i slutet av 1700-talet i Storbritannien, i början av 1800-talet i Tyskland, i mitten av 1800-talet i USA och i Frankrike, och vid 1800-talets slut i Sverige) innebar för många att de lämnade landsbygden och flyttade till staden, fabrikerna och gruvorna. Då människor lämnade sina byar övergav de ofta också möjligheten att bli försörjda av sina släktingar, grannar eller församlingen om de blev sjuka. Då de blev arbetstagare var de beroende av sina ofta låga och oregelbundna löner för sin försörjning. Detta nya arbetstagaraskikt, som började kallas proletariatet levde ofta i stor fattigdom, och situationen var särskilt bekymmersam då sjukdom hindrade dem från att försörja sig.

Försäkringsskydd, privata eller kollektiva, började sakta utformas för att möta dessa nya behov. De tillkom både för att garantera en inkomstersättning vid sjukdom och för att täcka vårdkostnaderna, särskilt betalning av läkare. Det handlade om ömsesidiga försäkringsbolag eller fackföreningskassor skapade av arbetarna. Sådana tillkom först i England och sedan i Frankrike. Arbetsgivarkassor som bistod förtjänstfulla arbetare med medel grundades också. Dessa kassor samlade in sjukavgifter från sina medlemmar, och garanterade dem inkomstersättning och vård i händelse av sjukdom. I slutet av 1800-talet, ofta under påtryckning från den alltmer organiserade arbetarrörelsen, började staten ge spridning åt denna typ av system för låginkomsttagarna.

Initiativet nådde då Tyskland, med rikskansler Bismarck som 1881 lanserade ett socialförsäkringsprogram för att bemöta socialisternas uppsving. Han föreslog ett införande av ett obligatoriskt sjukförsäkringssystem, som röstades fram 1883. Lagen tvingade de tyska arbetarna (som tjänade mindre än 6,66 mark per dag och arbetade inom gruv-, frakt- och transportnäringen, på fabrik och som hantverkare) och deras arbetsgivare att betala in sociala avgifter till sin

<sup>7</sup> Heidenheimer, Evander, 1980, sid. 26.

sjukförsäkringskassa<sup>8</sup>. De fick då rätt till en sjukförsäkring som garanterade en låg inkomstersättning i händelse av sjukdom och som svarade för vårdkostnaderna.

Flera länder bestämde sig för att införa sjukförsäkringar i början av 1900-talet som mer eller mindre liknade Bismarcks modell, vilka ofta var förbehållna arbetare och de fattigaste. Österrike införde detta 1906. Storbritannien införde ett sjukförsäkringssystem för alla briter som tjänade mindre än 160 pund per år 1911 och Italien ett liknande system 1927. I Frankrike godkändes en rad lagar om obligatorisk socialförsäkring (inklusive sjukförsäkring) mellan 1928 och 1930, men på grund av motståndet från många yrkesgrupper, den viktigaste bland dem var läkarna, blev införandet inte så tillfredsställande.

1891 antog Sverige sin första sjukförsäkringslag, som föreskrev ett upprättande av frivilliga privata sjukförsäkringskassor. I motsats till Bismarcks lösning blev inte sjukförsäkringen obligatorisk i Sverige. Det var i huvudsak de försäkrade och staten i blygsam omfattning som finansierade systemet i början. Det skedde inte med sociala avgifter som i Tyskland. Kassorna betalade i huvudsak ut kontantförmåner avsedda att ersätta de sjuka löntagarnas/försäkrades förlorade inkomster, snarare än att erbjuda förmåner in natura (läkarbesök och behandlingar). 1925 täcktes bara 13,3 % av svenskarna av detta system<sup>9</sup>. 1931 antogs en ny ”sjukkasselag”, som fick antalet försäkrade att öka snabbt, framför allt efter 1938. Denna lag innebar ett ökat statligt stöd. Kassorna erbjöd inte bara en ersättning för förlorad inkomst på grund av sjukdom, utan svarade även för läkarkostnaderna (vård och behandling). Avgifterna fastställdes med en annan lag (avgiftslagen). Ändå var det först efter 1955 som sjukförsäkringen blev obligatorisk. Hälso- och sjukvårdslagen, som antogs 1947, hade efter många ändringar då börjat tillämpas.

**Läkarna försvarar sina inkomster och sin ställning<sup>10</sup>.** – Då en politik för fri läkarvård började föras, framför allt för ömsesidiga försäkringsbolag och sjukförsäkringskassor, förändrades förhållandet mellan läkare och patient. Detta förhållande, som var tänkt som en direkt relation, från individ till individ, fick en kollektiv dimension då en tredje part (ömsesidiga försäkringsbolag, kassa eller stat) ingrep och ansvarade för hela eller delar av betalningen av vården. Denna samhällsstyrning av vårdens finansiering var för läkarna både en möjlighet och ett hot. Det var en möjlighet i den utsträckningen att fler och fler patienter, som tack vare sjukförsäkringen hade fått råd, kunde söka vård. Därmed fick läkarna ett större patientunderlag. Men det var också ett hot i så måtto att de organ som nu finansierade sjukvården (försäkringsbolagen, kassorna eller staten) ville ha ett ord med i laget angående hur och hur mycket läkarna skulle få i lön för sitt arbete.

Läkarna började då organisera sig för att försvara sitt oberoende. Det är viktigt att försöka förstå hur läkarna har förhandlat om sin relation till de sjukvårdssystem som började uppstå

<sup>8</sup> Hassenteufel, 1997, sid. 63.

<sup>9</sup> Ito, 1980, sid. 45.

<sup>10</sup> Detta avsnitt behandlar än en gång Patrick Hassenteufels arbete. För Sverige, se Ito, op. cit.

kring förra sekelskiftet eftersom dessa relationer än idag påverkar det politiska arbetet med att reglera sjukvårdssystemen.

I Tyskland var det Bismarcks auktoritära regering som bestämde att socialförsäkringar skulle införas, utan hänsyn till läkarnas inställning. I detta nya system fick de flesta läkarna arbeta för sjukförsäkringskassor, som drevs av dem som finansierade dem – arbetsgivarnas och arbetarnas företrädare. "Sjukkasseläkarna" fick sitt arvode fastställt av kassorna i individuella kontrakt. Detta arvode var oftast en fast lön, oberoende av hur mycket läkaren arbetade. Läkaren kunde vara tjänstledig, medan de försäkrade inte hade samma valfrihet som sin läkare. Uppfattningen var att dessa arbetsvillkor påverkade läkarnas oberoende, sociala anseende och levnadsnivå.

De tyska läkarna började så smått att organisera sig och gå samman i en rörelse (*Leipziger Verband*, grundad i början av 1900-talet) för att bli mer oberoende av systemet, kräva högre löner, arvode per vårdinsats (betalning per läkarbesök) istället för fast lön och frihet för patienterna att välja läkare. De efterliknade arbetarrörelsen och strejkerna blev fler, de sa upp sina avtal med sjukkassorna, och rönte fler och fler framgångar. Ett avtal undertecknades i Berlin 1913 som innebar att rekryteringen av sjukkasseanslutna läkare skulle ske med godkännande från *Leipziger Verband*, att relationen mellan kassa och läkare skulle regleras i ett kollektivavtal (under-tecknat av kassan och *Verband*) och att arvode per vårdinsats och valfrihet fick tillämpas.

1931 bildades regionala förbund för sjukkasseanslutna läkare, valda av dem själva, som alla var tvungna att tillhöra. Dessa förbund hade till uppgift att kontrollera de sjukkasseanslutna läkarnas verksamhet, och betala ut deras arvode. Tack vare de tyska sjukkasseanslutna läkarnas (allmänläkarnas) rörelse lyckades de spela en mer central roll inom sjukvården, ingå avtal med kassorna, förhandla och omfördela sina löner kollektivt och själv kontrollera sin verksamhet.

I Frankrike har läkarnas motstånd mot införandet av ett allmänt sjukvårdssystem varit mycket radikalare. Efter förra sekelskiftet ställdes i många politiska debatter de som föredrog obligatoriska socialförsäkringar (fackföreningar för löntagare, "solidariska" politiker, storföretagare som stödde den socialt inriktade katolicismen) mot dem som föredrog det frivilliga försäkringsskyddet i den individuella frihetens namn (jordbrukare, oberoende och fria yrkesutövare och småföretagare). Läkarna anslöt sig till denna liberala protest mot obligatoriet. Förutom läkarnas ideologiska ställningstagande fanns det en strävan att försvara deras materiella intressen.

Efter lagen 1893 om fri läkarvård började läkarna kämpa för att förbättra sina inkomster och att hänsyn skulle tas till "principerna för att bevara läkarnas oberoende yrkesutövning": Patientens frihet att välja läkare, läkarens rätt att vägra vård av fattiga och rätt till arvode per besök (istället för fast lön)<sup>11</sup>. De tidigare splittrade läkarfackföreningar gick samman vid en kongress den 30 november 1927 och antog en stadga för det fria medicinska utövandet, som

<sup>11</sup> Hassenteufel, 1997, sid. 89.

fastslog sju principer<sup>12</sup>. Denna liberala läkarstadga används än idag i Frankrike som referens. Stadgan är en vägran att integrera läkarna i ett obligatoriskt och kollektivt sjukförsäkringssystem och förespråkar läkarnas materiella intressen. Både behandlingsmässigt och ekonomiskt skulle förhållandet till patienten vara individuellt. Alla kollektiva förhållanden med kassor förkastades, fast kassorna garanterade patienters betalningsförmåga och därmed läkarnas intäkter. De franska läkarna kom överens om att stärka sin ställning då de obligatoriska socialförsäkringslagarna antogs 1928 och 1930 och att tillvarata huvuddelen av sina intressen då socialförsäkringslagen infördes 1945.

1958 lyckades staten organisera sjukhusläkarna. Debrélagen gav dem status som dubbelt avlönade av sjukhuset och av universitetet samtidigt som de tilläts ha vårdplatser för privatpatienter på de allmänna sjukhusen. Under 1960-talet gick de flesta distriktsläkarna vart efter med på en gemensam taxa vid undertecknande av avtal med kassorna och efter departementsvalen och sedan parlamentsvalen 1971 för det arvode socialförsäkringsinstitutet betalade ut till dem. Man började tala om anslutna läkare (sektor 1) som gick efter socialförsäkringsinstitutets taxa. Sedan 1980 har dock vissa läkare rätt att fakturera ett högre arvode än det som gäller enligt socialförsäkringslagen (sektor 2 med fritt arvode uppstod). 38 % av specialisterna och 15 % av de allmänpraktiserande läkarna tillhör idag sektor 2.

I USA organiserade läkarna sig utanför och sedan mot ett allmänt offentligt system. De inledde ett samarbete med privata försäkringsgivare som garanterade dem en större kontroll över sina inkomster och sin verksamhet. Det är delvis den höga förekomsten av privata sjukförsäkringar och deras koppling till läkarna som har hindrat all form av allmän sjukvård i USA. Idag kan vi konstatera att de amerikanska läkarna är i händerna på försäkringsgivarna, som strävar efter att mer och mer kontrollera kostnaderna och sjukvården.

I motsats till ovanstående tre länder (som har behållit ett sjukvårdssystem där försäkringar fortfarande spelar en viktig roll) blev läkarna mycket mer integrerade i sjukvårdssystemet i Storbritannien och Sverige, där staten spelar en större roll än någon annanstans.

Integreringen av de brittiska läkarna i systemet skedde snarare i form av en nationalisering av läkekonsten. I Storbritannien är läkarkåren uppdelad på specialistläkare på sjukhus (företrädna av kungliga samfund) och allmänpraktiserande läkare på vårdcentraler (företrädna av *British Medical Association*), vilka ofta under 1800-talet var beroende av ömsesidiga försäkringskassor eller arbetarkassor. En sjukförsäkringslag som antogs 1911 gällde bara de allmänpraktiserande läkarna, som såg möjligheten att utöka sitt patientunderlag (eftersom lagen skulle ge ekonomiskt stöd åt de fattigaste) och slippa beroendet av försäkringskassorna vilka de dittills hade

<sup>12</sup> 1) Patientens frihet att välja läkare, 2) fullständig tystnadsplikt, 3) rätt till betalning för alla mottagna patienter, 4) direkt betalning från patienterna (vägran av betalning från tredje man), av läkaren fritt fastställda arvoden (principen om direkt överenskommelse mellan läkare och patient), 5) behandlings- och förskrivningsfrihet, 6) kassan kontrollerar de sjuka, förbundets och en medicinsk förlikningsnämnds kontrollerar läkarna (vägran av all slags kontroll av läkare från kassans sida) och 7) läkarförbunden företrädde i kassorna.

varit underställda. Efter några protester accepterade till slut distriktsläkarna lagen på villkor att de fick vara med i de lokala kommittéerna som hade till uppgift att övervaka systemet och praktisera som anslutna läkare och inte avlönade sådana. Läkarna blev därmed mer och mer integrerade i ett system som sedan förstatligades efter andra världskriget. Då kom distriktsläkarna överens om att behålla sin avtalsmässiga relation till systemet, medan specialistläkarna avlönades av sjukhusen där de också fick ta emot privata patienter.

I Sverige var det svårt för läkarna att motarbeta det statliga inflytandet på grund av deras beroende av allmänna medel. I ett land som länge hade varit fattigt, ruralt och sent industrialiserat hade många läkare inget annat val än att låta sig finansieras (och sedermera avlönas) av de offentliga myndigheterna för att överleva. På grund av dessa svåra ekonomiska förhållanden var antalet läkare länge lägre än i andra europeiska länder.<sup>13</sup>

I motsats till många andra länder har de flesta svenska läkare sedan 1800-talet finansierats av allmänna medel. Det förhåller sig faktiskt så att de offentliga myndigheterna mycket tidigt började betala distrikts- och provinsialläkare. Den privata läkarvården var ju bara lönsam i de större städerna. Urbaniseringen var ju mycket sen i Sverige. Den uppgick bara till 15,1 % år 1880. Sedan dess strävar inte de svenska läkarna i så hög grad efter att stärka sitt oberoende i förhållande till det offentliga sjukvårdssystem som då uppstod, utan snarare att stärka sin trygghet och sin inkomstnivå inom systemet. Under den första hälften av 1900-talet var 60 procent av läkarna finansierade av allmänna medel (eller av centralstaten när det gäller provinsialläkarna) eller av lokala myndigheter. Provinsialläkarföreningen, offentliganställda läkare, grundad 1881, engagerade sig i första hand i sina medlemmars lönenivåer och pensioner. Det var ett engagemang som skiljde sig mycket från privatläkarnas som då i minoritet i Sverige. De grundade sin förening, Sveriges allmänna läkarförening, först 1903. Det var framför allt på grund av krisen med arbetslöshet som mötte de unga läkarna under 1930-talet som Sveriges läkarförbund verkligen organiserade sig och försökte få politiskt inflytande. Det gällde särskilt antalet medicinstuderande och utländska läkares tillstånd att praktisera i Sverige. Mellan 1931 och 1938 beslöt regeringen dock att avgiftsbelägga privatvården, vilket sjukförsäkringskassorna administrerade. Stärkta av en strukturförändring 1947 och det ökande antalet privatpraktiserande läkare utövade Sveriges läkarförbund dock stora påtryckningar på utformningen och införandet av de lagar som godkändes 1940 och 1950. De syftade till att utöka sjukdomsskyddet till att omfatta alla svenska medborgare<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Man beräknar att det fanns 445 praktiserande läkare i Sverige år 1860, 1 000 år 1895, 1 917 år 1925, 3 850 år 1945, 4 900 år 1950 och mer än 29 000 år 2005. Samtidigt som det fanns 1,2 läkare per 10 000 invånare i Sverige år 1880, fanns det 4,09 i Danmark, respektive 5,77 i Sverige och 9,88 i Danmark år 1945. (Ito, 1980, sid. 58).

<sup>14</sup> Ito, 1980.

## Hälsa- och sjukvårdssystemens utbredning

Den allmänna utbredningen av hälso- och sjukvårdssystemen började efter andra världskriget. Det handlade då om att se till att alla medborgare fick en jämlik tillgång till hälso- och sjukvård samtidigt som den ekonomiska tillväxten garanterades.

**Hälsa åt alla.** – Det är efter 1945 som de flesta europeiska länderna började göra sina hälso- och sjukvårdssystem allmänna. Syftet var att se till att alla fick en jämlik tillgång till hälso- och sjukvård. Det handlade alltså om att inte låta tillgången till sjukvård vara avhängig den sjukes egen inkomst, utan att erbjuda alla sjukvård efter behov. Det handlade också om att undvika de privata försäkringarnas självrisk. Personer med dålig hälsa skulle inte diskrimineras eller tvingas betala högre avgifter än andra eller ens en grundavgift. Var och en finansierar hälso- och sjukvårdssystemet efter inkomst och inte i förhållande till sitt hälsotillstånd och får vård efter hälsotillstånd och inte bara för så mycket som man bidragit med. För de länder som verkligen har försökt förverkliga rätten till hälsa för alla medborgare, har det funnits två vägar; en sjukförsäkring som omfattar alla, eller ett heltäckande offentligt hälso- och sjukvårdssystem. Sverige var först med att välja den första vägen genom lag från 1947 tillämpad från och med 1955, innan man gjorde en helomvändning och valde den andra vägen, exempelvis sjuknorsreformen.

Under efterkrigstiden var socialpolitikens syfte framför allt att trygga inkomst vid exempelvis arbetslöshet, ålderdom, funktionshinder eller sjukdom. Det är omständigheter som gör att det inte längre går att försörja sig genom eget förvärvsarbete. De medicinska framstegen hade ännu inte kommit så långt som nu och det var inte vårdansvaret som var det viktigaste sjukdomsskyddet. Det viktigaste var utbetalning av ett bidrag som ersatte lönen under sjukdomstiden.

Följaktligen verkar det som att socialförsäkringssystemens mål var att garantera en inkomster-sättning. Först i andra hand gällde det att ansvara för läkarbesök och sjukhusvistelser. Många länder valde då att utgå ifrån de redan befintliga sjukförsäkringarna, och gjorde dem obligato-riska för alla arbetstagare och därefter för hela befolkningen. Det gäller Tyskland, Österrike, Belgien, Nederländerna, Italien, Japan och Spanien. Frankrike valde den vägen då den allmänna socialförsäkringslagen infördes 1945, vilken omfattar en sjukförsäkring för privatanställda arbetstagare inom industri och handel. Den sjukförsäkring blev sedan år 1967 blev arbetstagarnas nationella sjukförsäkringskassa, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS. Däremot har det inte varit möjligt i Frankrike att integrera alla andra yrkeskategorier i samma allmänna socialförsäkringsform. Vissa föredrar en mer specifik form. Det gäller särskilt i fallet med jordbrukarnas ömsesidiga försäkringsbolag, *Mutualité sociale agricole*, msa, bildat 1961, och med fria och oberoende yrkesutövares nationella sjukförsäkringskassa, *Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes*, CANAM, bildad 1966.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Det finns ytterligare ett femtontal andra former, för statstjänstemän, tjänstemän på offentliga företag, studerande, militärer och försäkringsanslutna läkare (där en del av sjukförsäkringsavgiften betalas av socialförsäkringsinstitutet), som är av ringa betydelse och oftast tillhörande den allmänna försäkringsformen. För en detaljerad framställning av hälso- och sjukvårdssystemet i Frankrike, se Duriez m.fl., 1999.



Sjukförsäkringssystemen har utformats för att skydda arbetstagare och deras förmånstagare (make/maka och barn). De som inte har förvärvsarbetat på länge kan få problem med att omfattas av försäkringen. Personer med stora svårigheter slutar att arbeta, och betalar därför inte längre in sina sjukförsäkringsavgifter. Därmed riskerar de att förlora sin rätt till sjukförsäkring. I Frankrike har olika instrument införts för att garantera allas tillgång till sjukvård, från den individuella försäkringen införd 1978 (som förmånstagarna av garantiersättningen *Revenu Minimum d'Insertion* – RMI – har rätt till automatiskt och kostnadsfritt sedan 1988) till den allmänna sjukförsäkringen som infördes 1999<sup>16</sup>.

För att undvika att vissa medborgare uteslöts från skydd vid sjukdom valde andra länder en annan väg, vilken den beryktade Beveridge-rapporten, publicerad 1942, redogjorde för.<sup>17</sup> För att klara människornas behov föreslog Beveridge ett allmänt välfärdssystem, som erbjöd alla medborgare, oberoende av ställning och inkomst, ett enhetligt socialt skydd som omfattade grundpension åt alla, enhetlig arbetslöshetsersättning åt alla etc. När det gällde hälsan handlade det om att garantera alla brittiska medborgare en jämlik och fri tillgång till hälso- och sjukvård. Det brittiska labourpartiet införde då det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet 1948 (*National Health Service*). Denna väg skulle de nordiska länderna följa under 1950- och 1960-talet. Länderna i södra Europa försökte var och en förvandla sina gamla sjukförsäkringssystem till ett offentligt hälso- och sjukvårdssystem: 1978 i Italien, 1979 i Portugal, 1983 i Grekland och 1986 i Spanien. Under 1980-talet försökte även Kanada, Australien och Nya Zeeland att införa ett allmänt sjukvårdssystem, utan att därför införa de offentliga hälso- och sjukvårdssystemens hela struktur.

I Sverige skedde övergången från ett sjukförsäkringssystem till ett offentligt hälso- och sjukvårdssystem steg för steg, samtidigt som en konflikt mellan staten och läkarprofessionen pågick. Samhällsstyrningen av systemet skedde gradvis genom en utmanövrering av privatpraktiserande yrkesutövning från det offentliga systemet (särskilt från sjukhus) och genom landstingens stigande ansvarstagande.

1943 anammades Beveridge av en kommission under ledning av Axel Höjer som förespråkade ett kostnadsfritt sjukvårdssystem för alla i en rapport som kom ut 1948, med poliklinisk sjukvård förvaltat av lokala myndigheter. Denna rapport innebar ett inrättande av allmänna vårdcentraler, en reglering av öppenvård på sjukhus (*outpatient care*) och ett lönesystem för läkare. Rapporten ifrågasatte med andra ord den privatpraktiserande läkarvården, särskilt den fria prissättningen och arvode per vårdinsats (*fee for service*). Sverige läkarförbund protesterade starkt och framgångsrikt mot rapporten, liksom mot införandet av den lag som godkändes 1947 och som gjorde sjukförsäkringen obligatorisk. På grund av läkarnas protester, och en ansträngd

<sup>16</sup> Den allmänna sjukförsäkringen (cmu) ger alla dem som inte omfattas av en obligatorisk sjukförsäkring rätt till förmåner från socialförsäkringsinstitutet för att täcka sina sjukvårdskostnader. För dem som hade mindre än 566 euro per månad 2004 är cmu kostnadsfritt och ger rätt till en grundbidrag och ett tillägg. Se kapitel V.

<sup>17</sup> Social Insurance and Allied Services, Report presented to Parliament by Command of his Majesty, november 1942.

budget, började denna lag inte tillämpas förrän 1955. Då hade den genomgått en rad ändringar och den obligatoriska sjukförsäkringen kom inte bara att omfatta sjukförmåner utan även läkar- och läkemedelskostnader.

Under åren som följde började det offentliga systemet att tränga ut den privata sjukvården och stegvis avlöna de läkare som var anställda i den offentliga sjukvården för att göra sjukvårdsavgifterna enhetliga och tillgängliga för alla medborgare. 1959, då sjukhuslagen antogs, upphörde de privata vårdplatserna och avgifterna per vårdinsats på de allmänna sjukhusen. 1969 infördes sjukvårdsreformen. Denna reform fastställde en enhetlig patientavgift på sju kronor per polikliniskt läkarbesök, försäkringskassorna fick skjuta till 31 kronor, som inte längre betalades till läkaren utan till sjukhuset eller vårdcentralen. Alla privata läkarbesök och avgifter per vårdinsats upphörde helt och hållet både på de offentliga vårdcentralerna och på sjukhusen. De offentliganställda läkarna blev därefter avlönade. Det handlade både om att styra efterfrågan på sjukhusvård till de svagt utvecklade öppna vårderna och att göra patienternas sjukvårdskostnader och läkarnas löner enhetliga. Denna reform ålades läkarna, som inte gjorde så mycket motstånd och fick ett garantipaket i utbyte: lönekomensationer, bättre arbetsvillkor och minskad arbetstid<sup>18</sup>.

Den progressiva samhällsstyrningen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet gällde också landstingens ökande ansvar, även om de allmänna riktlinjerna fortfarande krävde centralstatens stöd på 1980-talet. Landstingen har haft ansvaret för sjukhusen sedan de bildades 1862. Därefter fick de ansvar för vård av kroniskt sjuka och långvård 1945, mödravård 1959, distriktsläkarsystem 1961, vårdcentraler 1965 och psykiatrisk sjukhusvård 1967. Sjukvårdskostnaderna steg då mycket kraftigt (+ 231 % från 1950 till 1960, + 346 % från 1960 till 1968) och landstingen fördubblade sin beskattning under 1960-talet. Den del av sjukvårdens finansiering som socialförsäkringen betalade övergick till att betalas via skatten, i huvudsak landstingsskatter och statliga stöd till landstingen. Till skillnad från Storbritannien har Sverige stegvis gått från ett system baserat på frivilliga sjukförsäkringar till ett allmänt hälso- och sjukvårdssystem.

I vissa av de länder som har gått över till allmänt täckande system på senare år, bland annat Portugal, Grekland, Australien och Nya Zeeland, är en stor del av sjukvården fortfarande privat, och den ojämlika tillgången till vård är fortfarande stor (se kap. II). Hälso- och sjukvårdssystemen är inte heltäckande. Andra länder har inte ens kunnat försöka göra sina hälso- och sjukvårdssystem heltäckande, särskilt USA, där en koalition av privatförsäkrade, läkare och en stor del av medelklassen alltid har gjort motstånd mot en gemensam och statlig försäkring mot hälsorisker. USA har ett begränsat offentligt hälso- och sjukvårdssystem för fattiga, gamla

<sup>18</sup> Det svaga motståndet berodde på det ökande antalet unga läkare, i huvudsak anställda på sjukhus, alltså redan avlönade, som ville ha trygga inkomster, goda anställningsvillkor och mindre ojämlika löner (beroende på betalning per åtgärd – *fee for service*). Det berodde även på att läkarna blev föga tillfrågade. De styrande inom Sveriges läkarförbund föredrog att stå utanför förarbetet till reformen för att inte vinna ogillande från sina medlemmar, i hopp om att reformen skulle få läkarkåren (och fackföreningen) att enas om sina löner och goda anställningsvillkor för offentliganställda läkare.



och funktionshindrade. Alla andra måste, om de kan, använda sig av en privat sjukförsäkring, som oftast arbetsgivaren svarar för.

I länder med stark ekonomisk tillväxt (i Asien eller i Sydamerika), och i länderna i Central- och Östeuropa, har många hälso- och sjukvårdslagar införts, utan att målet om heltäckande system ändå har kunnat uppnås. De har snarare blivit tvungna att privatisera en stor del av sina hälso- och sjukvårdssystem under 1990-talet, särskilt under påverkan av Internationella valutafondens och Världsbanken. I övriga världen, särskilt i utvecklingsländerna, är tillgången till hälso- och sjukvård för alla blott en avlägsen dröm, vilket illustreras av programmet "Hälsa för alla 2000" som Världshälsoorganisationen lanserade 1975 och vars mål inte alltid har uppnåtts.

**Hälso- och sjukvårdssystem, ekonomisk tillväxt, sysselsättning och välfärd.** – Tillgång till hälso- och sjukvård för alla är med andra ord i första hand en europeisk fråga. På 1950- till 1970-talet utvecklades två typer av hälso- och sjukvårdssystem i Europa. Det gällde avgiftsfinansierade sjukförsäkringssystem, utformade först och främst för förvärvsarbetande och deras familjemedlemmar, eller skattefinansierade offentliga hälso- och sjukvårdssystem, som garanterade en jämlik och så gott som kostnadsfri tillgång till hälso- och sjukvård för alla medborgare.

Deras existens ses om en nations sociala skyldighet gentemot sina medborgare, men även som en faktor som bidrar till en sund ekonomi. Införandet av hälso- och sjukvårdssystem i Europa grundar sig faktiskt på ett Keynesinspirerat synsätt om sambandet mellan socialpolitik och ekonomisk politik, som innebär att socialpolitiken gynnar den ekonomiska tillväxten. Detta Keynesinspirerade synsätt delades av de flesta experterna och politiska ledarna i 1950- och 1960-talets Europa, varav de mest framstående var William Beveridge och Pierre Laroque,<sup>19</sup> och inte minst av de svenska socialdemokratiska regeringarna.

Enligt detta synsätt på socialpolitiken ger den offentliga sektorns ansvar för befolkningens sjukvårdsutgifter och inkomstersättning vid sjukdom följande resultat:

- 1 Underhåll av arbetskraften och högre produktivitet hos densamma, bland annat tack vare arbetskraftens förbättrade hälsotillstånd.
- 2 Bibehållen konsumtionsnivå i händelse av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom tack vare dagarsättningar.
- 3 Ökad sysselsättning.

Ett välfärdssystem är direkt gynnsamt för sysselsättningen, eftersom det finansierar den ekonomiska utvecklingen av hälso- och sjukvårdens och den sociala sektorns verksamhet (sjukhus, läkemedel, apotek, socialt arbete osv.). I industriländerna har hälso- och sjukvårdssektorns andel av den totala sysselsättningen ökat från 2,8 % 1970 till 5,8 % 1992. I Frankrike hade hälso-

<sup>19</sup> Grundaren av det franska socialförsäkringssystemet. Se Palier, 2002, kap. II.

och sjukvårdssektorn 1 657 839 arbetstillfällen 1992, lika med 7,4 % av den totala sysselsättningen.<sup>20</sup> Denna andel uppskattades till nästan 7 % i Sverige 2001.<sup>21</sup> Utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemen har bland annat gett en ökning av antalet läkare. I industriländerna har därför antalet läkare ökat från 1,1 läkare per 1 000 invånare i medeltal 1960 till 2,9 år 2000 (från 1 till 3,3 i Frankrike och från mindre än 1 till 3 i Sverige).<sup>22</sup>

Utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemen har också fått forskningsverksamheten och produktionen av nya vårdmetoder och nya läkemedel att utvecklas. Dessa tillväxtår var också år av stora medicinska framsteg, vilket innebar att sjukvårdskostnaderna inte bara ökade,<sup>23</sup> de förändrades också till sin form. I början av 1950-talet gick huvuddelen av utgifterna till betalning av inkomstersättning till sjuka, från och med 1970-talet användes huvuddelen av sjukvårdens utgifter till att finansiera vården. Det gällde läkemedel och andra behandlingar och vårdorganisationens driftkostnader, men framför allt vårdpersonalens löner. Sjukvårdsutgifterna övergick därmed från att användas för att ge de sjuka en ersättning till att betala vårdpersonalens löner (ungefär 70 % av dagens sjukvårdsutgifter i Frankrike).

Allt detta har gett upphov till och dragit nytta av den starka ekonomisk tillväxten. Sverige hade en stark ekonomisk tillväxt under 1950-talet (BNP ökade med + 3,4 % per år) men framför allt under 1960-talet (+ 4,6 % per år). Allt detta har inneburit en förbättrad folkhälsa. Medellivslängden var lägre än 60 år i Sverige 1945, 1975 blev den nästan 75 år. Enligt Keynes, som lade grunden för hälso- och sjukvårdssystemen, går den ekonomiska och den sociala politikens mål mer än väl att förena. De offentliga sjukvårdsutgifterna har bidragit till den ekonomiska tillväxten samtidigt som de har förbättrat befolkningens levnadsnivå och livsvillkor.<sup>24</sup> Med hänsyn till alla framsteg kan man förstå varför européerna tycker så mycket om sina sjukdomsskydd. Även om alla hälso- och sjukvårdssystem har banat vägen för viktiga sociala framsteg och ökad ekonomisk tillväxt är deras resultat inte är helt jämförbara. Resultaten varierar i förhållande till vilken organisation som valts.

<sup>20</sup> J.-F. Chadelat, *La Sécurité sociale, un acteur du soutien de la croissance et du développement de l'emploi*, *Revue française des affaires sociales*, vol. 49, nr 4, oktober-december 1995, sid. 87-88.

<sup>21</sup> Utveckling i svensk hälso- och sjukvård, 2004, sid. 17.

<sup>22</sup> Källa: OECD, 2003.

<sup>23</sup> Kostnaderna utgjorde mindre än 4 % av industriländernas tillgångar (bruttonationalprodukten, bnp) 1960 (3,3 % i Sverige) och 8,3 % av bnp i medeltal 2002 (9,2 % i Sverige), se senare kapitel.

<sup>24</sup> På detta vis sammanfattas de viktigaste resultaten i Frankrike tack vare socialförsäkringens införande: "En verklig känsla av trygghet har uppstått bland befolkningen. Ålderdomen är inte längre lika med fattigdom. Tack vare socialförsäkringen har befolkningen kunnat dra nytta av betydande medicinska framsteg efter 1945 som har gjort det möjligt att skrämman människors lidande och olycka på flykten, särskilt barnens där sjukligheten har minskat kraftigt." (Rapport från vetenskapliga rådet vid États généraux de la Sécurité sociale, 1987, sid. 5-6). I Frankrike har kvinnors medellivslängd, som var 40 år kring 1880 och 68,6 år 1950, blivit 80,9 år 1990 [och 83 år idag]. Barnadödligheten har minskat från 15 % kring 1880 till 52 ‰ 1950, 7,3 ‰ 1990 och 5 ‰ 1996 (Join-Lambert, 1997, sid. 535.).

# Olika hälso- och sjukvårdssystem

Efter 1945 skedde olika vägval som ledde till olika hälso- och sjukvårdssystem. Det går att urskilja tre huvudtyper av hälso- och sjukvårdssystem fria begränsade system, sjukförsäkrings-system och offentliga hälso- och sjukvårdssystem. I fråga om jämlikhet, folkhälsa och ekonomisk möjlighet varierar resultaten beroende på vårdform, prioriterade tjänster, finansieringsform och organisation. Det är de nordiska systemen, i synnerhet det i Sverige där budgeten inte är alltför för liten, som ger de bästa vårdresultaten och sociala och ekonomiska resultaten.

### Tre typer av hälso- och sjukvårdssystem

Industriländernas hälso- och sjukvårdshistoria visar att alla länder under olika tidsperioder har haft liknande hälsomål. Det har handlat om att hjälpa fattiga sjuka, garantera en inkomstersättning för sjuka arbetstagare och, i fråga om Europa, att göra vården tillgänglig för alla. Man har dock valt olika lösningar. Dessa skillnader beror bland annat på vilken slags institution som svarar för vårdens efterfrågan (statens, de ömsesidiga försäkringsbolagens och privatförsäkringarnas roll), vårdgivarens organisationsform (allmänna sjukhus, allmänläkarnas uppgift osv.) och läkarkårens tidigare organisationsformer (den medicinska frihetens betydelse). Dessa skillnader återspeglas också i vilka prioriteringar som görs i vart och ett av systemen. Det handlar om allmän sjukförsäkring för vissa, frihet att välja läkare och medicinsk frihet för andra, och prioritering av marknaden i fallet med USA. Det finns idag tre huvudtyper av hälso- och sjukvårdssystem i industriländerna.

**De offentliga hälso- och sjukvårdssystemen** (Sverige, Norge, Danmark, Finland, Storbritannien, Irland, Italien, Spanien och delvis Portugal, Grekland, Kanada, Australien och Nya Zeeland) som ger alla medborgare en nästan kostnadsfri tillgång till sjukvård för att alla ska omfattas av ett sjukdomsskydd. Sjukvården organiseras i huvudsak av staten och finansieras genom skatter. Vissa av dessa system vilar på en mycket centraliserad organisation (särskilt i fallet med Storbritannien) samtidigt som andra har decentraliserat sin organisation och förvaltning (framför allt de nordiska länderna).

**Sjukförsäkringssystemen** (Tyskland, Frankrike, Österrike, Belgien, Luxemburg, Japan, Nederländerna före Dekkerreformen – se kap. 4 – vissa länder i Central- och Östeuropa). Sjukvården där är delvis privat (vårdcentraler, en del sjukhus och kliniker), delvis offentlig (särskilt en del av sjukhusen) och den ger oftast patienten valfrihet när det gäller läkare och accepterar den medicinska friheten. Sjukvårdens kostnader täcks till större delen av olika sjukförsäkringskas-

sor och finansieras genom sociala avgifter. Det franska systemet är centraliserat samtidigt som det tyska är regionalt organiserat på delstatsnivå.

**De fria hälso- och sjukvårdssystemen** (i huvudsak systemet i USA, med också de som uppstått efter reformer i vissa länder i Central- och Östeuropa, liksom de i Latinamerika). Där är det offentliga sjukdomsskyddet mycket begränsat. Det är bara de som behöver nödvändig akutvård och de fattiga, gamla och funktionshindrade som kan räkna med offentlig sjukvård. Alla andra måste använda sig av privata sjukförsäkringar, som oftast finansieras av arbetsgivarna. En del av befolkningen står utan skydd vid sjukdom. Där är sjukvården nästan enbart privat. Det amerikanska systemet har en kombination av tre möjliga sjukdomsskydd: Fri läkarvård för de fattigaste (*Medicaid* och *SCHIP*), sjukförsäkring för gamla (*Medicare*) och privatförsäkring för medelklass och välbärgade (finansierad av arbetsgivarna, fast egentligen av individerna själva).

Resultaten varierar från ett system till ett annat. De offentliga hälso- och sjukvårdssystemen står allmänt för en jämlikt tillgänglig vård för alla och relativt låga sjukvårdskostnader, men de erbjuder ibland en kvalitativt dålig vård och karakteriseras framför allt av mycket långa köer till specialistsjukvård. Sjukförsäkringssystemen ger patienten valfrihet, trygghet och ofta en god sjukvård, men det sker ofta på bekostnad av höga sjukvårdskostnader, och ibland en ojämlikt tillgänglig sjukvård. Det amerikanska systemet är mycket högteknologiskt och ger den största tillgången till den bästa vården, men det karakteriseras av mycket stor ojämlikhet (både när det gäller tillgång till vård och befolkningens hälsotillstånd) och generellt mycket höga sjukvårdskostnader.

För att förstå dessa resultatmässiga skillnader måste vi först redogöra för hur systemen fungerar i detalj.

### Hur fungerar hälso- och sjukvårdssystemen?

För att kunna jämföra hälso- och sjukvårdssystemen ska vi titta på hur de hanterar sjukvårdens efterfrågan och utbud. För att göra det bör man analysera hur tillgången till hälso- och sjukvård är ordnad, vilka slags tjänster systemet erbjuder, hur sjukvårdskostnaderna finansieras och hur hela systemet är organiserat och reglerat. Vi kommer att belysa vilka följder var och en av formerna har på hälsa, samhälle och ekonomi.

**Tillgången till hälso- och sjukvårdssystemet.** – En jämlik tillgång till sjukvård är bäst tillgodosedd i de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen, men patienternas rörelsefrihet är mindre där än i sjukförsäkringssystemen.

*Vem har rätt att utnyttja hälso- och sjukvårdssystemet?* – Den befolkning som täcks av systemet varierar från ett land till ett annat. De offentliga hälso- och sjukvårdssystemen är villkorslöst till för alla som har uppehållstillstånd i ett land. Sjukförsäkringssystemen var i första hand avsedda för arbetstagare och deras familjemedlemmar. I Europa har de utsträckts till att gälla

alla i och med en form av fri individuell försäkring för de fattigaste (*couverture maladie universelle* – cmu – i Frankrike). I Tyskland och Nederländerna är inte de rikaste skyldiga att vara inskrivna i någon obligatorisk sjukförsäkring.<sup>25</sup> I de begränsade (eller fria) sjukvårdssystemen är det offentliga stödet begränsat till vissa särskilda befolkningskategorier. I USA handlar det om läkarvårdsprogram (*Medicaid*, avsedda för fattiga, och *State Children Insurance Program* – *SCHIP*, avsedda för fattiga barn) och sjukförsäkringsprogram (*Medicare*) avsedda för dem som är äldre än 65 år, funktionshindrade och offentliga tjänstemän. I USA täcks endast 25 % av befolkningen av ett offentligt sjukvårdsprogram. Majoriteten av befolkningen täcks av en privat sjukvårdsförsäkring. Fjorton procent av befolkningen står utan hälso- och sjukvård.

Ju större del av befolkningen som omfattas desto högre är offentliga sjukvårdsutgifter. Då alla amerikaner inte omfattas av det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet går en ganska liten del av USA:s offentliga utgifter till sjukvården (6,6 % av BNP år 2002),<sup>26</sup> men USA:s totala sjukvårdskostnader (offentliga och privata) är högst i världen (14,6 % av BNP år 2002).<sup>27</sup> I Sverige däremot gick 7,9 % av BNP till offentliga sjukvårdsutgifter år 2002 och 9,2 % till totala sjukvårdsutgifter, vilket tillsammans med Norge är störst offentlig andel i världen (85,3 % av Norges kostnader täcks av systemet) (jämför tabell 1 och 4).

Om de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen villkorslöst omfattar hela befolkningen och svarar för en mycket stor del av kostnaderna är det en garanti för största möjliga jämlika rätt till hälsa. Även om cmu i Frankrike garanterar att ingen står utan sjukförsäkring finns det flera lösningar som berättigar till en kompletterande försäkring som skapar en ojämlik tillgång till sjukvård,<sup>28</sup> liksom kravet att betala distriktsläkarnas arvode.

*Tillgången till vårdgivare.* – Det finns en motsättning mellan en jämlik tillgång till hälso- och sjukvård och rörelsefriheten inom systemet. Tillgången till vårdgivarna kan vara mer eller mindre kontrollerad. Sjukförsäkringssystemen (allmänna och privata) ger oftast ganska stor frihet för patienten att välja läkare. Patienten kan välja att vända sig direkt till en specialist, konsultera flera läkare om samma besvär och i Frankrikes fall till och med vända sig direkt till sjukhuset. De flesta offentliga sjukvårdssystemen försöker däremot att kontrollera patientens rörelsefrihet inom systemet. Patienterna kan oftast välja allmänläkare, men inom sitt förvaltningsområde. De måste sedan meddela den lokala myndigheten hos vilken läkare eller vårdcentral de önskar bli inskrivna. Tillgången till specialist (som i de offentliga sjukvårdssystemen oftast tjänstgör på sjukhusen) begränsas oftast av kravet att vara uppskriven på en väntelista, och ibland av kravet på en remiss från en allmänläkare. I det sistnämnda fallet är allmänläkaren en obligatorisk passage för att komma in i systemet, man brukar tala om all-

<sup>25</sup> De som tjänade mer än 3 375 euro i Tyskland och 2 558 euro i Nederländerna per månad under 2002 behövde inte vara inskrivna.

<sup>26</sup> Källa: OECD/IRDES, 2004.

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Åtta procent av fransmännen hade fortfarande inte någon kompletterande försäkring 2004.

männläkarens roll som portvakt (vilket är fallet med Storbritannien). Väntelistorna har blivit de offentliga hälso- och sjukvårdssystemens största problem. I Storbritannien fick 22 % av patienterna under 2001 och 2002 vänta mer än trettio veckor innan de fick en tid på sjukhuset och 27 % av patienterna fick vänta mer sex månader innan de blev inlagda.

Detta problem ser man inte lika ofta i de länder där valfriheten är större (och vårdutbudet större). Patientens frihet att välja läkare, som de liberala läkarna krävde i början av 1900-talet, uppskattat av franska, tyska och amerikanska patienter, skapar en konkurrens mellan läkare som kan innebära betydande kostnader. Även om det "medicinska kringvandrandet" (att byta läkare ofta, att konsultera fler läkare för samma besvär) egentligen inte är så stort, inte heller i de system där friheten att välja läkare är total, ger konkurrensen mellan läkarna upphov till en större läkemedelsförskrivning för att få nöjda och trogna kunder – något som är mindre tydligt i de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen.

Genom att kontrollera patientens rörelsefrihet kan man undvika den konkurrens som ger upphov till en kostnadsinflation. Framför allt kan patienterna följas upp bättre och samordningen bli bättre mellan dem som medverkar kring samma patient. Uppföljningen av patienten gör att öppenvårdens och sjukhusvårdens dåliga samarbete kan undvikas vilket är mycket tydligt i Frankrike. Det ger upphov till upprepade och likadana undersökningar (vid varje läkarbesök) och ibland motstridiga ordinationer.

Idag strävar man efter att kontrollera patienternas rörelsefrihet mer i de flesta system med försäkringsbaserade sjukdomsskydd (sociala eller privata), som ger patienten stor valfrihet. Detta sker för att undvika onödiga kostnader och för att förbättra uppföljningen av patienten och samordningen av vården. Tanken är att få allmänläkaren (tyskarna talar om "familjeläkare") att spela rollen av "remitterande läkare" (den som man måste besöka före all annan konsultation), låta en läkarjournal följa patienten och inrätta ett vårdnätverk (till exempel de praktiserande läkarna sammankallade av en viss försäkringsgivare). Dessa nya rutiner innebär en inskränkt valfrihet och större roll för allmänläkarna, något som väcker stort motstånd hos patienterna och specialisterna.

**Tjänsterna.** – De offentliga hälso- och sjukvårdssystemen är en garanti för ett bättre offentligt vårdansvar. Höga patientavgifter ökar den ojämlika tillgången till sjukvård.

*Vad tar systemet ansvar för?* – Alla europeiska sociala välfärdssystem betalar ut en inkomstersättning till dem som inte kan arbeta på grund av sjukdom. Denna ersättning kan betalas ut direkt av sjukvårdssystemet (när det gäller sjukförsäkringar) eller av en offentlig myndighet annan än sjukvårdssystemet (till exempel i Storbritannien). Vi har kunnat konstatera att den allra största delen av utgifterna idag inte går till inkomstersättningar, utan till att bekosta vården.



Denna kostnadstäckning kan vara mer eller mindre begränsad. En del av vårdkostnaden kan faktiskt läggas på användarna. Idag talar man om patientavgifter, eller som i Frankrike om "ticket modérateur". Sverige har kvar en ganska betydande patientavgift för läkarbesök på vårdcentraler och sjukhus, på grund av sin tidigare historia (patienterna betalade större delen av den polikliniska vården före sjukvårdsreformen 1969, då svenskarnas patientavgifter reducerades – se föregående kapitel).

Patientavgifterna anses få patienterna att "ta ansvar" och minska sin vårdkonsumtion då de får stå för en del av sjukvårdskostnaden. Försäkringsteoretikerna menar att användarna tar onödiga risker (moral hazard) och missbrukar systemet om alla risker omfattas och om tjänsterna är avgiftsfria. Det är därför som det finns en självrisk på fordonsförsäkringar, och det är därför som en patientavgift ofta tas ut för sjukvård.

Men en del av den sjukvård som användaren får betala kan täckas av kompletterande frivilliga försäkringar, i Frankrike så kallade "ömsesidiga försäkringar". I Frankrike blir inte patientavgiften ett dugg modererande eller utjämnande, eftersom de ömsesidiga försäkringarna tar över utjämnningen. Det är bara utjämnande för dem som inte har råd med några ömsesidiga försäkringar. En höjd patientavgift överför bara det offentliga systemets kostnader till de ömsesidiga försäkringarna. Men det får mycket stora konsekvenser för tillgången till sjukvård för de fattigaste, som tvingas att strunta i eller skjuta upp viss vård, i väntan på att deras besvär ska bli värre så att de kan vända sig till sjukhuset, där vården är gratis (med dyrare för systemet). I Sverige däremot återbetalas inte den del som användarna betalar själva (i Frankrike skulle man kalla dem statliga ej ersättningsgilla självrisker), men avgiften begränsas till ett högsta belopp per år som anpassas efter individernas sociala och familjemässiga förhållanden, så att de sjukaste och fattigaste inte ska bli drabbade (barn betalar ingenting).

Inget hälso- och sjukvårdssystem täcker alla sjukvårdskostnader. En åtskillnad måste göras mellan de offentliga sjukvårdsutgifterna (den del som systemet betalar) och de totala sjukvårdsutgifterna. Ett sätt att mäta hur rättvist ett hälso- och sjukvårdssystem är, är att beräkna hur stor andel systemet svarar för, nämligen förhållandet mellan de offentliga och de totala sjukvårdskostnaderna. Det är i de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen som skillnaden mellan de offentliga sjukvårdskostnaderna och de totala sjukvårdskostnaderna är minst. Om patientavgiften är mycket liten (mellan 14 och 17 % av kostnaden i de nordiska och brittiska systemen) blir sjukvårdens ansvarsdel som mest frikostig och sålunda en garanti för att alla får en god tillgång till hälsa (se tabell 1).

Dessa siffror är bara generella och kräver en precisering så att fördelningen av det offentliga ansvaret framgår tydligare. I fallet med Tyskland, Nederländerna och USA är förklaringen till de relativt låga siffrorna bland annat att inte hela befolkningen omfattas av det obligatoriska systemet. I övriga fall är förklaringen att det är en del av sjukvården som inte omfattas. Det finns flera sätt att definiera vad systemet ansvarar för och inte ansvarar för. Antingen handlar det om en viss andel som omfattas eller återbetalning för viss sjukvård (för distriktsläkarbe-

**Tabell 1. Andel offentliga kostnader av hälso- och sjukvårdens totala kostnader 2002 (i %)**

Tyskland	78,5	Italien	75,6
Kanada	69,9	Japan (2001)	81,7
Danmark	83,1	Norge	85,3
Spanien	71,4	Nederländerna	63,3
USA	44,9	Portugal	70,5
Frankrike	76	Storbritannien	83,4
Grekland	52,9	Sverige	85,3

Källa: OECD/IRDES, 2004.

sök i sektor 1 återbetalas 70 % av den franska socialförsäkringen), eller så kan man tala om en "vårdkorg" som det offentliga systemet täcker (lista över åtgärder och läkemedel som ingår, som i det nederländska systemet eller i CMU i Frankrike).

I alla hälso- och sjukvårdssystem i länderna i Västeuropa är den dyraste sjukvården som krävs för de svårt sjuka (sjuka i cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, aids, diabetes.) och kroniskt sjuka (degenerativa sjukdomar) mycket väl tillgodosedd (så gott som all sjukhusvård omfattas i Europa). Kostnaden för denna vård är mycket hög och den utgör den största delen av sjukvårdskostnaderna. I Frankrike står 5 % av de svårast sjuka patienterna för 51 % av kostnaderna (eller 18 000 euro per person och år) och 60 % av återbetalningarna.<sup>29</sup>

Den billigare men vanligare vården i samband med lindrigare besvär, som behandlas av distriktsläkare, är däremot mer eller mindre väl tillgodosedd av systemen. Ansvaret är ofta begränsat i de områden som inte anses vara så livsviktiga som tandvård och synkorrigering. Ansvaret för läkemedel varierar ofta i förhållande till deras effektivitet och/eller vilket besvär de är avsedda för.

Mer konkret kan vi göra en jämförelse mellan ansvarsdelen i Storbritannien, Sverige och Frankrike 2002.

I Storbritannien svarar NHS för i stort sett all hälso- och sjukvård. Sjukhusvård (som omfattar det mesta av den brittiska specialistvården) och besök hos allmänläkare är kostnadsfria. Det utgår avgifter för läkemedelsförskrivning (6,20 brittiska pund per recept), tandvården kostar (upp till 80 % av tandvårdskostnaden, vilket har gett upphov till privatförsäkringar på det området) och synkorrigeringen likaså. En stor del av befolkningen slipper dock dessa avgifter: Personer under 19 år, socialbidragstagare, gravida och inlagda patienter. Därmed är det bara en på fyra som betalar för tandvård och 85 % av läkemedelsförskrivningarna är avgiftsfria (EOHCS, 2002).

I Sverige omfattas all hälso- och sjukvård och förtecknade läkemedel helt och hållet, när en övre avgiftsgräns (för patientavgifter) har passerats. Denna ej ersättningsgilla patientavgift varierar från landsting till landsting och ligger på mellan 100 och 150 kronor per besök hos

<sup>29</sup> Haut Conseil, 2004.



allmänläkare (som är verksam på vårdcentraler inom den s.k. primärvården), mellan 150 och 300 kronor per besök hos specialist på sjukhus. Ingen patient behöver dock betala mer än 900 kronor per år. Efter den egna kostnaden på 900 kronor är vården gratis. Inlagda patienter måste betala en sjukhusavgift på 80 kronor per dag, utom pensionärer och låginkomsttagare. Ansvaret för läkemedel är progressivt. Patienterna måste själva betala de första 900 kronorna av läkemedelskostnaden, och därefter vara med och betala en viss del upp till ungefär 1 800 kronor. Andel sjunker vartefter samtidigt som systemet svarar för mellanskillnaden. I förebyggande syfte är dock alla vårdinsatser (läkarbesök, undersökning, vaccination och sjukvårdande behandling) inom primärvården gratis för barn och ungdom under 19 år, liksom tandvård och besök hos optiker. De två sistnämnda gäller i ytterst begränsad omfattning för vuxna. Gravida har rätt till kostnadsfria besök inom primärvården, hela befolkningen har för övrigt kostnadsfri tillgång till sjukvårdsupplysning och medicinsk rådgivning (EOHCS, 2002).

I Frankrike är det offentliga ansvarstagandet (socialförsäkringens) av vård som inte är sjukhusvård mycket mindre frikostig än i de två föregående fallen. Sjukhusvården är nästan alltid gratis (en ansvarsdel på 97 %). Personer som är inlagda på sjukhus måste dock betala en sjukhusavgift på 14 euro per dag (den var 10,67 euro 2002). Kostnaden för långvarigt sjuka patienters vård som rör deras sjukdom täcks till 100 %. Vården är också gratis för gravida och personer som råkar ut för arbetsplatsolyckor. De dyraste vårdinsatserna (de som överstiger 98,5 euro) undantas från patientavgift. De som inte undantas från patientavgift får däremot bara 70 % av sina kostnader för läkarbesök (hos allmänläkare, specialister och vid läkarbesök på sjukhus) ersatta (20 euro 2003 för allmänläkare i sektor 1, 23 eller 25 euro för specialister (mer efter 2005), plus vårdtekniska åtgärder). Ansvarsdelen för läkemedel varierar mellan 100 %, 65 % och 35 %, beroende på deras terapeutiska effektivitet (ersättningsnivån för ett stort antal läkemedel har sjunkit under 2003). Endast 40 % av kostnaden för provtagning täcks. Frankrike utmärker sig dock för sin dåliga täckning av poliklinisk vård jämfört med Sverige, Storbritannien och Tyskland: Endast 60 % av den polikliniska vården täcks av en obligatorisk sjukförsäkring.

Fransmän som inte är allvarligt sjuka måste förlita sig på en försäkring eller kompletterande ömsesidig försäkring för att täcka en del (stigande) av sina sjukvårdskostnader (nästan 13 % totalt), samtidigt som de måste betala ytterligare 11 % av sina totala kostnader med egna medel.<sup>30</sup> Det offentliga systemet täcker bara 76 % av uppkomna kostnader, jämfört med 85,3 % i det svenska systemet. En fransk egenhet som har att göra med den låga ersättningsnivån för poliklinisk vård är att de kompletterande försäkringarna är vanligt förekommande: Ungefär 85 % av fransmännen har en ömsesidig försäkring eller en kompletterande sjukförsäkring för att täcka en del av sina egna kostnader, till detta bör de 7 % fransmän läggas som har rätt till

<sup>30</sup> OECD, 2003.

ett kompletterande skydd genom cmu. Som en jämförelse har endast 1 till 2 % av svenskarna, 11 % av britterna och 25 % av tyskarna en kompletterande sjukförsäkring (de som kommer över gränsen för den obligatoriska sjukförsäkringen och de som önskar komplettera sin sjukförsäkring).

**Finansieringen.** – Skattefinansiering verkar idag vara vanligare än finansiering via sociala avgifter i de allmänna hälso- och sjukvårdssystemen. Ersättning a priori av sjukvårdens aktörer (schablonbelopp och totalbudget) ger en bättre kostnadskontroll men det tycks vara oförenligt med den medicinska friheten, som kräver betalt per vårdinsats.

*Systemens finansiering.* – Det finns i huvudsak två sätt att finansiera de offentliga sjukvårdskostnaderna. De offentliga hälso- och sjukvårdssystemen prioriterar skatter samtidigt som sjukförsäkringssystemen sedan länge har prioriterat sociala avgifter som dras av från lönen. I sjukvårdssystemens början verkade det logiskt att finansiera sjukförsäkringskostnaderna via sociala avgifter som drogs av från lönen eftersom det främsta syftet var att garantera en inkomstersättning åt de som var sjuka. Eftersom hälso- och sjukvårdssystemen inte längre bara gäller dem som arbetar (och därmed betalar avgifter) och eftersom sjukvårdsanslagen i huvudsak finansierar sjukvård (utan koppling till förvärvsinkomster) verkar det som systemen föredrar att finansiera sina kostnader via skatten. Frankrike har sålunda ersatt arbetstagarnas sjukförsäkringsavgifter med en allmän egenavgift kallad *Contribution sociale généralisée* (csg), en skatt som tas ut på alla slags inkomster: Arbets- och kapitalinkomster och indirekta inkomster (ålderspension, arbetslöshetsersättning och dagersättning). Skatten kan vara allmän (som csg), punktskatt (som skatten på tobak och alkohol där intäkterna går till socialförsäkringen) eller lokal (som i fallet med finansieringen av de skandinaviska mycket decentraliserade hälso- och sjukvårdssystemen).

Fransmännen betalar en csg-avgift på 5,25 % på alla sina förvärvs- och kapitalinkomster för sin sjukförsäkring (3,95 % på pensioner, arbetslöshetsersättning och dagersättning). Denna sociala avgift finansierar ungefär 30 % av sjukvårdskostnaderna. Läkemedelsindustrin betalar en skatt på försäljning och reklamkostnader. Skatten på tobak och alkohol (som utgör majoriteten av dessa produkters kostnad) går till den allmänna socialförsäkringen och den står för 3,4 % av dess inkomst. Resten av de offentliga sjukvårdskostnaderna finansieras av arbetsgivarna genom deras arbetsgivaravgifter (12,80 % av bruttolönen) och av arbetstagarna, som förutom csg betalar ytterligare 0,75 % i sociala avgifter för att finansiera en dagersättning kallad *indemnité journalière*. De sociala avgifterna och csg för sjukförsäkringen utgör ungefär 18,8 % av lönen (till det kommer avgifterna för de ömsesidiga eller privata försäkringarna som är 2 till 4 % av de försäkrades inkomster).

I Tyskland utgjorde de sociala avgifterna för sjukdom 14 % av arbetstagarnas inkomster 2002 (avgifterna tas bara ut på inkomster understigande 3 375 euro, den inkomstgräns under vilken de är obligatoriskt att vara försäkrad). De sociala avgifterna betalas till hälften av arbetsgivarna och till hälften av arbetstagarna. På inkomster understigande 325 euro är det bara

arbetsgivarna som betalar en avgift på 10 %. Sjukvårdskostnaderna skattefinansieras bara till 8,4 % i Tyskland.

I Sverige finansierar landstings- och kommunalskatten 66 % av sjukvårdskostnaderna. De utgör 85 % av landstingens och kommunernas utgifter. Resten av medlen kommer från staten (som bidrar med ett stöd till landstingen och försäkringskassorna), de sociala avgifterna som betalas till försäkringskassorna och patienternas egna inbetalningar.

Den offentliga finansieringen av sjukvårdskostnaderna grundar sig på tanken att var och en bidrar i förhållande till sina inkomster och inte till sin riskprofil. Skattefinansiering gör det möjligt att införa vissa omfördelningsmekanismer (om skatten är progressiv). Vid finansiering av de privata försäkringarna tas däremot hänsyn till de försäkrades riskprofil och premiens belopp anpassas till ålder, kön och den försäkrades hälsotillstånd. Därmed reduceras medborgarnas jämlikhet i händelse av sjukdom.

*Vårdproducenternas ersättning*<sup>31</sup> – För att veta hur de insamlade pengarna ska fördelas på de olika vårdaktörerna prioriterar de offentliga sjukvårdssystemen ett sätt att finansiera systemet a priori. Varje år bestämmer de hur mycket pengar som ska avsättas till sjukvården och fördelar dem sedan på de olika aktörerna, som *a priori* måste utforma en begränsad budget. I sjukförsäkringssystemen däremot finansieras den polikliniska vården *a posterior*. Det är efterfrågan på vård som är primär. Hur mycket pengar som ska användas beror på läkarnas verksamhet och läkemedelsförskrivning. Systemet "har alltid öppet". Det går inte att kontrollera sjukvårdskostnadernas storlek med denna typ av finansiering.

De insamlade medlen används för att finansiera dagersättningar, avlöna sjukvårdspersonal (70 % av sjukvårdskostnaderna i Frankrike), täcka vårdinstitutionernas administrativa kostnader, betala läkemedelsprodukter och andra behandlingar och finansiera vårdtransporter.

*Läkarnas arvoden.* – I de flesta länder är sjukhusläkarna avlönade (ibland har de en möjlighet att komplettera sina inkomster med privatkonsultationer, i Frankrikes fall på sjukhusen. Vi har kunnat konstatera att denna möjlighet övergavs i Sverige 1969).

I Frankrike, USA och Tyskland (tills nyligen), länder där det råder medicinsk frihet inom primärvården, får läkarna betalt per vårdinsats. Efter sjukronorsreformen får så gott som alla läkare i Sverige sin huvudsakliga inkomst från lönen (åtminstone 60 %), med undantag för privatläkare som får betalt per vårdinsats (*fee for service*) men som måste följa den avtalade taxa som landstinget fastställt. De privata aktörerna i Sverige svarar för mindre än 10 % av sjukvårdstjänsterna. I Storbritannien är sjukhusläkarna avlönade, med distriktsläkarna får, enligt avtal med NHS, huvudsakligen betalt per patient. Det handlar om en arvodesform som varierar beroende på storleken på läkarens patientunderlag (antal patienter inskrivna hos läkaren, patienternas ålder och situation). Distriktsläkarens arvode kan kompletteras med en

<sup>31</sup> För en mer detaljerad analys av "aktörernas finansiering", se Majnoni d'Intignano, 2001, kap. VIII.

bonusdel, i syfte att gynna vissa aktiviteter som fortbildning, vaccinationer, folkhälso- eller provtagningskampanjer osv.

Ekonomer inom sjukvården har studerat vilka konsekvenser olika ersättningsmodeller får.<sup>32</sup> På grund av patientens valfrihet är arvode per vårdinsats en källa till stigande kostnader. Läkaren tenderar att utöka antalet åtgärder för att öka sin inkomst. Betalning per vårdinsats manar inte till förebyggande vård vilken är sämre eller inte alls arvoderad. Ibland varierar priset på åtgärden beroende på det totala antalet vårdinsatser utförda av vårdpersonalen under en viss period. Vårdpersonalen försöker då öka vårdinsatserna för att behålla sin levnadsstandard, vilket drabbar vårdens kvalitet. Arvode per patient, s.k. kapitation, kräver att patienterna skriver in sig hos en läkare. Därmed försvinner valfriheten. Kapitation och lön gör att antalet läkarbesök begränsas eftersom läkarens inkomst inte är beroende av dem. Men det kan bädda för att patienterna skickas till sjukhuset oftare.

De privatpraktiserande läkarna föredrar betalning per vårdinsats, då det anses garantera en bättre vårdkvalitet. Läkaren måste tillfredsställa sin patient annars byter patienten läkare. Framför allt ger ett sådant system bättre inkomster. Detta överensstämde med Sveriges läkarförbunds inställning i slutet av 1940-talet. Det överensstämmer fortfarande med många franska läkarförbunds inställning. Ändå har brittiska allmänläkare, som får fast betalt per patient, en högre medelinkomst än de franska allmänläkarna; ungefär 82 000 euro respektive 55 000 euro per år 2001. I Frankrike låg allmänläkarnas medelinkomst per år på 55 209 euro 2001 och specialistläkarnas på 93 559 euro. På grund av betalning per vårdinsats varierar läkarnas inkomster mycket från profession till profession. Det gäller särskilt specialistläkarnas. Psykiater (51 938 euro per år), barnläkare (53 992 euro) och hudläkare (55 991 euro) har samma inkomst, till och med lägre än allmänläkarnas. Hjärtläkare (100 014 euro), kirurger (119 782 euro), operationsläkare (128 762 euro) och framför allt röntgenläkare (198 896 euro) har inkomster som är mycket högre än medelinkomsten.<sup>33</sup> Man får inte glömma att inkomsterna också varierar i förhållande till verksamhetsområde. Läkarna i sektor 1 ligger 30 till 50 % under sina kolleger i sektor 2. Rådet, *Haut Conseil*, säger så här om sjukförsäkringens framtid: "Samtidigt som efterfrågan på vård i huvudsak bekostas med allmänna medel finns det stora skillnader mellan olika läkaryrkens nettoarvode som inte alltid kan förklaras med utbildningsnivå eller yrkets svårigheter och risker. Inom samma yrkesinriktning kan det finnas oförklarliga orättvisor."<sup>34</sup> Det var för att undvika denna orättvisa som sjukvårdsreformen infördes i Sverige 1969.

*Sjukhusens finansiering.* – Under en lång tid finansierades de flesta sjukhus enligt ett "dagbelopp" liknande kostnaden för en distriktsläkares arvode per vårdinsats. Det var ett belopp som skulle motsvara kostnaden för en vård dag på sjukhuset. Sedan anslogs varje sjukhus en budget som motsvarade antalet patienter och dagar multiplicerat med dagbeloppet. Men det

<sup>32</sup> Majnoni d'Intignano, 2001, kap. VIII; Grignon et al., 2002.

<sup>33</sup> DREES, 2004.

<sup>34</sup> Haut Conseil, 2004, sid 80.

har visat sig att denna finansieringsmetod fick sjukhusen att behålla patienterna för länge, att öka antalet vårdinsatser och vårdplatser.

För att begränsa och rationalisera sjukhusens kostnader började de flesta europeiska länderna under 1980-talet att finansiera sina sjukhus utifrån en totalbudget. Varje sjukhus beviljades en begränsad mängd resurser och fick ansvaret att organisera sin verksamhet så att budgeten förvaltades bättre. Denna finansieringsmetod gynnar låg produktivitet per vårdinsats och tycks inte belöna de sjukhus som är effektivast.

På grund av detta har man importerat en ny finansieringsmetod från USA. Det handlar om prissättning efter verksamhet. Det innebär att sjukhus finansieras efter sin verksamhet och kostnad för varje behandlad sjukdom. För att göra det definierar man "likvärdiga sjukdomsgrupper" (*Diagnosis Related Groups*) och sedan fastställer man en kostnad för deras vård. Budgeten för varje sjukhus fastställs sedan i förhållande till antalet vårdfall. Detta system har börjat införas i Frankrike sedan 2004. Det används i flera landsting i Sverige. Denna prissättning medför ofta att viss verksamhet förvisas till distriktsläkarvården. Den uppmuntrar sjukhusen till att upphöra med olönsam verksamhet, dvs (sådan vars verkliga kostnad är högre än den fastställda taxan och inrikta sig på mer lönsam verksamhet vilket betyder sådan där behandlingen kostar mindre än den fastställda taxan.

*Läkemedlens prissättning.* – Den varierar mycket beroende på land. Vissa länder låter läkemedelsföretagen bestämma sitt försäljningspris själv. Det gäller Tyskland, Danmark, Nederländerna och USA. De tre förstnämnda länderna, liksom Sverige och Norge, fastställer ett ersättningstak för varje grupp läkemedel med samma sammansättning eller verkan (samma terapeutiska kategori). Därmed uppmuntras läkaren att förskriva billigare läkemedel, eller farmaceuten att ersätta de förskrivna läkemedlen med ett billigare läkemedel. Det får läkemedelsindustrin att sänka sina priser. I dessa länder är bruket av generiska läkemedel mycket vanligt (mellan 30 och 50 % av recepten). Vissa av länderna väljer dessutom ett övre gräns för läkemedelförskrivning. I Tyskland handlar det om att de regionala läkarförbunden måste betala in mellanskillnaden till kassorna om receptet överskrider en viss gräns. I Sverige började man reglera priset på läkemedel redan 1936. En övre gräns på 15 kronor infördes 1963 vid köp av receptförskrivna läkemedel. 1971 förstatligades läkemedelsförsäljningen.<sup>35</sup> En viktig läkemedelspolitisk reform infördes i Sverige 1996, då verksamheten överfördes till landstingen.

I England förhandlar NHS fram ett pris med läkemedelsindustrin som tar hänsyn till vinstmarginalen för varje läkemedel. Detta håller både läkemedelskostnaderna nere och ger en stark och innovativ läkemedelsindustri.<sup>36</sup> Allmänläkarna får en övre gräns för sina läkemedelskostnader och NHS fastställer en lista (*Black list*) över dyra läkemedel som inte bör förskrivas. Istället uppmanas de varmt att välja generiska ersättare.

<sup>35</sup> Heidenheimer et al., 1980.

<sup>36</sup> Majnoni d'Intignano, 2001, sid. 351.

I andra länder, som till exempel Frankrike och Belgien, har läkemedelspriserna kontrollerats sedan länge, men inte i samband med förskrivningar. Priskontrollen medför att läkemedelstillverkarna uppmanar läkarna att förskriva mycket (ni vet, de där agenterna från läkemedelstillverkarna som brukar presentera och gör reklam för nya dyrare läkemedel, då läkarna på en solig och varm plats uppmanas att pröva desamma ...). Förskrivningsvolymen är mycket större i Frankrike än i andra länder. En fransk försäkringstagare konsumerar tre gånger mer antibiotika än sin tyska granne och mer än två gånger mer kolesterolsänkande läkemedel än sin engelska granne. Antal läkemedel i genomsnitt per recept är fyra samtidigt som man är överens om att risken för interaktion mellan läkemedel ökar mycket vid tre olika slags läkemedel som förskrivs samtidigt. Frankrike ligger främst i världen när det gäller läkemedelskonsumtion per invånare.”<sup>37</sup>

Det framgår tydligt att de olika sjukvårdsaktörernas ersättningsform starkt påverkar hälso- och sjukvårdssystemets ekonomiska resultat (och ibland hälsoresultaten). Finansieringsformen ger olika aktörer, beroende på hur systemet är organiserat och reglerat.

**Systemets organisation och styrning.** – De offentliga hälso- och sjukvårdssystemen är mycket bättre på att organisera vårdutbudet, men detta är mer begränsat än i sjukförsäkringssystemen. Trots att de franska fria medicinska utövarna i huvudsak får sitt levebröd från offentliga medel vägrar de att underordna sig den kontroll som myndigheterna i de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen utövar.

*Hur organiseras vårdutbudet?* – Antalet läkare per invånare (eller läkartäthet) varierar mycket från land till land. År 2000 låg genomsnittet i industriländerna på 3 läkare per 1 000 invånare. Japan (1,9 läkare per 1 000 invånare), Storbritannien (2), Kanada (2,1) och USA (2,7) låg under genomsnittet. De nordiska länderna låg på genomsnittet (utom Danmark med 3,4). Frankrike (3,3), Tyskland (3,3), Spanien (3,3) och särskilt Italien (4,1) och Grekland (4,5) låg över genomsnittet.<sup>38</sup> (Se tabell 2).

I de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen (i Nordeuropa) handlar öppenvården främst om allmänmedicin som oftast utövas i grupp, på läkarmottagningar i Storbritannien och på vårdcentraler i Sverige. De kallas gärna vårdcentraler därför att annan sjukvårdspersonal arbetar där tillsammans med läkaren, till exempel sjuksköterskor och sjukgymnaster.

I Frankrike, USA och Tyskland däremot omfattar öppenvården både allmänläkare och specialistläkare (60 % av läkarna inom öppenvården i Tyskland och 49 % i Frankrike är specialister). Det är i Frankrike och Tyskland, länder där ett stort antal specialistläkare finns i öppenvården, som uppdelningen mellan öppenvård och sjukhusvård är tydligast. Det innebär risker för bristande samordning, överutbud och till och med motstridig vård. Risken för överutbud är desto

<sup>37</sup> Haut Conseil, 2004, sid. 88-89.

<sup>38</sup> Uppgifter från OECD, 2003.



**Tabell 2 Sjukvårdsutbudet**

	Antal läkare per 1 000 invånare		Vårdplatser på akutsjukhus per 1 000 invånare	
	1980	2000	1980	2000
Tyskland	2,8 <sup>1</sup>	3,3	7,7	6,4
Kanada	1,8	2,1	4,6	3,2
Danmark	2,2	3,4	5,3	3,3 <sup>2</sup>
Spanien	..	3,3	3,3 <sup>3</sup>	3,2 <sup>4</sup>
USA	2,0	2,7 <sup>2</sup>	4,4	2,9
Frankrike	2,0	3,3	6,2	4,2
Grekland	2,4	4,5	4,7	4,0 <sup>2</sup>
Italien	..	4,1	7,9	4,3
Japan	1,3	1,9	..	..
Norge	2,0	2,9	5,3	3,1
Nederländerna	1,9	3,2	5,2	3,5
Portugal	2,0	3,2	4,2	3,3 <sup>4</sup>
Storbritannien	1,3	2,0	..	3,9
Sverige	2,2	3,0	3,0	2,4

<sup>1</sup> 1991. <sup>2</sup> 1999. <sup>3</sup> 1985. <sup>4</sup> 1998. Källa: oecd, 2003.

större i dessa två länder där sjukhusvården är mer utvecklad. Även om utbudet har minskat kraftigt under 1990-talet är antalet vårdplatser i Tyskland mycket högt (6,4 akuta vårdplatser per 1 000 invånare) och i Frankrike (4,3). Detta antal är mer begränsat i Storbritannien (3,9) och Nederländerna (3,5), och ganska lågt i USA (2,9) och i Sverige (2,4).<sup>39</sup> (Se tabell 2).

Trots att vårdutbudet är större i sjukförsäkringssystemen har det inte alltid en god geografisk spridning. Följaktligen "är inte vårdutbudet optimalt geografiskt fördelat" i Frankrike. Vårdutbudet är för litet i norra Frankrike och i de fattigaste departementen och för stort i södra Frankrike och i de rikaste departementen. Det finns 67,5 allmänläkare per 1 000 invånare i Seine-Saint-Denis och 136,8 i Hautes-Alpes.<sup>40</sup> I "de överetablerade områdena ger den lätt-tillgängliga vården och den relativa konkurrensen mellan de praktiserande läkarna upphov till en onaturlig vårdkonsumtion. Och i de underetablerade områdena är vårdpersonalens arbetsvillkor och tillgången till viss vård dålig."<sup>41</sup> Denna ojämna geografiska fördelning beror på de franska myndigheternas svårigheter att styra etableringen av vårdutbudet, då de fria läkarna försvarar sin totala etableringsfrihet och lokalpolitikerna motsätter sig en förändrad sjukvårdsstruktur. Vårdutbudets geografiska fördelning är mycket mer rättvis i de sjukvårdssystem där läkarnas etablering och strukturerna direkt kontrolleras av myndigheter.

En sista skillnad mellan hälso- och sjukvårdssystemens vårdinriktning: De förebyggande åtgärdernas betydelse (vaccinationer, massundersökningar, hälsoundersökningar, barntandvård,

<sup>39</sup> Källa: OECD, 2003.

<sup>40</sup> Haut Conseil, 2004.

<sup>41</sup> Ibid.

sjukvårdsupplysning och medicinsk rådgivning, kampanjer mot riskbeteenden – sexuella, bruk av tobak, alkohol, fortkörning osv.). Dessa är centrala i offentliga hälso- och sjukvårdssystem, som ser det som en viktig uppgift och målsättning. Det är också viktigt i det tyska sjukförsäkringssystemet som utför systematiska massundersökningar, och där den avgiftsfria primärvården gör att sjukdomar kan upptäckas på ett tidigt stadium.<sup>42</sup> I Frankrike, liksom i övriga Sydeuropa och i USA, ges bara ett litet utrymme åt förebyggande vård och systemet är mer inriktat på att bota. I ett system som är inriktat på förebyggande vård undviks olyckor och många sjukdomar. Världshälsoorganisationen har därför gjort en beräkning på antal möjliga förlorade levnadsår före 70 år ålder (möjligen beroende på bristande förebyggande vård) i olika länder, och har kommit fram till att siffrorna för 1995 var 3 182 i Sverige (bästa resultat i världen), 3 295 för Japan, 4 110 för Storbritannien, 4 122 för Kanada, 4 456 för Spanien, 4 580 för Frankrike och 5 894 för USA.<sup>43</sup> Enligt detta resultat ligger Frankrike mycket långt efter de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen. En stark inriktning på förebyggande vård säkerställer därför en bättre folkhälsa och minskade sjukvårdskostnader.

*Vem fattar besluten och vem styr?* – Många olika aktörer är involverade i sjukvården: Läkare, övrig vårdpersonal, läkemedelstillverkare, staten, sjukkassor, fackföreningar och arbetsgivare, försäkringsgivare och ömsesidiga försäkringsbolag. Till och med patienterna har en uppgift, vilket enligt allas uppfattning borde vara själva kärnan i hela vårdssystemet.

Varje typ av sjukvårdssystem tycks ha sin egen styrmodell. De offentliga hälso- och sjukvårdssystemen styrs av offentliga myndigheter, på nationell nivå i Storbritannien och på lokal nivå i Norden och Sydeuropa. Besluten hos dem är en strävan efter att säkerställa en jämlik tillgång till vård, prioritera förebyggande vård och göra budgetbesparingar. Det amerikanska systemet styrs av marknadsmekanismerna, och av de i huvudsak privata försäkringsgivarna. Det tyska systemet baseras på förhandlingar mellan försäkringskassaförvaltningar och företrädare för de medicinska yrkesutövarna. Dessa styrsystem behandlas längre fram i kapitel 3. I Frankrike verkar styrsystemet, särskilt det inom primärvården, hopplöst. Det beror på flera faktorer som patienternas och läkarnas frihet, de sammanblandade rollerna och det uppdelade ansvaret mellan sjukförsäkringskassor och staten. Det finns många olika instanserna på systemets alla nivåer; lokal, regional och nationell. En annan faktor är de splittrade läkarförbunden. Denna brist på styrning är delvis en förklaring till de höga sjukvårdskostnaderna i Frankrike, och till att hälsoresultaten inte är så bra som på andra håll.

<sup>42</sup> I Frankrike däremot, där tredje parts betalningsansvar inte är så vanligt för primärvård och där patientavgiften är hög, väntar en del patienter med att söka vård så länge som möjligt och går till sjukhuset istället, men då med framskridna besvär.

<sup>43</sup> Citerat av Majnoni d'Intignano, 2001, sid. 126.



## Differentierade resultat

Att göra en tio i topp-lista över hälso- och sjukvårdssystemen är en svår uppgift och något som de internationella organisationerna brukar ägna sig åt. Världshälsoorganisationen (WHO) publicerade en rapport år 2000 där en sådan klassificering gjordes, och där Frankrike hamnade på första plats. Denna rapport har kritiserats hårt för sina bedömningskriterier. Kritikerna menar att det finns för få kostnads- och effektivitetskriterier och att överdriven vikt läggs vid frånvaron av väntelistor. Den omarbetades 2002, då Sverige tog revansch. OECD däremot tycks alltid övervärdera systemens ekonomiska resultat och använder sig ofta av Storbritannien efter 1991 som modell. Att göra en sådan lista är omöjligt eftersom bedömningskriterierna är många, blandade och ofta motsägelsefulla. Man kan bedöma hälso- och sjukvårdssystemens resultat enligt fyra kriterier: jämlik tillgång till hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat, kostnadskontroll och aktörernas frihet.

Mycket ofta strider patienternas och läkarnas frihet mot en jämlik tillgång till hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdssystem som kontrollerar och begränsar patienternas rörelsefrihet i systemet ger en mer jämlik tillgång till hälso- och sjukvård än sjukförsäkringssystemen (offentliga eller privata), där den ojämlika tillgången är större eftersom en patientavgift tas ut på primärvårdens konsultationer.

Det tycks ibland föreligga ett omvänt förhållande mellan ett sjukvårdssystems begränsade resurser och vårdens kvalitet och resultat. Denna motsättning mellan kostnadsnivå och sjukvårdens effektivitet stämmer inte alltid. Storbritannien har alldeles för begränsade resurser, ändå lyckas Sverige (och i mindre omfattning de övriga skandinaviska länderna) uppnå utmärkta sjukvårdsresultat samtidigt som kostnaderna hålls nere. Detta sker till priset av de väntelistor som svenskarna är missnöjda med. I de länder där vårdutbudet är störst (och därmed väntan kort), sjukvårdskostnaderna högst och friheten störst för patienter och läkare är sjukvårdsresultaten ändå inte de bästa.

Ett hälso- och sjukvårdssystem strävar efter att hålla sin befolkning frisk och att bota sjuka, systemet vill med andra ord förbättra folkhälsan. Folkhälsan beror dock inte bara (eller huvudsakligen) på hälso- och sjukvårdssystemet. En individs hälsotillstånd beror främst på dennes inkomstnivå (ju rikare desto friskare), men också på utbildningsnivå och livsstil. Det finns fyra avgörande hälsofaktorer: 1) Individens genetiska status, 2) livs- och arbetsmiljö: föroreningar, arbetsvillkor osv.), 3) vanor och beteenden (matvanor, tobaks- och alkoholintag, idrottsaktiviteter osv.) och slutligen 4) hälso- och sjukvårdssystem och hälso- och sjukvårdspolitik. Hälso- och sjukvårdssystemet kan inte ensamt påverka allt, även om ett system inriktat på förebyggande vård kan förändra livsstil och riskbeteenden.

Olika generella indikatorer gör att hälsotillståndet i en befolkning kan mätas: Medellivslängd, barnadödlighet, sjukdomsförekomst (som cancer). Enligt tabell 3 är det i Sverige och i Japan som världens bästa folkhälsoresultat finns (i Sverige beror detta delvis på att levnadsförhållan-

den har blivit mycket bättre tack vare välfärdsstaten. Japan är känt för sunda livsstil och traditionella kost). Även om medellivslängden i Frankrike är ganska hög kan man konstatera att antalet möjliga förlorade levnadsår är högt, liksom barnadödligheten och dödlighet i cancer.

**Tabell 3 Befolkningens hälsotillstånd**

	Medellivslängd 2002		Barnadödlighet 2002 <sup>1</sup>	Dödlighet i cancer 2000 <sup>2</sup>
	Kvinnor	Män		
Tyskland	81,3 <sup>3</sup>	75,6 <sup>3</sup>	4,3	175
Kanada	82,2 <sup>3</sup>	77,1 <sup>3</sup>	5,2 <sup>3</sup>	179
Danmark	79,5	74,8	4,4	212
Spanien	83,1	75,7	3,4	164
USA	79,8 <sup>3</sup>	74,4 <sup>3</sup>	6,8 <sup>3</sup>	175
Frankrike	82,9	75,6	4,2	178
Grekland	80,7	75,4	5,9	154
Italien	82,9	76,8	4,7	171
Japan	85,2	78,3	3,0	155
Norge	81,5	76,4	3,9 <sup>3</sup>	168
Nederländerna	80,7	76	5,0	194
Portugal	80,5	73,8	5,0	160
Storbritannien	80,4 <sup>3</sup>	75,7 <sup>3</sup>	5,3	185
Sverige	82,1	77,7	2,8	151

<sup>1</sup> Antal dödsfall bland barn under ett år per 1 000 levande födda.

<sup>2</sup> Antalet dödsfall i cancer per 100 000 invånare. Källa OECD, 2003

<sup>3</sup> Uppgifter från 2001

Källa: OECD/IRDES, 2004.

Dessa siffror visar hela befolkningens genomsnittliga hälsotillstånd, men de visar inte ojämlikheterna inom samma befolkningsgrupp. Det är i Sverige som den ojämlika hälsan är minst i världen. Frankrike är ett av de industriländer i världen där den ojämlika hälsan är som störst, men den slår inte USA:s bedrövlige resultat. I Frankrike är skillnaden mellan en arbetares och en tjänstemans medellivslängd mer än fem år. I Frankrike är dödligheten bland arbetare i åldern 45 till 59 år 1,7 gånger högre än bland tjänstemän, samtidigt som den är 1,45 gånger högre i Storbritannien och bara 1,32 gånger högre i Italien och Danmark. I Frankrike har en av tio arbetare ingen ömsesidig försäkring. Det var 3,1 gånger mer sannolikt 1990 att arbetslösa i alla åldersgrupper skulle avlida än yrkesverksamma i samma ålder.<sup>44</sup>

Trots att de offentliga och privata sjukförsäkringssystemen, som domineras av den fria medicinska yrkesutövningen, inte har de bästa folkhälsoresultaten, har de den högsta totala sjukvårdskostnaden (se tabell 4). Här ser vi att frihet kostar. Frihet att välja läkare och betala per vårdinsats, etablerings- och forskrivningsfrihet och ett ibland alldeles för stort vårdutbud är kostnadsdrivande. En av svårigheterna med sjukvårdsreformer är att avgöra om patientens och läkarens frihet är så förnuftig under tider av budgetbesparingar inom vården.

<sup>44</sup> INSERM, 2000.

**Tabell 4. Sjukvårdskostnader**

	Sjukvårdsutgifter totalt i procent av BNP				Offentliga sjukvårdsutgifter i procent av BNP			
	1980	1990	2000	2002	1980	1990	2000	2002
Tyskland	8,7	8,5	10,6	10,9	6,8	6,5	8,3	8,6
Kanada	7,1	9,0	8,9	9,6	5,4	6,7	6,3	6,7
Danmark	9,1	8,5	8,4	8,8	8,0	7,0	6,9	7,3
Spanien	5,4	6,7	7,5	7,6	4,3	5,3	5,3	5,4
USA	8,7	11,9	13,1	14,6	3,6	4,7	5,8	6,6
Frankrike	7,1	8,6	9,3	9,7	5,7	6,6	7,1	7,4
Grekland	6,6	7,4	9,7	9,5	3,7	4,0	5,2	5,0
Italien		8,0	8,1	8,5		6,4	6,0	6,4
Japan	6,4	5,9	7,6	-	4,6	4,6	6,1	-
Norge	6,9	7,7	7,7	8,7	5,9	6,4	6,5	7,4
Nederländerna	7,5	8,0	8,2	9,1	5,2	5,4	5,7 <sup>1</sup>	-
Portugal	5,6	6,2	9,2	9,3	3,6	4,5	6,4	6,5
Storbritannien	5,6	6,0	7,3	7,7	5,0	5,0	5,9	6,6
Sverige	8,8	8,2	8,4	9,2	8,4	7,5	7,2	7,9

<sup>1</sup> 2001 enligt OECD 2003

Källa: OECD/IRDES, 2004.

### Kapitel 3

## Varför och hur ska sjukvårdssystemen reformeras?

Den ekonomiska tillväxten under 1950- till 1970-talet och Keynes makroekonomiska politiska teorier gynnade sjukvårdssystemens spridning och utveckling. Efter mitten av 1970-talet började saker och ting att förändras då den ekonomiska tillväxten sjönk. Efterfrågan på sjukvård och vårdutbud ökade snabbare än sjukvårdens offentliga resurser. Beroende på system slutade detta antingen med en rationalisering av hälso- och sjukvården (i de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen, och med mycket långa väntelistor) eller med en okontrollerad ökning av kostnaderna och ständiga underskott (i sjukförsäkringssystemen). Det var först och främst för att råda bot på detta (sjukförsäkringssystemens underskott eller de väntelistor som uppstod då sjukvården rationaliserades) som reformerades av hälso- och sjukvårdssystemen infördes.

Med hänsyn till de svårigheter som uppstod på grund av gapet mellan kostnader och intäkter var tre vägar möjliga: Att tillföra mer resurser genom att höja de obligatoriska avgifterna, begränsa de offentliga utgifterna genom att rationalisera vården eller minska ansvarstagandet, eller förbättra systemets funktion genom att "använda pengarna bättre".

De olika modellerna som finns för att styra sjukvårdens utbud prioriterar antingen den ena eller den andra vägen, beroende på om regleringen sker genom förhandling, på marknaden eller i staten. De internationella organisationerna har nyligen försökt definiera den idealiska regleringsmodellen. Syftet med reformerna är inte bara att styra sjukvårdens efterfrågan eller utbud, kanske inte heller att förbättra sjukvårdssystemen, utan att omstrukturera dem för att anpassa dem till nya ekonomiska omständigheter.

### Kontrollera ökningen av de offentliga utgifterna

Att reformen av sjukförsäkringssystemet blev ett "skriande behov" berodde först och främst på att den ekonomiska och politiska ramen kring sjukvårdssystemen hade förändrats. Länges ansågs de ökade sjukvårdsutgifterna vara en ekonomisk tillväxtfaktor, men då de började minska i slutet av 1970-talet omvärderades de sociala utgifternas roll, och särskilt de offentliga sjukvårdsutgifterna. Pressen på ekonomin och budgeten tvingade fram reformer och lösningar. Om sjukvårdskostnaderna måste kontrolleras så är det för att det inte går att höja de sociala avgifterna eller den obligatoriska uppbörden längre.

**Kostnaderna ökar snabbare än intäkterna.** – Fram till mitten av 1970-talet sågs inte de ökade sjukvårdskostnaderna som något större problem. Den ekonomiska tillväxten var stark och en stigande andel av de offentliga resurserna avsattes till sjukvården. Utvecklingen av sjukvårdssystemen verkade gynna den ekonomiska tillväxten. Efter 1973 fick de västerländska ekono-

mierna dock lida konsekvenserna av två oljeshockar. De ekonomiska svårigheterna bidrog till att minska hälso- och sjukvårdssystemens intäkter. Minskade skatteintäkter på grund av den avstannande ekonomin, stagnerande löner varifrån de sociala avgifterna drogs, minskat antal betalande då arbetslösheten ökade. Samtidigt slutade inte sjukvårdskostnaderna att öka, bland annat tack vare en förbättrad tillgång på vård och medicinska framsteg. Sedan dess har hälso- och sjukvårdssystemen haft stora ekonomiska underskott, på grund av gapet mellan kostnader och intäkter, som började uppstå i 1970-talets början.

Det finns två lösningar på hälso- och sjukvårdssystemens underskott: Att anslå mer resurser eller minska kostnaderna, dvs. sänka ansvarsnivån (när det gäller sjukförsäkringssystemen) eller begränsa de totala kostnaderna genom att rationalisera den tillgängliga sjukvårdsvolymen (när det gäller de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen).

Till en början prioriterade regeringarna de åtgärder som var lättast att genomföra politiskt: Att anslå mer resurser. Under hela 1970- och 1980-talet fortsatte den obligatoriska uppbörden (skatter och sociala avgifter) avsedda att finansiera hälso- och sjukvården att öka i alla europeiska länder. I Sverige började landstingen att höja skatterna kraftigt för hälso- och sjukvården under 1960-talet, men också under 1970-talet. Höjningen av den obligatoriska uppbörden är lättare att genomföra politiskt då systemet finansieras med sociala avgifter. För arbetstagarna sker uppbörden av de sociala avgifterna inte på samma sätt som med skatterna. Det är sjukförsäkringsavgifter som tas ut och de ses som en garanti för rätten till hälso- och sjukvård av dem som har betalat dem.

För att alla ska få samma sjukdomsskydd är arbetstagarna beredda att betala mer sociala avgifter. Men folk vill däremot inte gärna se skatterna höjas, skatter som tycks försvinna i mängden av offentliga utgifter, utan att det går att se klart och tydligt hur de har använts. Därför har lösningen att höja den obligatoriska uppbörden för att utjämna det underskott som hade uppstått på grund av ökade sjukvårdskostnader snabbt visat sig vara en dålig lösning för de skattefinansierade offentliga hälso- och sjukvårdssystemen. Sedan slutet av 1980-talet har de brittiska och svenska regeringarna rationaliserat sina kostnader, vilket framgår av tabell 4 där man ser att de offentliga sjukvårdsutgifterna har stabiliserats och till och med minskat mellan 1980 och 1990 i Sverige, Danmark och Storbritannien. I de länder där sjukförsäkringssystemen dominerar har sjukvårdskostnaderna fortsatt att öka kraftigt under samma tid på 1980-talet, liksom sjukförsäkringsavgifterna. Det är den europeiska ekonomiska politikens utveckling som fått de kontinentala länderna i Europa att ändra sin politik och försöka kontrollera de stigande sjukvårdskostnaderna.

**Marknadskrafterna och den gemensamma valutan.** – I början av 1990-talet infördes den gemensamma marknaden och de europeiska länderna började förbereda sig för en gemensam europeisk valuta enligt Maastrichtfördraget (godkänt 1993). Denna nya omständighet tycks ha drabbat länderna i det kontinentala Europa mer där socialförsäkringssystemen finansieras med sociala avgifter.

Den gemensamma marknaden fick som effekt att den ekonomiska konkurrensen mellan de europeiska företagen blev större. Arbetskraftkostnaden blev den avgörande faktorn i denna konkurrens. Alla ytterligare höjningar av de sociala avgifter som betalades av arbetsgivarna (på bruttolönen) sågs som ökade arbetskraftkostnader. Samtidigt hade de flesta länderna i det kontinentala Europa under 1970- och 1980-talet klarat sina ökade sjukvårdskostnader genom att höja skatterna och de sociala avgifterna, vilket var en lösning som blev allt svårare att tillämpa.

Den gemensamma valutans förberedelser och genomförande har också drabbat reformerna. Anslutningen till den gemensamma valutan krävde att hänsyn måste tas till vissa ekonomiska konvergenskriterier i Maastrichtfördraget. Det handlar bland annat att minska inflationen och hålla det offentliga underskottet under 3 % av BNP. Stabilitets- och tillväxtpakten, som antogs då euron infördes 1997, kräver också den att staternas underskott och statsskulder måste kontrolleras. Pakten anger för övrigt att de offentliga utgifterna bör kontrolleras bättre.

Både den gemensamma marknadens och den gemensamma valutans införande krävde med andra ord en minskning av de offentliga underskotten och offentliga utgifterna eller att den sistnämnda åtminstone inte ökade mer. Bland dessa var det de sociala utgifterna och i synnerhet sjukvårdsutgifterna som ökade mest. Det är i detta sammanhang som reformerna för minskade sjukvårdskostnader började bli fler och fler. Så många europeiska länder (i huvudsak de på kontinenten) reformerade sina hälso- och sjukvårdssystem kring 1990: Dekkerplanen 1987, Simonsplanen 1994 i Nederländerna, Seehoferreformen i Tyskland 1992 och Juppéplanen 1995 i Frankrike.

Det bör påpekas att det bara är då man anser att det inte går att höja de sociala avgifterna eller skatterna för att finansiera de stigande sjukvårdskostnaderna som det blir ett problem. Att höja nivån på de sociala avgifterna och skatterna är nu förbjudet på grund av olika EU-åtaganden och dit tillhörande makroekonomiska politiska riktlinjer. Denna monetaristiska och neoklassiska politik grundar sig på en ortodox budgetsyn, dvs låg skuld- och underskottsnivå, låg ränta och låg inflation och på en åtstramning av de offentliga utgifterna. Åtgärderna för att minska sjukvårdsutgifterna har i första hand vidtagits på grund av olika gemensamma ekonomiska vägval inom Europeiska unionen.

Följaktligen måste man försöka förstå varför sjukvårdskostnaderna ökar för att kunna avgöra om och hur de går att kontrollera.

### **Faktorerna bakom de stigande sjukvårdskostnaderna**

1960 var industriländernas sjukvårdskostnader mindre 4 % av BNP, nu ligger de på närmare 9 %. Sjukvårdskostnaderna har med andra stigit i fyrtio års tid. Många studier har gjorts om denna fråga: Varför ökar sjukvårdskostnaderna? Studierna har visat att den viktigaste faktorn

bakom den överdrivna ökningen av sjukvårdskostnaderna var att den höga levnadsnivån ökade efterfrågan på hälso- och sjukvård. Åldrandet, som ofta brukar hävdas vara en faktor, var det inte. Den tekniska utvecklingen tenderar till att få kostnader att öka. Institutionella faktorer som rör hur vårdutbudet är organiserat bör också beaktas.

**Ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård.** – Befolkningens levnadsnivå i industriländerna har ökat under de senaste femtio åren. Den högre levnadsnivån är den främsta orsaken till de ökade sjukvårdskostnaderna. Ju rikare ett samhälle är desto större vikt fästs vid hälsan och desto mer medel tillägnas den. Det är sagt att hälsan är en viktig tillgång: Efterfrågan på hälso- och sjukvård ökar i takt med levnadsnivån. I Frankrike har det påvisats att då en inkomst ökar 1 % ökar sjukvårdsutgifterna 1,25 % och att sjukvårdsutgifterna i Frankrike ökade 41 % mellan 1970 och 1995 på grund av de franska hushållens högre inkomster.<sup>45</sup> I Sverige blev denna inkomstefekt 1,4 mellan 1963 et 1976 (då BNP ökade 1 % ökade sjukvårdsutgifterna 1,4 %).<sup>46</sup>

Om hälsan är en viktig tillgång, och om ett samhälle blir rikare och rikare, är det logiskt att fler resurser läggs på hälsan. Vissa förespråkar en fortsatt höjning av de sociala avgifter och skatter som läggs på hälsan för att klara den växande efterfrågan på hälso- och sjukvård för att följa en logisk samhällsutveckling. Vi har kunnat konstatera att denna tendens dock verkar strida emot den ekonomiska politiken, som nu är angelägen om att hålla de offentliga kostnaderna nere. I Sverige har dock de summor som läggs på hälso- och sjukvård ett klart samband med den ekonomiska konjunkturen. I tider av tillväxt ökar sjukvårdskostnadernas andel av BNP (som under de senaste åren), i tider av ekonomisk stagnation eller tillbakagång stabiliseras denna andel (se tabell 4). I Sverige tycks man anse att det går bra att lägga mer pengar på hälso- och sjukvård om den ekonomiska tillväxten tillåter det.

Definitionen av vad som menas med sjukvårdsutbud verkar dock förändras i takt med att utbudet ökar. Rika människor vill obehindrat kunna dra nytta av de medicinska framstegen och en bättre sjukvård. Men det handlar också om en ändring av den konsumtionsinriktade hälsan, som går från väntan på bot till krav på ett friskt liv, utan lidande och besvär, till och med lite extra skönt och bekvämt tack vare hälso- och sjukvården. Följaktligen ställer man sig frågan om det allmänna borde ta hand om bekvämlighetsvård eller lyxvård. Kostnaderna tycks ju aldrig upphöra att stiga, vilket inte är fallet med de allmänna medel som finns avsatta för det. Då infinner sig tanken att det kollektivas sjukvårdsansvar borde begränsas och individerna själva (och privata försäkrade) få ta ansvar för ej nödvändig hälso- och sjukvård, med risken att den ojämlika tillgången till hälso- och sjukvård ökar.

Under de senaste femtio åren har inte bara levnadsnivån höjts utan också hälso- och sjukvårdssystemets täckning av sjukdomsrisker. Efterfrågan på hälso- och sjukvård anses också stimuleras av den utökade socialförsäkringen som ger gratis eller nästan gratis tillgång till sjukvård.

<sup>45</sup> L'Horty *et al.*, 1997.

<sup>46</sup> Heidenheimer *et al.*, 1980, sid.210.



Vi har redan nämnt införandet i Frankrike av en patientavgift för att få konsumenterna att ta ansvar. Antagandet är att vårdkonsumenten, i frånvaro av individuella direkta kostnader, (eller helt enkelt omedveten om vårdens verkliga kostnad), betalar "utan att tänka" och så ökar vårdkonsumtionen okontrollerat. För att få patienterna att ta ansvar måste antagligen patientavgifterna höjas ytterligare.

Flera studier har visat att ett utökat och avgiftsfritt socialt trygghetssystem inte kan förklara de ökade sjukvårdskostnaderna.<sup>47</sup> Det är snarare så att det svaga offentliga ansvaret för primärvård i Frankrike (tack vare höga patientavgifter) inte drog ner konsumtionen av sådan vård (det är ju primärvårdens kostnader som ökar snabbast). Man kan dock fråga sig om den relativt dämpade vårdkonsumtionen i Sverige under de svåra åren inte också har samband med att det fanns patientavgifter.

*Åldrandet.* – Om sjukvårdsutgifterna förr i huvudsak gav högre levnadsnivå, så brukar man nu hänvisa till den allt äldre befolkningen när man tillkännager kommande höjningar av sjukvårdskostnaderna. De europeiska ländernas befolkning har blivit äldre: Människor lever längre och längre och antalet äldre eller gamla människor i befolkningen blir bara fler och fler. De stora åldersklasserna som föddes efter 1945 (babyboomen) har börjat bli gamla och därmed kommer antalet äldre i befolkningen att öka (man talar om en pappaboom). Antalet äldre än 65 år i de femton gamla EU-länderna kommer att öka från 61 miljoner 2000 till ungefär 103 miljoner 2050. Antalet äldre än 80 år kommer att öka från nästan 14 miljoner 2000 till ungefär 38 miljoner 2050<sup>48</sup>. I Frankrike utgjorde personer äldre än 65 år 16 % av befolkningen 2000, de kommer att utgöra 20,9 % 2020 och 28 % 2040.<sup>49</sup> Personer äldre än 80 år utgör 4 % av dagens franska befolkning. Deras antal kan komma att öka från 2,2 miljoner 2000 till 4 miljoner 2020 och nästan 7 miljoner 2040<sup>50</sup>. I Sverige började befolkningen åldras tidigare än någon annanstans. 2001 var 18,3 % av befolkningen yngre än 15 år, 64,5 % mellan 15 och 65 år och 17,2 % äldre än 65 år, (andelen kan komma att bli 25 % av befolkningen 2030).

Uppfattningen om att sjukvårdskostnaderna kommer att öka på grund av åldrandet utgår från en analys av sjukvårdskostnader uppdelade på åldersgrupper i en befolkning. En persons sjukvårdskostnader är ganska höga i den tidiga barndomen, därefter minskar de under tonåren och den första vuxenåldern, innan de ökar snabbt i 50-årsåldern. Kostnaderna är starkt koncentrerade till de två sista levnadsåren och särskilt till de tre till sex månaderna före döden.

Med ett strikt matematiskt resonemang förespås att om antalet äldre kommer att öka under de kommande femtio åren, och om de får den största andelen av sjukvårdskostnaderna, kommer sjukvårdskostnaderna att öka lika mycket. Detta resonemang har dock inte prövats tidigare, varken i Sverige, där åldrandet har präglat 1990-talet, en tid av bantade sjukvårdskostnader,

<sup>47</sup> L'Horty, 1997 ; Majnoni d'Intignano, 2001, sid. 193.

<sup>48</sup> EU-KOMMISSIONEN, 2003.

<sup>49</sup> Grignon, 2003.

<sup>50</sup> Martin, 2003.



eller i Frankrike.<sup>51</sup> Man glömmer att vi åldras friska. Om sjukvårdskostnaderna koncentreras till livets sista skede, samtidigt som vi lever längre friska, kommer denna sista tid att ligga längre fram i tiden, men inte öka. Samtidigt som Europeiska kommissionen, med hjälp av ett sådant matematiskt resonemang, förespår en ökning av sjukvårdskostnaderna med mellan 1,7 och 3,9 punkter av BNP på grund av åldrandet,<sup>52</sup> beräknar Michel Grignon för Frankrikes del att åldrandet endast medför en begränsad ökning, mellan 0,7 och 0,9 punkter av BNP.<sup>53</sup> Detta fenomen används ofta för att rättfärdiga förslag till reformer, men det finns inget som säger att åldrandet skulle få en så stor effekt på sjukvårdskostnaderna.

Det ökande antalet äldre än 80 år kommer dock att innebära ett stigande behov, inte så mycket av sjukvård, utan framför allt av äldreomsorg som stöd i hemmet och servicehus. Detta är något som kommunerna i Sverige har svarat för sedan 1992. I och med ålderdomen kommer allt fler att behöva hjälp för att klara sin dagliga livsföring. En åldrande befolkning handlar med andra ord främst om frågan om ansvaret för äldreomsorgen. Den behandlas olika beroende på i vilket system för social trygghet man befinner sig. I länderna i Sydeuropa låter man de anhöriga ta ansvar för den saken, de nordiska länderna har mångdubblat sina stödtjänster (nästan gratis) och länderna i det kontinentala Europa har infört tjänster in natura och låter stödberoende personer välja mellan att bo på servicehus eller få en betald hemhjälp eller betalt stöd från en anhörig (*Pflegeversicherung* i Tyskland, *Allocation personnalisée d'autonomie* – APA i Frankrike). Behoven skulle anstränga de offentliga finanserna mycket mer om de sociala trygghetssystemen tog ansvar för denna fråga istället för att låta anhöriga sköta den. Europeiska kommissionen uppskattade 2003 att åldrandets betydelse för långvårdskostnaderna i första hand skulle drabba de nordiska länderna.<sup>54</sup>

Åldrandet kräver framför allt en omdefiniering av den planerade vården, liksom ökade kostnader för den sociala service som rör beroendestöd. Den stigande efterfrågan på vård verkar med andra ord i första hand bero på den höjda levnadsnivån. Med samma levnadsnivå och andel äldre befolkning (högre i Sveriges fall) anslår vissa länder dock mindre pengar till sjukvård än andra för likadant eller bättre sjukvårdsresultat. I Sverige (där BNP per invånare är 26 052 \$ i jämförbar köpkraft)<sup>55</sup> anslås nästan en punkt mindre av BNP till hälso- och sjukvård än Frankrike (där BNP per invånare är helt jämförbar: 26 879 \$), men med avsevärt bättre sjukvårdsresultat (se föregående kapitel).

Den stora skillnaden mellan Frankrike och Sverige är Frankrikes relativt rika vårdutbud och totala frihet för patienter och läkare, något som garanterar en mycket lättillgänglig hälso- och sjukvård och ganska liten förekomst av väntelistor. Det är möjligt att en del av det som folk

<sup>51</sup> L'Horty et al., 1997. (1997) visade att en åldrande befolkning inte alls kunde förklara de ökade sjukvårdskostnaderna i Frankrike mellan 1970 och 1995.

<sup>52</sup> CPE, 2003.

<sup>53</sup> Grignon, 2003.

<sup>54</sup> Om denna fråga, se Martin, 2003.

<sup>55</sup> OECD, 2003.

önskar sig då de blir rikare är en större valfrihet och en snabbare tillgång till vård. För övrigt har utvecklingen av sjukförsäkringar i Sverige eller i Storbritannien (än så länge blygsamma) i huvudsak handlat om att låta dem som betalar sådana försäkringar få tillgång till privata konsultationer direkt utan väntelistor. Svårigheterna med reformerna är alltså att veta om man kollektivt vill kunna garantera en stor frihet åt patienter och sjuka, vilket ger en kostnad som inte har något samband med hälso- och sjukvårdssystemens resultat.

Om man bara resonerar utifrån efterfrågan på vård finns det bara två alternativa lösningar för en reform av hälso- och sjukvården: att anslå fler resurser för att finansiera den stigande efterfrågan på vård eller att inte finansiera den stigande efterfrågan på vård kollektivt, antingen genom att rationalisera vården (de offentliga hälso- och sjukvårdssystemens väntelistor) eller genom att begränsa det offentliga ansvaret för sjukvårdskostnaderna och låta individerna (och marknaden) ta ett större ansvar för dem. Men sättet på vilket sjukvårdsutbudet utvecklas och organiseras har också påverkat sjukvårdskostnaderna. Att ändra utbudsfaktorerna skulle kunna ge mer plats för reformer.

**Vårdutbudets betydelse.** – När det gäller vårdutbud är det framför allt med hänvisning till *de medicintekniska framstegen* som man kan förklara de ökade sjukvårdskostnaderna. De medicinska framstegen började på 1800-talet. Under 1950-talet gjorde stora framsteg det möjligt att utveckla antibiotika och vacciner. Under 1960-talet började transplantationerna att öka, under 1970- och 1980-talet kom de psykotropiska medlen och medicinska avbildningsmekanismer (skannrar och magnetröntgen) och i slutet av 1900-talet gjordes framsteg med den minimalt invasiva kirurgin. I morgon blir det säkert genmedicinen som kommer att göra stora framsteg.<sup>56</sup>

Vi vet att sjukvårdskostnaderna har blivit allt viktigare när det gäller hälso- och sjukvårdskostnadernas dagersättningar. Det beror på de medicinska framstegen, vilket har gjort sjukvården bättre och bättre, och dyrare. L'Horty m.fl. har beräknat att de medicintekniska framstegen svarar för 26 % av ökningen av hälso- och sjukvårdens kostnader mellan 1970 och 1995 i Frankrike: "De medicinska framstegen medför allmänt sett inte minskade utan ökade kostnader samtidigt som vården förbättras [...] Den offentliga finansieringen gynnar högkvalitativ men dyr teknik."<sup>57</sup> En teknisk innovation, som ofta är dyr att framställa, kan få hälso- och sjukvårdskostnaderna att minska. Den är effektivare och vårdar bättre, och därför sjunker hälso- och sjukvårdskostnaderna. Vissa innovationer, som upptäckten av ett vaccin, kan bidra till väsentligt minskade kostnader (eftersom de nästan utrotar sjukdomen).

Den tekniska utvecklingens vinstmarginal har blivit allt mindre för de dyraste teknikerna. De tekniska nyheterna ersätter inte alltid de tidigare mindre lönsamma tillvägagångssätten (skannern ersätter inte röntgen). De medicinska framstegen ger ett kvalitetstillskott, vilket

<sup>56</sup> Majnoni, d'Intignano, 2004.

<sup>57</sup> L'Horty *et al.*, 1997, sid. 261-262.

ger sjukvården fler arbetsuppgifter och får kostnaderna att öka. Tack vare de medicintekniska framstegen blir sjukdomar som tidigare var dödliga istället kroniska (till exempel AIDS ) och behöver därför vård under längre tid. Den ökade livslängden, bland annat tack vare tekniska framsteg, innebär att degenerativa sjukdomar fördubblas, vilka är långvariga och dyra att sköta.

Det går inte att säga att samhället inte har råd med de medicinska framstegen för då kan inte de sjuka dra nytta av den nya tekniken. Patienter vill kunna utnyttja medicinska framsteg. Läkare vill använda sig av alla medel för att rädda liv. Ökade hälso- och sjukvårdskostnader på grund av medicinska framsteg tycks oundvikliga. Frågan är om och hur det allmänna kan finansiera allas tillgång till dessa framsteg. Vissa offentliga hälso- och sjukvårdssystem har tenderat att dröja, ibland begränsa spridningen av de medicinska framstegen, eller begränsa tillgången för vissa befolkningskategorier. Det gäller särskilt i Storbritannien. Det handlar delvis om att hindra läkarkåren att ordinera dyr vård i onödan, dvs. styra det fenomen som kallas härledd efterfrågan.

*Härledd efterfrågan.* – Relationen mellan läkare och patient är en asymmetrisk relation där endast läkaren har tillgång till nödvändig information (när det gäller diagnos och åtgärder). Läkaren kan därför skapa en efterfrågan (härleda) på vård hos patienten på konstgjord väg, utan att den behövs. Patienten litar på att läkaren kan bota honom eller henne. Läkaren handlar i den sjukes sak, i förhållande till sin yrkesetik, men också i förhållande till andra motiv (som att höja sina eller annan sjukvårdspersonals inkomster).

Vissa konsultationer, förskrivningar och behandlingar kan verka onödiga för den sjukes behov, men de kan öka läkarens inkomster (på samma gång som det ökar hälso- och sjukvårdskostnaderna) om arvodesformen tillåter det. Det finns flera indikatorer på att det förekommer rutiner som inte kan förklaras av de sjukas behov. Läkemedelsförskrivningarna är två till tre gånger högre i Frankrike än hos våra europeiska grannar, utan att hälsoresultatet skulle vara bättre. I USA är läkemedlen fyra gånger dyrare än i Frankrike, och amerikanerna konsumerar fyra gånger mindre läkemedel än fransmännen. Den troligaste förklaringen är att då läkemedlen är billigare i Frankrike än någon annanstans, uppmuntrar läkemedelsindustrin läkarna att förskriva mer läkemedel för att få förskrivna volymen att kompensera det låga priset. De franska läkarna har dessutom ökat antalet vårdinsatser (och ökat hälso- och sjukvårdskostnaderna) på grund av att deras arvoden stod still under flera år före 2003, för att kunna behålla, och till och med höja, sin levnadsnivå. Ekonomerna talar om anpassade volymer på grund av att priserna är fasta (och/eller låga). Men vart tar den sjukes intressen och behov vägen (och sjukförsäkringens) i sådana ekonomiska mekanismer?

Flera studier har visat att läkarnas beteende först bestämdes av deras vilja att tillfredsställa de sjukas behov och av deras yrkesetik. De har dock visat att beteenden som grundar sig på mer ekonomiska motiv är lika vanliga som de är tillåtna av hälso- och sjukvårdssystemet.

Som Christian Prieur har sagt:<sup>58</sup> "Sjukförsäkringen, som finansierar medicinska varor och tjänster, garanterar vårdpersonalens inkomster: De har med andra ord ett intresse av att höja sina inkomster genom att skapa kostnader som ändå kommer att återbetalas till de försäkrade. Denna befogenhet hos vårdapparaten att väcka sin egen efterfrågan, samtidigt som man skapar utbudet, beror på de vida ramarna som verksamheten och dess bestämmelser får. Dessa vida ramar är stora i Frankrike. Därför är principen om fri medicinsk yrkesutövning – läkarens etableringsfrihet, patientens fria läkarval, läkarens fria forskrivningsrätt, den sjukes direkta betalning av arvudet – inte förenlig med en offentlig finansiering om den ses som obegränsade återbetalningar."

Följaktligen kan *systemets organisation och förvaltning* själv vara en faktor för ökade hälso- och sjukvårdskostnader. Låt oss repetera de mekanismer som gör den fria medicinska yrkesutövningen till en källa till inflation av sjukvårdskostnaderna.

Patientens valfrihet ger upphov till ett kringvandrande bland läkare, eller åtminstone ökar hotet om byte av läkare beroende på dennes benägenhet att förskriva läkemedel för att göra sin kund nöjd och få honom eller henne att stanna kvar.

Betalning per vårdinsats ger läkaren möjlighet att själv bestämma sin inkomst. Läkaren kan öka antalet konsultationer för att behålla eller höja sin inkomst. En studie som jämför de olika hälso- och sjukvårdssystemen i OECD visar att ett system med betalning per vårdinsats får sjukvårdskostnaderna att öka med 11 % jämfört med andra betalningssätt.<sup>59</sup>

Fri etableringsrätt gynnar en ojämlik geografisk fördelning av läkare. Detta medför sämre arbetsvillkor på platser där läkartätheten är låg. Och där läkartätheten är hög "låter läkarna patienterna konsumera mer vård"<sup>60</sup> istället för att sänka priset för att klara konkurrensen.

Den sjukes direkta betalning av arvudet gör att läkarna i sektor 2 i Frankrike, som själva får bestämma sitt arvode, kan ta för mycket betalt. Detta ger höjda totalkostnader för hälso- och sjukvården. Den direkta betalningen av arvode (eller avgift) ger också en mer ojämlik tillgång till vård: Betalning av avgifter är som ett dolt fel för låginkomsttagare som måste senarelägga sitt sökande av vård, och uppsöka sjukhuset, varvid kostnaderna blir högre.

Vi har också kunnat konstatera att olika betalningssätt på sjukhuset och läkemedlens olika finansieringsformer har skapat olika slags incitament.

Systemets organisationsform kan alltså i sig själv ge upphov till hälso- och sjukvårdskostnader som inte har något större samband med befolkningens hälsobehov. Möjligheten att reglera hälso- och sjukvårdssystemets verksamhet ger utrymme för reformer. Innan man frågar sig om

<sup>58</sup> Rådgivare vid Frankrikes revisionsverk, vid en kurs i Hälso- och sjukvårdssystem – Vårdkvalitet på fria läkarförbundet URML i Languedoc-Roussillon, i februari 2003.

<sup>59</sup> Gerdtham, 1992, citerad av L'Horty *et al.*, 1997, sid. 260.

<sup>60</sup> Ibid.

de sociala avgifterna måste höjas eller återbetalningsdelen sänkas för att lösa sjukförsäkringens kris, måste man titta på vilken regleringsform som skulle kunna tillämpas.

## Olika modeller för styrning av hälso- och sjukvårdens utbud

Problemen är mer akuta i Frankrike, där ingen aktör varken har några egentliga medel eller lust att styra primärvårdens läkare. Ändå har andra länder lyckats relativt väl att införa styrning av vårdutbudet. En sådan styrning sker med förhandlingar i Tyskland, av marknad och försäkringsgivare i USA och av stat och tvång i Storbritannien. Styrningen kan både gälla den medicinska utövningen som definition av god praxis och goda rutiner och de ekonomiska resursernas storlek och användning.

**Förhandling, marknad eller stat? De offentliga regleringsmodellerna.** – Varje land tillämpar sitt eget styrsystem för hälso- och sjukvården. Beskrivningen av läkaryrket och systemets organisationsformer som getts i de tidigare kapitlen underlättar en förståelse av de olika styrformerna.

*Den tyska förhandlade regleringen.* – De tyska läkarnas relativa enighet, systemet med regionala förbund med försäkringsanslutna läkare (som företräder och avlönar läkarna och budgetförhandlar), fri prissättning och arbetsmarknadsparternas självförvaltning gör att det tyska systemet ständigt är under förhandling. De försäkringsanslutna läkarna, vars frihet fortfarande gäller, har accepterat att delvis ansvara för de allmänna medlens förvaltning. Läkarnas företrädare deltar därför i de budgetförhandlingar som avser hälso- och sjukvården, då arvodets storlek bestäms inom den begränsade budgetramen i förhållande till läkarnas totala verksamhet. Läkarna godtar också att deras verksamhet regleras och kontrolleras om det sker via ett organ som är sammansatt av läkare och deras företrädare (regionala läkarförbundet).

*Marknadens reglering.* – I USA är vårdutbudet i huvudsak privat, 75 % av amerikanerna täcks av en privat sjukförsäkring. Därför låter man marknaden sköta regleringen av systemet, via de mekanismer som reglerar utbud och efterfrågan (mellan läkare och privata försäkringsgivare). Här ingriper staten bara för att ta ansvar för marknadens svaga punkter, framför allt de värsta ojämlikheterna, och vara försäkringsgivare för fattiga (programmet *Medicaid* och *SCHIP*) och för gamla (där vårdkostnaden överstiger de ekonomiska möjligheterna hos en individ men även hos en privatförsäkring – programmet *Medicare*).

Man skulle kunna tro att utbud och efterfrågan regleras på hälso- och sjukvårdens marknad. Om utbudet är för stort, eller för dyrt, borde efterfrågan pressa ner priserna på konsultationer och vård som på en vanlig marknad för varor och tjänster. Men det är inte så. På grund av det medicinska utbudets förmåga att väcka efterfrågan fortsätter priserna att vara höga och aktörerna många.

De som måste stå för kostnaderna för detta, de privata försäkringsgivarna, har försökt reglera saken. Den mycket kraftiga ökningen av sjukvårdskostnaderna i USA har drabbat försäkringsgivarnas lönsamhet. Försäkringsgivarna har, särskilt under 1990-talet, börjat delta i vårdutbudets organisation, dels genom att inrätta integrerade vårdkedjor och dels genom att införa vissa medicinska rutiner. Nu måste alltför många läkare ta hänsyn till vårdbestämmelser och vårdrutiner som försäkringsgivarna har definierat i samarbete med läkarna, om de vill att deras kunder ska fortsätta att vara försäkrade. I nästa kapitel kommer vi att återkomma till denna amerikanska paradox som började med en strävan mot stor frihet och slutade med en allt strängare kontroll av de medicinska rutiner som införts på grund av försäkringsgivarnas oro för sin lönsamhet.

*Den statliga regleringen.* – I de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen styr statens finansärer regleringen. Den kan ta sig ganska radikala uttryck. Det kan gälla fastställande av obligatoriska medicinska rutiner som kontrolleras och sanktioneras, budgetbegränsningar och organisation av de bristande resurserna. I Storbritannien godkänner parlamentet NHS:s budget och anger riktlinjer, som hälso- och sjukvårdsministern måste driva igenom. ”Mycket dyra ingrepp som dialys och njurtransplantationer beslutas på grundval av analyser av kostnadseffektivitet eller kostnadsnytta som kan leda till att man avstår då den sjuke är för gammal eller för sjuk.”<sup>61</sup> För att fatta sådana beslut rådgör ministern med ett offentligt organ, NICE (*National Institute for Clinical Excellence*), som talar om ifall NHS bör låta hela befolkningen omfattas av viss vård eller vården endast erbjudas enligt vissa indikationer eller vissa befolkningsgrupper<sup>62</sup>.

Att fastställa en budget i förväg medför en begränsning av de offentliga kostnaderna som är avsedda för hälso- och sjukvården, men tvingar fram en kvantitativ rationalisering av vården. På grund av otillräckliga resurser tvingas sjukhusen att sätta patienterna på långa väntelistor till behandlingar som inte är akuta. De långa väntelistorna har uppfattats som en de offentliga sjukvårdssystemens svagaste punkter. Det har inte bara tolkats som tecken på bristande finansiering, utan framför allt på ineffektivitet eftersom systemet inte uppmuntrar aktörerna till effektivitet (särskilt på grund av att arvudet är fast oberoende av aktivitet).

Internationella jämförelser visar att det går att reglera vårdutbudet. Ändå tycks Frankrike vara oförmöget att välja en regleringsmodell för sin primärvård. Det finns dock flera tänkbara lösningar, allt från förhandlingar med finansärer och läkare, till marknaden eller staten. De internationella organisationerna har försökt utforma en optimal modell för reglering av hälso- och sjukvårdskostnaderna, som grundar sig på en blandning av de två sistnämnda lösningarna.

**En global reformmodell.** – Då hälso- och sjukvårdens försök att reformera sina system har flerdubblats under 1990-talet har de internationella organens deltagande i debatten blivit allt

<sup>61</sup> Majnoni d'Intignano, 2001, sid. 88.

<sup>62</sup> EOHCS, 2002.



större. Vid sidan av Världshälsoorganisationens (who) förväntade deltagande började nya internationella organisationer ge sin syn på saken under 1980-talet och presentera modeller och politiska recept i hälsofrågor. Det handlar främst om finansiella institutioner som Internationella valutafonden (IVF) och Världsbanken, men framför allt Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD).

Förklaringen till de finansiella institutionernas intresse för hälsoområdet är främst budgetmässig. Keynes gjorde ökade offentliga kostnader och offentliga underskott till politisk-ekonomiska instrument. Det kunde medföra tillfälliga underskott. Som en reaktion mot detta jagade de ortodoxa ekonomerna, bl a IVF, Världsbanken och OECD underskott och stigande offentliga kostnader. Därför ingriper de finansiella institutionerna på områden med mycket höga offentliga kostnader och försöker begränsa dem. Bland de offentliga kostnaderna är det hälso- och sjukvårdskostnaderna som ökar mest. De anses vara huvudorsaken till de offentliga underskotten.

OECD gör sedan början av 1990-talet internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdssystemen. Dessa studier visar att de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen är mycket billigare än sjukförsäkringssystemen. Men de visar också en bristande effektivitet i dessa system. De har långa väntetider och saknar lyhördhet för patienters behov. Studierna visar slutligen att de offentliga systemen inte själva klarar en ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård och att en del av sjukvårdskostnaderna måste läggas ut på marknaden, då de privata försäkringsgivarna får ansvara för att täcka och reglera dem. Följaktligen grundar sig den rekommenderade globala reformmodellen på en hybrid. Den prioriterar det offentliga hälso- och sjukvårdssystemets typiska struktur, samtidigt som marknadsmekanismer införs för att uppmuntra till effektivitet. Viss ej livsviktig vård privatiseras utanför systemet.<sup>63</sup>

Denna modell har anammats av Europeiska kommissionen, som i april 2004 startade en verksamhet för samordning av hälso- och sjukvårdssystemens reformer i Europa. Sedan 2000 försöker EU:s institutioner faktiskt att följa upp reformerna av de offentliga sociala trygghetssystemen genom att tillämpa något som man har kommit överens om att kalla "öppna samordningsmetoden". Medlemsstaterna har kommit överens om att tillsammans utarbeta gemensamma mål för den sociala trygghetens reformer. Detta förfarande inleddes 2001 med pensionerna.

Från och med 2004 har man på allvar börjat med hälsofrågorna. Europeiska ministerrådet för sociala frågor och Europeiska kommissionen har kommit överens om tre huvudmål för strukturer av hälso- och sjukvårdssystemens reformer. Det handlar främst om att säkerställa en jämlik tillgång för alla till hälso- och sjukvård, oberoende av inkomst och hälsotillstånd. Det handlar därefter om att garantera vårdens kvalitet. Med "kvalitet" menas här det bästa förhållandet mellan kostnad och effektivitet. Det handlar till slut om att se till att hälso- och

<sup>63</sup> Pierru, Serré, 2001.



sjukvårdssystemen är finansiellt hållbara. När det gäller pensioner söker sig ett växande antal till privata pensionsförsäkringar för att lätta på trycket på de offentliga finanserna. Man kan lätt få den uppfattningen att de europeiska ekonomiska aktörerna vill främja en utveckling av privata sjukvårdsförsäkringar både för att spara in på offentliga kostnader och för att skapa en ny marknad för tjänsteföretagen. Därför verkar det tredje målet strida mot det första.

Dessa riktlinjer är uttryck för en vilja att modernisera och förbättra den sociala tryggheten. Det handlar särskilt om att anpassa den ekonomiska politik som inte längre följer Keynes och som är inriktad på utbud istället för efterfrågan och på företagens konkurrenskraft, arbetsmarknadens flexibilitet och lägre sociala avgifter. Denna politik föredrar marknadsmekanismer som styrinstrument. På hälso- och sjukvårdens område prioriterar dessa riktlinjer konkurrensen som ett sätt att reglera hälso- och sjukvårdens efterfrågan och utbud. Att använda sig av marknadsmekanismer, paradoxalt inom hälso- och sjukvård där vi vet att konkurrens ger höga kostnader och ojämlikhet, är dock en allmän tendens hos de olika reformerna av de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen.

# Hälso- och sjukvårdssystemens reformer

Under de senaste tjugo åren har alla hälso- och sjukvårdssystem reformerats. Vilken typ av reform som införts beror på systemet. I de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen har det handlat om införande av konkurrens mellan vårdleverantörer för att förbättra systemets effektivitet. I USA har det gällt påtryckningar om reglering från försäkringsgivare och vårdkedjor. I vissa sjukförsäkringssystem har det handlat om kostnadskontroll och konkurrens mellan kassor. Ett gemensamt drag mellan dessa reformer är tendensen att avreglera hälso- och sjukvårdssystemen.<sup>64</sup>

## De offentliga hälso- och sjukvårdssystemens marknad

De offentliga hälso- och sjukvårdssystemen har alltid fått uppleva marknadsmekanismer, först i Storbritannien och sedan i Sydeuropa och de nordiska länderna.

**De brittiska reformerna.** – I Storbritannien har den stränga kontrollen av det nationella sjukvårdssystemets (NHS) statsbudget medfört att vissa kostnadsökande faktorer har kunnat bemästras. Detta har dock fått som resultat att NHS är underfinansierat, något som förvärrades i och med Margaret Thatchers budgettätstramningar. I slutet av 1980-talet fann en parlamentarisk kommission en skillnad på två miljarder pund mellan den faktiska kostnadsnivån och den kostnadsnivå som gällde för landets vårdbehov. Allt fler läkare klagade över sina arbetsvillkor samtidigt som väntelistorna aldrig upphörde att växa. Antalet patienter som väntade på sjukhusvård ökade från 622 000 år 1982 till 915 000 år 1992.

I slutet av 1980-talet tvingades Thatchers regering efter stora påtryckningar att "rädda NHS". För att hörsamma dessa krav gjordes då en fullständig omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet 1991. Bland alternativen fanns en möjlighet att införa ett sjukförsäkringssystem där sociala avgifter skulle finansiera behoven. Finansministeriet motsatte sig detta förslag, med förklaringen att kontrollen av kostnaderna skulle bli svårare, då regeringen inte längre fick någon direkt kontroll över hälso- och sjukvårdsbudgeten. Regeringens lösning blev till slut att höja det offentliga hälso- och sjukvårdssystemets anslag och införa marknadsmekanismer i systemet. Denna amerikanskinspirerade idé var att låta sjukhusen konkurrera med varandra för att tvinga dem att förbättra sina resultat, särskilt väntetiderna. Tolkningen av svårigheterna i det brittiska systemet utgick från en kritik av den byråkratiska verksamheten, som inte uppmuntrade till resultatförbättring, vilket marknadsmekanismerna borde kunna ändra.

<sup>64</sup> Jämförelsen av dessa reformer grundar sig på en genomgång av en rad rapporter från Europeiska kommissionen, CREDES, IGAS, OECD, WHO, MIRE:s jämförelser och arbeten av P. Hassenteufel, D.-C. Lambert, B. Majnoni d'Intignano och P. Volovitch.

Reformen bestod i huvudsak av att skilja på två slags aktörer i systemet, köpare och säljare av hälso- och sjukvård. På engelska kallar man detta *purchaser provider split*. Efter reformen blev distriktens hälso- och sjukvårdsmyndigheter och allmänläkarna budgetförvaltare (*GP fund-holders*) köpare av vård (*purchasers*) för sina patienters räkning, och sjukhusen organiserades som konkurrerande stiftelser, finansiellt oberoende och ansvariga vårdleverantörer (*providers*). I ett system som fortfarande finansieras av staten konkurrerar alltså vårdleverantörerna med varandra. Köparna tar kontakt med olika sjukhus och förhandlar om olika aktiviteter då sjukhusen ingår avtal om gällande leveranstider och priser. Sjukhusens medel kommer därmed delvis från vårdköparna med vilka de ingår avtal, inte längre från staten.

Denna reform har bara minskat väntetiderna lite. 2001 fanns det fortfarande en miljon briter inskrivna på väntelistor, varav 30 000 hade väntat mer än tolv månader. Men reformen har fått sjukvårdskostnaderna att öka (+ 6,8 % 1992 jämfört med 1991 och + 6,2 % 1993 jämfört med 1992). Reformen har faktiskt ökat och förändrat de budgetansvariga allmänläkarnas arbetsuppgifter, vilka fick ägna en del av sin tid åt att upprätta avtal och administrera den budget som de fått sig tilldelad. Den har gett upphov till nya ojämlikheter mellan sektorer där konkurrens var möjlig (med tillräckligt många sjukhus som kan konkurrera) och sektorer (oftast med bristande resurser) där det magra utbudet inte lyckades förändra någonting.

Mellan 1999 och 2002 införde Tony Blair en rad ambitiösa reformer, som delvis utgick från en annan tolkning av svårigheterna. Om systemet inte var tillräckligt effektivt berodde det lika mycket på bristande medel som på byråkrati och bristande incitament. Vi har kunnat konstatera att vårdutbudet är bland de lägsta i industriländerna. Blairs regering har därför förebådat en väsentlig skattehöjning för att kunna finansiera höjda anslag åt NHS, så att dessa utgifter skulle ligga på samma nivå som i andra länder i Europa (9 % av BNP före 2005, 10 % BNP år 2022). Med Blairs reform har dock konkurrensen mellan sjukhusen och strävan att öka patientens möjlighet att välja sjukhus bibehållits. Allmänläkarnas uppgift som vårdköpare har däremot tagits ifrån dem och överförs till primärvårdsgrupper med ansvar för 100 000 personer var (*Primary care groups* eller *trusts*). 2005 publicerade ministern med ansvar för NHS uppgifter som visade att väntelistorna hade började minska (35 % år 2004 jämfört med 2003) tack vare de massiva investeringarna i NHS (särskilt massiva nyanställningar).

Trots att Margaret Thatchers reform aldrig blev någon egentlig framgång och insikten att det brittiska hälso- och sjukvårdssystemet framför allt kräver högre anslag tycks införandet av marknadsmekanismer inom hälso- och sjukvårdssystemet enligt brittisk modell har blivit något allmängiltigt. Marknadsmekanismer har införts stegvis i alla offentliga hälso- och sjukvårdssystem.

Alla länderna i Sydeuropa har efter en omvandling av sina sjukförsäkringssystem till offentliga hälso- och sjukvårdssystem under åren 1978–1986 ändrat sig och infört mer konkurrens i sina nya system i början av 1990-talet. Detta gäller även de skandinaviska länderna.

## Den dyra och ojämlika regleringen av den amerikanska marknaden

Det går inte att tala om ett enda hälso- och sjukvårdssystem i USA eftersom förhållandena är så olika. De varierar från en delstat till en annan, från de rikas sjukförsäkringar till de fattigas, från en praktiserande läkare som tillhör en vårdkedja till en fritt praktiserande läkare.<sup>65</sup> Det finns dock tre tendenser som kännetecknar den amerikanska utvecklingen. Dessa är svårigheten att kontrollera ökningen av de totala sjukvårdskostnaderna, den tilltagande mikroekonomiska regleringen av vårdutbudet under försäkringsgivarnas påtryckningar och omöjligheten att garantera hälso- och sjukvård åt alla.

Amerikanerna har två gånger högre kostnader för sin hälso- och sjukvård än européerna. Försöken att begränsa kostnaderna under 1970-talet genom en pris- och löneblockad fick bara verksamheten att öka. För att kompensera prisblockaden ökades volymerna. Införandet av totalanslag för vissa vårdsektorer misslyckades också. De offentliga myndigheterna, federala och delstatliga, har sedan dess inriktat sig på en organiserad konkurrens mellan vårdkedjor och finansiärer för att reglera sjukvårdskostnaderna. Försäkringsgivarna anmodas att förhandla om fasta priser med vårdkedjorna, som bör ordna verksamheten utifrån detta och kontrollera patienternas och deras läkares aktiviteter.

Under press från sjukförsäkringarna kontrollerar de integrerade hälso- och sjukvårdskedjornas förvaltare vårdleverantörernas organisation och rutiner alltmer (det är därför man talar om organiserad vård: *managed care*). De integrerade hälso- och sjukvårdskedjorna (varav de mest kända tillhör *Health Maintenance Organisation* – HMO, som grundades på 1920-talet) har fått uppleva en kraftig tillväxt under 1990-talet: 1990 tillhörde 40 miljoner amerikaner en HMO-kedja jämfört med 100 miljoner 1996, eller 38 % av befolkningen.<sup>66</sup> Eller ännu mer, 70 % av den amerikanska befolkningen tillhör en vårdkedja. För patienter som tillhör en HMO-ansluten kedja begränsas friheten att välja läkare till kedjans läkare. Ingen avgift betalas i förskott. Allmänläkarna har uppgiften att vara refererande läkare (*gate keeper*). Tillgången till vård kan vara begränsad, läs ransonerad. Arvodet och det medicinska arbetet är mycket styrt. Kedjorna ålägger sina läkare att iaktta förskrivningsföreskrifter, vådrutiner och kliniska rutiner via arbetsgrupper som samlar olika yrkesgrupper (samrådsmöten).

HMO använder faktiskt samma regleringsmekanismer som dem som används i de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen. Den viktigaste skillnaden jämfört med ett offentligt hälso- och sjukvårdssystem är vem som är reglerare. Regleraren är snarare en marknadsaktör än en statlig aktör, som ingår avtal med dem som betalar (staten för *Medicaid* eller *Medicare* och arbetsgivare eller privata försäkringsgivare), med läkarkåren och med patienterna. Aktörerna är flera stycken och utsatta för konkurrens. Aktören måste behålla sina finansiärer, och läkarna och patienterna skulle ju kunna gå någon annanstans, och de måste vara lönsamma. Så var

<sup>65</sup> Vi har använt oss av uppgifter i Lambert, 2000, kap. VII, för att belysa amerikanska förhållanden.

<sup>66</sup> Lambert, 2000, sid. 460.

det inte under 1990-talet då vårdförsäkringsgivarnas svåra lönsamhetskris tvingade HMO att höja premien. Privata aktörer (inte samhällsaktörer), HMO-kedjor, fastställer en prisnivå eller servicenivå med hänsyn till den försäkrades risknivå och kommer överens om vilka risker som ska täckas, samtidigt som tillgången till dyr vård utesluts och de fattigaste eller sjukaste inte täcks eller täcks dåligt. Det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet utesluter en stor del av befolkningen från en försäkring.

Alla försök att återgå till detta och att garantera att en heltäckande sjukförsäkring har misslyckats. 1993 och 1994 lade Bill och Hilary Clinton fram ett förslag om ett heltäckande hälso- och sjukvårdssystem som inte fullföljdes. Det handlade om att bevara och generalisera marknadsmekanismerna samtidigt som en heltäckande hälso- och sjukvård garanterades, genom att via allmänna medel köpa sjukförsäkringar eller tvinga arbetsgivare att antingen stå för sina arbetstagares sjukförsäkring eller betala en sjukförsäkringsavgift till staten. Förslagets komplexitet medförde att man inte fick tillräckligt stöd för att kunna gå emot motståndarna till förslaget. Dessa var bland annat de fria läkarna, privata försäkringsgivarna och HMO. Därefter har den amerikanska staten (den federala och delstaterna) försökt förbättra det befintliga systemet (*Medicare* och *Medicaid*). 2003 antog Georges W. Bush en reform som svarar för läkemedel för dem som tillhör Medicare.

USA:s förhållanden är motsägelsefulla. De amerikanska läkarna har sedan länge föredragit att alliera sig med privata försäkringsgivare i frihetens namn istället för att hamna under statlig kontroll. Nu emellertid kontrolleras deras verksamhet ingående av försäkringsgivarna och noggranna lönsamhetsreglerare. Den andra motsägelsen rör de exempel som att vissa amerikanska erfarenheter tycks tjäna som modell på internationell nivå. Den organiserade konkurrensen, HMO och deras regleringsinstrument (särskilt kontrollerade läkemedelsförskrivningar), används ofta som modell för europeiska hälso- och sjukvårdsreformer. Det industriland som har sämst resultat när det gäller jämlik tillgång, folkhälsostatus och ekonomisk hållbarhet har alltså majoriteten av de regleringsinstrument som används i reformer i andra länder. När det gäller resultaten i stort undrar man om detta val av referenser var så lämpligt. Dock kvarstår fascinationen för det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemets förmåga till forskning, innovation och teknologiska och medicinska framsteg.

### Sjukförsäkringskassors konkurrensutsättning

För att kontrollera sina sjukvårdskostnader har vissa sjukförsäkringssystem infört marknadsmekanismer – mellan försäkringsgivare. Tyskland förde en politik för att kontrollera sjukvårdskostnaderna och införde konkurrens mellan sjukförsäkringskassor, innan återföreningen höjde kostnaderna. I Nederländerna har systemet fått uppleva en sann revolution, där det nu görs en åtskillnad mellan det offentliga och heltäckande ansvaret för specialrisker och ett konkurrensutsatt ansvar för mindre risker.

**De tyska reformerna.** – Sedan 1977 reglerar principen "avtalad verksamhet" det tyska sjukförsäkringssystemet. Systemets aktörer (den federala regeringen, delstaterna, fackförbunden och arbetsgivarna, läkarförbunden, sjukhusförbunden och läkemedelsindustrin) måste varje år fastställa sjukdomsskyddets stora politiska riktlinjer. Därefter förhandlas verksamhetsformerna mellan sjukförsäkringskassorna och de regionala läkarförbunden.

Sedan 1984 förhandlar dessa aktörer om de totala budgetanslagen för de olika hälso- och sjukvårdssektorerna, vilka ofta inte beaktas. Inom primärvården fördelas de tilldelade anslagen av läkarförbunden, utifrån en princip om flytande pris. Alla läkare betalas fortfarande per vårdinsats, men beloppets storlek beror på det totala anslaget dividerat med det totala antalet utförda vårdinsatser. Alla läkare är följaktligen betjänta av att öka sina vårdinsatser för att höja sin inkomst. Detta sker dock på bekostnad av allas inkomster eftersom fler vårdinsatser sänker värdet av var och en. För att undvika detta fastställer läkarförbunden en övre verksamhetsgräns och gör en kontroll av det kliniska arbetet då en läkares verksamhet har överskridit gränsen. Denna reglerade finansieringsform i förhållande till de begränsade gemensamma resurserna (globala budgetanslag), liksom kontrollen av det kliniska arbetet, är väl accepterat av läkarna. Det beror på att det är deras företrädare (fackföreningarna, men framför allt de försäkringskasseanslutnas läkares förbund) som förhandlar om budgeten och sköter avlöningen och kontrollerna. Systemets goda funktion beror på att det är ett system som är legitimt företrätt av en enig och ansvarig läkarkår. Detta är något som saknas i Frankrike.

Detta system har dock inte hindrat att de sociala avgifterna har ökat markant. Det beror bland annat på den federala regeringens tendens att ta ut vissa kompletterande avgifter på sjukförsäkringen för att minska sin skuld. Kostnadsnivån är för övrigt fortfarande hög, särskilt på grund av det rikliga vårdutbudet, patienternas rörelsefrihet och gapet mellan distriktsläkare och sjukhusläkare. Betydande åtgärder har vidtagits under tider av ekonomisk tillbakagång, då intäkterna, baserade på sociala avgifter, inte längre lyckas hålla följa kostnaderna.

Lagen från 1988 (Blümlagen) avsåg att kontrollera kostnaderna bättre genom patientavgifter på läkemedel, sjuksköterskevård, sjukvårdande behandling, tandproteser, optiska hjälpmedel och ambulanstransporter. Lagen fastställde en rekommenderad taxa för läkemedel. Därmed utsattes läkemedlen för priskonkurrens, vilket har gett en bättre kontroll av läkemedelsförskrivningar och läkemedelskostnader. Generiska läkemedel har införts vilket svarar för mer än 40 % av förskrivningarna. Sedan 1989 tycks kostnaderna ha stabiliserats (till 8,2 % av tyska BNP), men återföreningen kommer att anstränga räkenskaperna.

1992 antogs en viktig reform för att begränsa höjningen av de sociala avgifterna och kontrollera kostnadsutvecklingen. Seehoferreformen införde globala budgetanslag i sjukhussektorn och frös priserna på läkemedel under två år. Reformen avsåg 1996 att låta sjukförsäkringskassorna gradvis konkurrera med varandra. Det handlade om att låta de försäkrade välja sin sjukförsäkringskassa bland lokala sjukförsäkringskassor, avdelningar eller företag. Mer än tre miljoner tyskar har bytt kassa mellan 1997 och 2001. Konkurrensutsättningen gjorde det också möjligt

att omstrukturera och rationalisera systemet genom att minska antalet kassor, till exempel från 264 till 17 regionala kassor, från 684 till 389 företagskassor, från 151 till 42 hantverksskassor. Konkurrensutsättningen har nyligen utnyttjats för att förhandla om specifika avtal med läkare och föreslå mer integrerade vårdstrukturer. Konkurrensen har dock ökat ojämlikheten mellan kassorna. Vissa har kunnat välja sina risker och erbjuda det bästa förhållandet mellan avgift/prestation – dock har mekanismer för kompensation mellan kassorna införts.<sup>67</sup>

De outhärligen stigande sjukvårdskostnaderna, finansierade med sociala avgifter, verkar drabba de tyska företagens konkurrenskraft. Gerhard Schröders regering beslutade att ingripa 2003 inom ramen för sin Agenda 2010 om reformer av den sociala tryggheten, vilken infördes den 1 januari 2004. Reformerna syftar till att begränsa arbetsgivarnas andel av de sociala avgifterna och höja användarnas andel vid finansieringen av hälso- och sjukvården: Höjning av den befintliga patientavgiften (10 % på läkemedelspriset och sjukhusavgiften från 9 till 10 euro), införande av en patientavgift på medicinska specialistkonsultationer (tidigare gratis) som inte är ordinerade av allmänläkare: 10 euro per sjukdom och kvartal (man ligger fortfarande långt efter den franska nivån ...). Liksom i Sverige får inte patientavgiften överskrida en viss gräns, här fastställd till 2 % av patientens bruttoårsinkomst. Nya tjänster omfattas för övrigt inte längre. Det gäller receptfria läkemedel, glasögon, sterilisering, hälsokurer och transport. En frivillig försäkring har för övrigt föreslagits för tandproteser.

Schröderreformen har också förändrat finansieringsformen för viss vård (till exempel mödraledigheten) genom att låta den gå via skatten (tobaksskatt), dubblat pensionärernas avgift för finansiering av långvårdsförsäkringen (*Pflegeversicherung*) och lagt finansieringen av dagersättningarna på arbetstagarnas sociala avgifter istället för på arbetsgivarnas. Reformen avser slutligen att förbättra vårdens kvalitet och därför ska ett tyskt statligt oberoende centrum för medicinsk kvalitet inrättas, bestående av företrädare från sjukförsäkringskassorna, sjukhusen, läkarna och patienterna. Detta centrum ska utarbeta behandlingsföreskrifter och bedömningsverktyg för vårdens och läkemedlens effektivitet. Reformen avser även att ge "familjeläkaren" en större roll, patienterna större ansvar och bättre information och att skapa medicinska centrum för att kunna samordna vården bättre.<sup>68</sup>

Dessa åtgärder, som antogs av parlamentets vänster- och högerpartier, har väckt många protester, både från läkare och från användare. Sänkningen av det offentliga ansvaret för sjukvårdskostnaderna har dock förbättrat sjukförsäkringens räkenskaper, överskridna med 2,42 miljarder euro 2004 och sänkt den genomsnittliga sociala avgiften.<sup>69</sup>

**Den dubbla konkurrensutsättningen i Nederländerna.** – Samtidigt som de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen införde konkurrens mellan vårdgivare och Tyskland mellan sjukförsäkringskassor, har Nederländerna gjort båda två sedan slutet av 1980-talet. En del nederländska

<sup>67</sup> Hassenteufel, 2003.

<sup>68</sup> Hassenteufel, 2003.

<sup>69</sup> Hassenteufel, i IRES, 2003.



patienter har möjlighet att välja bland olika försäkringsgivare när det gäller s.k. vanlig sjukförsäkring. Försäkringsgivarna låter vårdgivarna konkurrera med varandra då de förhandlar om avtal som garanterar priser och tjänster.

Sedan 1987 har tre omgångar reformer för omvandling av det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet först gett plats åt Dekkerplanen och sedan åt Simonsplanen. Denna består nu av tre nivåer. En heltäckande och skattefinansierad basnivå, som garanterar alla akutvård och specialvård (AWZB-lagen, som täcker katastrofrisker, kronisk sjukdom, invaliditet och psykiatrisk vård). Denna första nivå täcker ungefär 60 % av sjukvårdskostnaderna. Staten förhandlar med försäkringsgivare och vårdleverantörer om vilka områden som AWZB-lagen ska omfatta. En andra obligatorisk nivå, finansierad via skatter och sociala avgifter och differentierad enligt de försäkrades inkomster, täcker s.k. vanlig vård. Nederländare som tjänar mindre än 30 000 euro per år och pensionärer och rörelseidkare som tjänar mindre än 19 000 euro täcks av en offentlig sjukförsäkring som omfattar 65 % av befolkningen (zfw-försäkring). De som har inkomster som överstiger den övre gränsen måste teckna en privat sjukförsäkring som tar ansvar för vanlig vård (primärvård) från och med den första euron. Den tredje nivån består av en frivillig kompletterande försäkring som täcker den del som inte täcks av de två första nivåerna, bland annat vuxentandvård och naturläkemedel. 90 % av nederländarna har en kompletterande sjukförsäkring.

Detta system ger alla regeringar som är försiktiga med sina offentliga finanser fördelen att kunna stabilisera sina offentliga hälso- och sjukvårdskostnader (från 5,2 % av BNP 1980 till 5,7 % 2001, och de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna steg från 7,5 till 8,9 % BNP – se tabell 3) tack vare en partiell överföring av kostnaderna och sjukdomsriskhanteringen till det privata. Den dubbla konkurrensutsättningen har gjort det möjligt att utesluta två slags sjukvårdskostnader från den allmänna sektorn. Det gäller vård för de rikaste, viss vanlig vård och "bekvämlighetsvård". Den franska regeringen framhävde den nederländska modellen som en möjlig lösning då den tillsatte ett högsta råd (Haut Conseil) om framtiden för sjukförsäkringen i slutet av 2003 för att stabilisera de offentliga sjukvårdskostnaderna samtidigt som den avtalade återbetalningen bevarades.

Två problem uppstår dock i samband med införandet av ett sådant system. För det första har som vanligt införandet av konkurrens mellan försäkringsgivare förstärkt ojämlikheten, på grund av skillnaderna mellan de tjänster som olika privata försäkringsgivare erbjuder. De anpassar sina avgifter efter den försäkrades risk och vilka tjänster som täcks. Alltför stor ojämlik kan dock undvikas tack vare ett offentligt sjukförsäkringssystem som täcker majoriteten av befolkningen. För det andra uppstår det allt oftare konflikter mellan regeringar och försäkringsgivare kring definitionen av vad som är specialvård och vad som är vanlig vård. De privata försäkringsgivarna undviker att täcka olika vårdinsatser som rör degenerativa eller långvariga sjukdomar, och menar att de kräver specialvård. Det är svårt att dra en tydlig gräns mellan små och stora risker.

**Frånvaro av fransk styrning.** – Sedan början av 1970-talet har sjukvårdskostnaderna i Frankrike ökat mycket snabbare än BNP. Andelen sjukvårdskostnader av BNP har stigit från 7,6 % 1980 till 9,4 % 1994. Därefter sjönk takten, bland annat tack vare den ekonomiska tillväxten under tiden 1997 till 2000. Då ökade BNP lika fort eller till och med snabbare än sjukvårdskostnaderna. Efter 2001 har sjukvårdskostnaderna börjat öka lika snabbt som förut, och dessa uppgick till 10 % av BNP 2004.

För att klara dessa ökade sjukvårdskostnader har Frankrike utan framgång provat alla möjliga styrsystem, statlig, förhandlad och marknadsreglering. De franska politikernas (icke-?)reglering av hälso- och sjukvårdssystemet har skett i tre stora etapper. Den första etappen kännetecknades av låga prisnivåer och en auktoritär statlig reglering, vilket inte gav någon effekt på grund av den volymkompensation som betalning per vårdinsats medger. Under den andra etappen, hela 1990-talet, försökte staten och sjukförsäkringskassorna att förhandla med läkarkåren om kostnadsanslag. Det misslyckades på grund av att ingen aktör ville ta på sig något ansvar. De åtgärder som vidtogs med stöd av Juppéplanen från 1995 lyckades inte heller stoppa de stigande sjukvårdskostnaderna. Den tredje etappen, med vissa drag från Juppéplanen kvar och utökad med Douste Blazyreformen sommaren 2004, avsåg att förändra systemet i grunden. De statliga aktörerna skulle ta ett större ansvar än tidigare för grundsjukdomsskyddet på arbetsgivarparternas bekostnad. Därigenom skulle de avlasta de enskilda och den konkurrerande privatsektorn från en större del av den vanliga vården.

*Kontroll av pris och efterfrågan.* Under 1970-talet försökte staten stoppa priset på sjukvård för att hindra sjukvårdskostnaderna från att stiga ännu mer. Sjukhusen, som finansierades med dagbelopp, fick uppleva hur det steg mycket långsamt. Socialförsäkringens prissättning av sjukvårdspersonalens arvode följde inte löneutvecklingen. Prisnivån på läkemedel fastställdes till en relativt låg nivå jämfört med andra länder. Denna strategi fick dock ingen effekt på kostnadsnivån eftersom aktörerna kompenserade de nästan frysta prisnivåerna med en ökning av antalet vårdinsatser. Resultatet blev längre sjukhusvistelser, fler läkemedelsförskrivningar och fler läkarbesök.

Följaktligen slutade inte sjukvårdskostnaderna att stiga. För att klara detta valde regeringarna att styra efterfrågan på vård genom att sänka ersättningsdelen och höja den obligatoriska uppbörden. Efter 1975 började socialförsäkringspolitiken att backa allteftersom planerna på att rädda socialförsäkringssystemet väcktes. Det skedde en gång per år, utom då det var val. Alla planer hade samma struktur. De syftade till att väcka de försäkrade "ansvarskänsla" genom att höja patientavgiften (och därmed sänka ersättningsdelen) och tilldela fler resurser (höjd skatter som till exempel höjd tobaks- och alkoholskatt, men framför allt en höjning av de sociala avgifter som arbetstagarna betalade).

I brist på en politik som kunde påverka vårdens utbud försökte man förändra efterfrågan på vård genom att höja den del av avgiften som användaren skulle stå för. På grund av de ömsesidiga försäkringarnas betydelse i Frankrike fick denna ökning bara den effekten att

socialförsäkringens kostnader överfördes till de kompletterande försäkringarna (som in sin tur höjde sina avgifter). Innan 1992-1993 fick dock planerna på att få ordning på socialförsäkringssystemet räkenskaper framför allt intäkterna att öka. Under 1980-talet tvekade de franska regeringarna inte att höja de sociala avgifterna kraftigt för att få bukt med socialförsäkringssystemets räkenskaper samtidigt som de sänkte inkomstskatten, varmed den totala obligatoriska uppbörden blev högre. Höjningen av den obligatoriska uppbörden med 10 % mellan 1973 och 1984 bestod huvudsakligen (9,5 %) av sociala avgifter. Betydelsen av de senare har fått den obligatoriska uppbörden att stiga under 1980-talet: den ökade från 39 % 1970 till 46 % en 1995.<sup>70</sup>

Politiken som fördes på 1980-talet har fått abnorma effekter. Politikerna lyckades inte kontrollera sjukvårdskostnadsökningen utan gjorde det istället svårare för dem som inte hade råd med någon ömsesidig försäkring att få tillgång till hälso- och sjukvård. Det gällde 40 % av befolkningen under 1970-talet, 25 % under 1980-talet och 15 % så sent som i slutet av 1990-talet.<sup>71</sup> Att hålla låga prisnivåer på sjukvård har medfört ökade vårdinsatser och ökad användning av nyare och dyrare tjänster och åtgärder (som betalar sig bättre), samt "falsa innovationer" på läkemedelsområdet. Det abnorma effekterna av dessa åtgärder är dock färre än de nya ekonomiska kraven som ändrade politiken i slutet av 1990-talet.

*Den omöjliga kontrollen.* Det var faktiskt de nya ekonomiska förhållandena under 1990-talet som fick Frankrike att ändra politik. Det handlade om införandet av den öppna marknaden 1992, tillbakagång 1993, viljan att följa Maastrichtkriterierna före 1997. Det verkade inte längre möjligt att alltid finansiera de stigande sociala kostnaderna med höjda sociala avgifter. Regeringarna försökte då med nya strategier för att kontrollera vårdutbudet genom att förhandla om en reglering av vårdutbudet. De olika socialministrarna införde nya instrument för kontroll av vårdutbudet och kostnaderna.

På sjukhusområdet fortsatte politiken med totalbudget, samt en politik om förändringar av sjukhusen för att minska antalet vårdplatser (16 % färre under 1990-talet) och uppmuntran till verksamhetsomläggningar (bland annat till boende åt stödberoende äldre). Så länge sjukhusen finansierades *a priori* tycktes sjukhusvårdens kostnader kunna kontrolleras ganska bra, vilket inte var fallet med den polikliniska vården.

Efter 1991 började regeringarna att uppmuntra sjukförsäkringskassorna och de fria medicinska yrkesutövarna (verksamma polikliniskt) att förhandla om "avtal" som medgav en "läkarstyrd kostnadskontroll" (till skillnad från en räkenskapsenlig kontroll). Liksom i Tyskland avsåg dessa avtal att införa en finansiell reglering av typen stängt för dagen, genom anslagstilldelning. För privatkliniker och biologer skedde finansieringen med begränsade anslag. För sjuk-sköterskor och sjukgymnaster fastställdes en övre verksamhetsgräns och om den överskreds

<sup>70</sup> Palier, 2002.

<sup>71</sup> Destais, 2003, sid. 132.

gav det inte rätt till någon prishöjning. Distriktsläkarna, som stödde sig på sin princip om fri medicinsk utövning, vägrade acceptera systemet med fastställda anslag. Avtalen respekterades oftast inte och sjukvårdskostnaderna fortsatte att stiga kraftigt. Det är därför som Juppéplanen från 1995 avsåg att förse staten med verktyg för att få deras kostnadsmål respekterade. Men detta statliga ingripande blev verkningslöst.

*De misslyckade Juppéåtgärderna.* I november 2005 offentliggjorde Alain Juppé en stor socialförsäkringsreform. Juppéplanens främsta mål var att stärka legitimiteten hos de definierade kostnadsmålen *a priori*. Sedan den konstitutionella reformen i februari 1996 är det parlamentet som varje år måste fastställa storleken på de anslag som ska tilldelas den sociala tryggheten och en procentsats för hur mycket sjukvårdskostnaderna får öka under kommande år: Ett nationellt kvantifierat mål, ONDAM (Objectif national des dépenses de l'assurance maladie) anger hur mycket sjukförsäkringskostnaderna för varje professions verksamhet får öka varje år. Då ONDAM-målet har fastställts måste sjukförsäkringskassorna ingå avtal med de olika läkargrupperna för att kunna hålla det mål som parlamentet har fastställt. Målet gällde nästan hela den polikliniska vården, kostnaderna för de privata klinikernas verksamhet och en del av tjänsterna in natura. Juppéplanen angav att ekonomiska sanktioner skulle åläggas dem som inte följde de nationella kvantitativa målen. Med en dom från *Conseil d'État* år 2000 underkändes dock kravet att läkarna skulle betala in en del av sitt arvode till socialförsäkringskassorna. Sedan dess har det inte varit möjligt för någon regering att sanktionera läkare som inte följde avtalsvillkoren. Regeringen använde sig då av prissättningen, bland annat hindrade man arvodeshöjningar.

2001 ökade tillväxten och med presidentvalet i maj 2002 ändrades bilden. Nästan ingen åtgärd vidtogs för att kontrollera de stigande sjukvårdskostnaderna. Vissa politiska åtgärder lyckades tvärtom få dem att öka, som till exempel införandet av des 35-timmarsvecka på sjukhusen. På hösten 2002 släppte den nya hälso- och sjukvårdsministern, Jean-François Mattéi, kravet på ondam och fastställde en mindre krävande mål, då till och med ett underskott beräknades för 2003. För att komma överens med läkarkåren höjdes allmänläkarnas arvode till 20 euro per konsultation. Läkemedelspolitiken blev också mindre hård, eftersom en progressiv liberalisering av läkemedelspriserna infördes. Sjukvårdskostnaderna har ökat väsentligt sedan 2000: Sjukförsäkringskostnaderna hade ökat 3,5 % per år mellan 1994 och 1999, och de ökade i genomsnitt 6,3 % per år efter 2000.

*Den ambivalenta Douste Blazyreformen.* Den 13 augusti 2004 godkändes en lag om reform av sjukförsäkringen. Denna lag består av tre delar: ekonomiska åtgärder för sjukförsäkringens underskott, en omorganisation av hälso- och sjukvårdssystemet för att säkerställa en bättre uppföljning av patienterna och en ny ansvarsfördelning med större befogenheter för sjukförsäkringsdirektören. Då det första avtalet undertecknades i december 2004 av denna direktör och vissa läkarförbund, krävdes mycket av patienterna. Samtidigt fick specialisterna förmånen att få ett mycket högre arvode, med risk att de försiktiga försöken att förbättra uppföljningen av patienterna skulle misslyckas.

När det gäller finansieringen höjdes flera obligatoriska uppbörder avsedda för de offentliga sjukvårdskostnaderna. CSG höjdes för pensionärer (0,4 procent), men även för övriga arbetstagare, och företagens sociala avgifter höjdes också. Staten lovade att ta en miljard euro från tobaksskatten och lägga det på sjukförsäkringen.<sup>72</sup> Ersättningsdelen sänktes också då sjukhusavgiften höjdes från en euro per år till och med 2007, vilket borde ge 0,3 miljarder euro per år och en "statlig patientavgift" infördes. Den var ej ersättningsgill, varken genom sjukförsäkringen eller de ömsesidiga försäkringsbolagen, utom för kvinnor gravida i sjätte månaden eller mer och nyförlösta, förmånstagare av CMU och gruvarbetare – på ett belopp om en euro på alla konsultationer (i distriktsläkarvården och polikliniskt på sjukhus). Denna euro, som skulle väcka de försäkrades ansvarskänsla, bör ge 0,7 miljarder euro. Alla dessa åtgärder bör tillsammans ge 5,2 miljarder euro.

Det handlade för övrigt också om att förbättra vårdens organisation. Två viktiga åtgärder sattes främst. Det var införandet av en behandlande läkare och en personlig medicinsk journal. När det gäller den senare handlar det om databaserade uppgifter om den försäkrades hälsa, tillgängliga med hjälp av en kod och patientkortet. Detta måste omarbetas för ändamålet, ha ett foto på den försäkrade för undvikande av bedrägerier) och fick endast förfogas av den försäkrade. Denna journal, som läkarna ska kunna studera efter tillstånd från kortets innehavare, gör det möjligt för alla inblandade läkare att följa patientens gång genom systemet och ta del av diagnoser, vård och behandlingar. Tanken är att onödiga undersökningar och motstridiga läkemedelsförskrivningar ska kunna undvikas och att kontakten mellan distriktsläkaren och sjukhuset ska bli bättre.

För att stärka den medicinska uppföljningen av patienterna, är det också tänkt att alla patienter äldre än 16 år ska välja en behandlingsansvarig läkare, som bör konsulteras före all annan medverkan av specialist eller vid besök på sjukhuset. Det handlar om att ge denna behandlingsansvarige läkare (som antingen kan vara en allmänläkare eller en specialist som träffar patienten ofta) rollen som *gate keeper* så att patientens väg i systemet rationaliseras. Det har visat sig att detta system både underlättar den medicinska uppföljningen av de sjuka och kontrollerar sjukvårdskostnaderna. Douste Blazyreformens planerade incitament för detta är dock förvånande, eftersom de behandlingsansvariga läkarna knappt får någon uppmuntran för denna uppgift. Inget specifikt arvode är planerat, trots erfarenheterna med de remitterande läkarna som infördes 1998 och övergavs 2004. Samtidigt får specialisterna rätt att höja sitt pris och att ta ut ett högre arvode än socialförsäkringens taxa, något som inte är ersättningsgillt, fast aldrig någon patient har tagits emot tidigare utan att ha konsulterat sin behandlingsansvarig läkare först. Specialisterna, som sedan flera år har krävt en höjning av sina arvoden, har följaktligen inget intresse av att införa detta.

<sup>72</sup> Motiveringen av denna skatt är tobaksbrukets kostnader för samhället, fast staten lägger resurserna på annat än socialförsäkring.

Douste Blazyreformen avser slutligen att omdefiniera varje aktörs ansvarsprofil och fastställa en "samordnare". Med detta väger makten definitivt över åt det statliga, på arbetsmarknadsparternas bekostnad. Den viktigaste nyheten är det gäller ansvaret är de utökade befogenheterna för direktören för CNAMTS, som samtidigt blir generaldirektör för det nya sjukförsäkringskasseförbundet, *Union nationale des Caisse d'assurance maladie*. Här samlas de tre största sjukförsäkringsformerna, den generella och den för jordbrukare och fria yrkesutövare. Det är samma direktör som hädanefter får fatta besluten om hur hög ersättningsnivån i sjukförsäkringen ska vara, och som får avtalsförhandla med läkarkåren så att parlamentets fastställda sjukvårdskostnadsmål respekteras. Denna stärkta befogenhet står över arbetsmarknadsparternas befogenhet.

Det är troligt att de senaste försöken i Frankrike att stävja de stigande sjukvårdskostnaderna fortsätter att misslyckas med tanke på försökens vacklande karaktär.)Risken är stor att tanken att dessa ökade sjukvårdskostnader är oundvikliga biter sig fast. Det enda som återstår för regeringen är att om möjligt öka intäkterna eller minska det offentliga ansvaret för sjukvårdskostnaderna ännu mer. Ändå har andra länder klarat att kontrollera sina sjukvårdskostnader och samtidigt sörjt för en god ansvarstäckning och goda hälsoresultat. Men för det krävs djupgående förändringar både av hälso- och sjukvårdssystemet och av individens beteende. Det är inte säkert att fransmännen är beredda att avstå från en del av sin frihet. Det är inte säkert att läkarna är beredda att avstå från sina heliga principer om fri medicinsk utövning och etableringsfrihet, och att vägra betalning från tredje part eller betalning per vårdinsats för att utnyttja de allmänna medlen bättre. Eller med Marianne Berthod-Wurmser sätt att uttrycka sig: Frankrike blir mycket mer upprört än andra över risken att något reformförslag ska drabba friheten, men är fortfarande ganska bekymmerslöst när det gäller risken att ojämlikheten ska drabbas.<sup>73</sup>

Även om det mesta redan är fastställt med de institutioner som infördes efter 1945, har reformerna efter 1990 inneburit en viss liberalisering av hälso- och sjukvårdssystemet.<sup>74</sup> Det är uppenbart att det är de korrekt finansierade offentliga hälso- och sjukvårdssystemen som är bäst lämpade att kontrollera de offentliga sjukvårdskostnaderna samtidigt som en jämlik tillgång till hälso- och sjukvård, bättre folkhälsa, förebyggande åtgärder, offentlig sjukvårdspolitik och bättre hälsoresultat garanteras. Ändå införs lösningar som bygger på konkurrens. Det handlar om konkurrens mellan vårdgivare i de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen för bättre effektivitet och minskade väntetider och konkurrens mellan försäkringsgivare i sjukförsäkringsystemen där vårdgivarna redan konkurrerar med varandra, åtminstone inom den polikliniska vården. Det verkar snarare handla om att minska den offentliga delen av sjukvårdskostnaderna än att kontrollera de totala sjukvårdskostnaderna genom att föra över en del av dem till det privata. Detta konkurrensmedel avser också att tillfredsställa en växande efterfrågan från användarna (åtminstone från dem som har råd att betala): Valfrihet och omedelbar tillgång till sofistikerad vård. Sverige är inget undantag från detta.

<sup>73</sup> Marianne Berthod-Wurmser, 1995, sid. 588.

<sup>74</sup> Hassenteufel *et al.*, 2000.



# Fallet Sverige

Ur ett internationellt och jämförande perspektiv är det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ganska motsägelsefullt. Det är faktiskt ett av världens bästa hälso- och sjukvårdssystem i fråga om social täckning och jämlikhet, hälsoresultat och ekonomisk hållbarhet. Systemet är mycket ifrågasatt inom Sverige och medborgarna är ganska missnöjda med hur systemet fungerar och bekymrar sig för framtiden. Då systemet har varit föremål för ständiga omfördelningar av ansvar på de olika förvaltningsnivåerna; riks-, landstings- och kommunnivå, och då de lokala myndigheterna har fått ett allt större politiskt manöverutrymme, går det inte att säga att det svenska systemet är så entydigt. I slutet av 1980-talet kunde vissa tendenser skönjas. Det gällde en växande decentralisering, en drastisk kontroll av budget och kostnader, införande av marknadsmekanismer i en modell av managed competition, ersättning efter verksamhet och resultat och en betydande överföring av sjukhusens vårdutbud till primärvårdsmottagningar. Inget av detta har medfört några kvalitativt försämrade hälsoresultat, tvärtom. En viss ojämlikhet har dock spridit sig, som på den sista tiden har gett upphov till en koncentration av kontroll och beslut. När det gäller de svårigheter som förekommer i andra länder har det svenska systemets förmåga att anpassa sig till dem, samtidigt som systemets fördelar har bevarats, varit anmärkningsvärd. Förändringarna har dock väckt en stor oro hos befolkningen, som är ganska missnöjd med sitt hälso- och sjukvårdssystem. De nya reformerna måste väcka både tillförsikt och tillfredsställelse hos befolkningen och försöka bibehålla de krav på kvalitet, jämlikhet och ekonomisk styrning som gör det svenska systemet så överlägset i förhållande till andra industriländers hälso- och sjukvårdssystem.

## Decentralisering, liberalisering, privatisering och kostnadskontroll

Syftet med de reformer som genomfördes i Sverige under 1940- och 1950-talet var att låta hela den svenska befolkningen täckas av ett allmänt sjukdomsskydd. Ett förslag om obligatoriska sjukförsäkringar kom 1946/1947 och infördes 1955. Med sjukhusreformerna 1959 och sjukrönsreformen 1969 fick den offentliga sjukvården nästan en monopolställning. Systemet kom sedan att bli alltmer decentraliserat.<sup>75</sup> 1976 ingick Socialstyrelsen (ett statligt organ ansvarigt för hälso- och sjukvårdspolitik) ett avtal med Landstingsförbundet (ett "federalt" organ som företräder alla landsting och deras förvaltningar) om att införa ett hälso- och sjukvårdssystem på tre nivåer. Primärvården är in delat i distrikt med vårdcentraler underställda landstingen.

<sup>75</sup> Landstingen, som fick ansvaret för sjukhusen då de bildades 1862, fick ansvar för vård av kroniskt sjuka och långtidssjukvård 1945, , mödravård 1959, distriktsläkarsystemet 1961, vårdcentraler (*community health care*) 1965 och psykiatrisk vård och mentalsjukhus 1967, vård av utvecklingsstörda 1968.



Personer med behov av sjukhusvård remitteras till lokala landstingssjukhus för specialistvård. När det gäller högspecialiserad vård är Sverige indelat i sex regioner med ett eller två sjukhus med intensivvård (Blomqvist, 2002).

Under 1960- och 1970-talet och fram till början av 1980-talet ökade sjukvårdskostnaderna i betydande grad (se kapitel 1). Det verkar som om Sverige försökte hinna ifatt en eftersläpning i sitt hälso- och sjukvårdssystem jämfört med andra industriländer, en eftersläpning som startade under 1930- till 1950-talet. Med kraftigt ökade sjukvårdskostnader och fler anställda inom det svenska systemet har eftersläpningen inte bara jämnats ut. I början av 1980-talet var Sverige ett av de länder som lade ner mest pengar på hälso- och sjukvård (8,8 % av BNP 1980) tillsammans med Danmark, men före Tyskland och USA (se tabell 4) Prognoserna förespårde att om tendensen höll sig skulle Sverige lägga ner två till tre procent mer av sin BNP på hälso- och sjukvård 1990 än alla andra industriländer.<sup>76</sup> Så blev det inte, tack vare en budgetkontrollerande politik och en mer decentraliserad ansvarsfördelning.

I mitten av 1980-talet och fram till slutet av 1990-talet kännetecknades politiken av två strävanden: Ökat oberoende och ansvar åt de lokala myndigheterna i hälsofrågor och kontroll av de stigande sjukvårdskostnaderna. De medel som användes för att nå dessa mål gick ofta via införande av konkurrensutsättande mekanismer ("managed competition") och resultatbaserad ersättning.

### Decentralisering

Decentralisering visade sig vara lösningen på alla problem. Det gällde att låta de lokala förvaltningarna sköta sin egen budget och bättre kontrollera kostnaderna, att gynna lokal förankring och ett mer öppet och demokratiskt beslutsfattande hos de lokala huvudmännen snarare än att låta avlägsnare beslutsorgan på riksnivå fatta besluten. Landstingen fick ett större manöverutrymme och möjlighet att pröva sig fram. Privatisering uppmuntrades, något som krävdes av de borgerliga partierna som hade makten i många landsting och i riksdagen från 1976 till 1982).

Med hälso- och sjukvårdslagen 1982 ökade systemets decentralisering och de sjukvårdspolitiskt ansvariga landstingen blev ännu självständigare. Denna lag gav dem huvuddelen av uppgifterna med hälso- och sjukvårdens planering, försörjning och finansiering, utan att för den sakens skull anpassa systemets finansieringsform. Det skedde med Dagmarreformen som antogs 1983, fast införandet dröjde till 1985), som ändrade finansieringen med betalning per vårdinsats till betalning per patient (landstingens budgetanslag beräknas med utgångspunkt från deras befolkningsunderlag istället för antalet vårdinsatser). Landstingen blev inte bara ansvariga för hälso- och sjukvårdens finansiering och utbud (vilket redan var fallet), utan också för de sjukvårdspolitiska riktlinjerna. Med denna förstärkta decentralisering blir det svårt att tala om en unik och homogen reform i Sverige. Varje landsting har en hög grad av självständighet

<sup>76</sup> Prognoser i Heidenheimer et al, 1980.

och följer olika riktlinjer, beroende på politisk sammansättning i landstingsfullmäktige och specifika vårdstrukturer och vårdbehov.

Efter avsevärda höjningar av landstingsskatten under 1960- och 1970-talet, minskade de statliga subventionerna i början av 1980-talet. Med en sämre ekonomisk tillväxt började många landsting att begränsa anslagen till sjukvårdsbudgeten, vilket gav upphov till vådransoneringar. Dessa ransoneringar gav väntelistor för tillträde till primärvård och lokal sjukhusvård (ej livsviktig specialistvård, som till exempel höftoperationer). Det förekom en mängd debatter, då vissa landstings inskränkningar och ineffektivitet kritiserades, och en ny politik inriktad på liberalisering och konkurrensutsättning, läs privatisering, uppstod i slutet av 1980-talet och framför allt i början av 1990-talet (Blomqvist, 2002).

### Liberalisering

Tre landsting blev banbrytande i denna fråga. Det var Dalarna, Stockholm och Bohuslän. Två viktiga riktlinjer kännetecknar de reformer som dessa landsting har infört: "Ett bättre utnyttjande av de offentliga resurserna genom att låta vårdleverantörer konkurrera med varandra och en förstärkt patientroll genom att ge patienterna valfrihet inom systemet". (Blomqvist, 2002, sid. 160). Här kan man skönja influenser från reformerna i Storbritannien och i andra nationella hälso- och sjukvårdssystem (se föregående kapitel), där vårdköparens funktion (anförtrödd landstingen eller till och med primärvårdsdistrikten som i fallet "Dalamodellen") skiljs från vårdleverantörens funktion (privatläkare, vårdcentraler och sjukhus), med vilka avtal ingås. I stället för att automatiskt ge vårdleverantörerna en års- eller månadsbudget, ingår de lokala förvaltningarna avtal med vårdleverantörerna och inför en ersättningsform som gynnar dem som har de bästa resultaten (Blomqvist 2002).

Samtidigt har de flesta landsting infört valfrihet för patienterna efter Landstingsförbundets ställningstagande 1989. Landstingsförbundet började då med en patientinriktad upplysning om sjukhusens resultat (särskilt om väntelistorna) för att hjälpa patienterna att göra sina val.

Enligt Paula Blomqvist är det möjligt att "skönja en ny sjukvårdspolitisk modell" om man jämför de olika landstingens reformer kring 1990. De huvudsakligaste dragen är följande:

- Att skilja på vårdköpare och vårdleverantör.
- Att tilldela köparna resurser efter patientunderlag.
- En växande hybridisering av typ av vårdleverantör.
- Prognos- och resultatbaserad ersättning.
- Politiskt ansvariga vårdköpare.
- Patientens rätt att välja vårdleverantör.
- Att tilldela vårdleverantörerna resurser via avtal och valfrihet för patienterna. (Blomqvist, 2002, sid.162).

Efter valet 1991, då de borgerliga partierna fick majoriteten igen, ökade tendenserna till privatisering, på riksnivå med "valfrihetens revolution" och husläkarprincipen och på landstingsnivå med privata vårdleverantörer.

På förslag från folkpartiet, ett av de borgerliga partierna i koalitionsregeringen, antogs husläkarlagen 1991. Den låter alla svenskar välja en egen läkare, så att en personlig relation mellan patient och doktor uppstår. Därmed kunde en roll som gate keeper för distriktsläkarna skapas, som i Storbritannien. Reformen misslyckades och kom att hävas 1994. Svenskarna var inte så förtjusta i tanken på att binda upp sig till en personlig läkare, men den gjorde det möjligt för privatläkare att ingå avtal med landstingen. Efter denna reform blev 25 % av primärvårdens läkare privata – Blomqvist, 2002, sid. 164). Privatläkarna ingår avtal med landstingen och ersätts av landstingen per vårdinsats, i motsats till läkarna i det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet, som främst är avlönade. Husläkarreformen och reformen 1994 om fri etableringsrätt har därmed gett utrymme för mekanismer som påminner om det franska hälso- och sjukvårdssystemet (privatläkare och betalning per vårdinsats), som utan tvivel gav vissa följder (vissa kostnader och ojämlikheten ökade, se föregående kapitel). Under 1990-talet kom vissa landsting att följa tendensen med privatisering av vårdleverantörerna, samtidigt som verksamheten förblev offentligt finansierat. Stockholms läns landsting höll på med förberedelser för att privatisera Sankt Görans sjukhus under hela 1990-talet, vilket ägde rum 1999. Efter mitten av 1990-talet började dock konkurrensutsättning och privatisering att ifrågasättas av de flesta landsting (Blomqvist, 2002). Denna privatiseringstendens kom att regleras mer och mer av regeringen, särskilt i och med antagandet av en lag som förbjöd utförsäljning av offentliga sjukhus till privata vinstsyftande företag (Stopplagen, antagen 2005).

### En drastisk kostnadskontroll kompenserad med högre produktivitet

I början av 1990-talet gick Sverige igenom en djup kris med hög arbetslöshet och avsevärda offentliga underskott. Samtidigt ville Sverige förbereda sig för inträdet i Europeiska unionen och uppfylla Maastrichtfördragets ekonomiska kriterier. Välfärdsstaten tvingades till åtstramningar, särskilt inom hälso- och sjukvården. Därmed höjdes inte landstingens statliga subventioner, och en viktig reform förändrade landstingens och kommunernas ansvar, för att få dem att förbättra sina resultat och spara pengar.

Landstingen fick stor frihet 1982 att driva sin egen hälso- och sjukvårdspolitik, men 1992 förändrade en stor reform allt, Ädelreformen. Denna reform överförde landstingens ekonomiska ansvar för icke medicinsk vård av vårdberoende personer som behövde daglig tillsyn till kommunerna (bassjukvård, förebyggande vård, omsorg, omskolning). Det gällde särskilt vårdberoende äldre, som hade ökat väsentligt i antal under 1980-talet. Det handlade främst om få vården närmare patienterna och att prioritera hemsjukvård. Det handlade också om att ge kommunerna ekonomiskt ansvar. De skulle inte bara organisera och finansiera icke medicinsk vård, utan också betala en avgift till landstingens lokala sjukhus för utskrivnings-

klara patienter. Det handlar om sådana personer som fortfarande är inlagda på sjukhus, fast de inte behöver medicinsk vård, för att det inte går att bereda dem någon plats på vårdhem eller låta dem bli utskrivna till hemmet och få hemsjukvård där. Det handlade slutligen om att få igång en omstrukturering och överföra sjukhusvård till primär- och distriktsläkarvården (primary or community care) och hemsjukvården. Tanken var att införa drastiska besparingar inom sjukvården, inte bara genom att dra in budgetanslag, utan genom att omfördela resurser och verksamheter. Det handlade om att utnyttja nödvändigheten att spara för att förbättra systemets produktivitet och omdirigera ett sjukhusinriktat system till ett system inriktat på primärsjukvård och hemsjukvård.

Den omstrukturering som ägde rum i Sverige under 1990-talet är internationellt sett imponerande. Den har gjort det möjligt att kombinera kostnadskontroll och omstrukturering av systemet. Andelen sjukhus i systemet har faktiskt minskat avsevärt så att sjukhusverksamheten kan koncentrera sig på specialistsjukvård och mycket akut sjukvård. Den vardagliga vården är närmare individerna, billigare och mindre sjukdomsalstrande. 45 % av sjukhusens vårdplatser har lagts ner under 1990-talet jämfört med 19 % i Frankrike under samma tid. Systemet sysselsätter idag 20 % mindre personal jämfört med 1990, (Molin, Johansson, 2004). Men samtidigt har landstingen och kommunerna prioriterat sjukvård på servicehus och hemsjukvård, inklusive relativt komplicerad medicinsk vård (som till exempel operation av gråstarr). Samtidigt som antalet sjukhus och vårdplatser på sjukhus har minskat kraftigt har hemsjukvården ökat: "Före ädelreformen (1992) hade endast en femtedel av hemtjänstmottagarna samtidigt tillgång till vård på sjukhus. Det motsvarade ca 35 000 personer. År 2002 uppskattades motsvarande antal till 80 000 personer. Vid reformens ikraftträdande hade 25 procent av de äldre som vårdades hemma insatser dygnet runt genom kvälls- och nattpatruller. Idag har närmare hälften sådana insatser." (Molin, Johansson, 2004, sid. 7) .

Det minskade utbudet av sjukhusvård följs av en omfördelning av resurser till vårdcentraler och framför allt till hemsjukvård. Antalet vårdplatser på sjukhus har minskat, men inte antalet operationer. Samtidigt har antalet sjukskötersketjänster ökat mycket. Det har alltså inte varit frågan om erbjuda mindre vård, utan att erbjuda en annan vård som bättre motsvarar befolkningens förväntningar och den tekniska utvecklingen. Det framgår av tabell 3 att denna omfördelning av resurser har gjort det möjligt att hålla sjukvårdskostnaderna på en stabil nivå under årens lopp: Från 8,2 % av BNP 1990 till 8,4 % av BNP 2000 (samtidigt som sjukvårdskostnaderna ökade från 8,5 till 10,2 % av BNP i Tyskland, från 8,6 till 9,3 % i Frankrike och från 11,9 till 13,1 % i USA).

#### Effektivitet och reaktionsförmåga ("responsiveness"): Den fransk-svenska kontrasten

Omfördelningen har dock inte alltid gjort det möjligt att låta bli att ransonera vården, vilken återspeglas i väntelistor för att få viss sjukvård. Systemets ökade produktivitet har inte alltid gjort det möjligt att kompensera budgettåtningsstramningar (eller stabiliseringar). Liksom i fallet

med andra nationella hälso- och sjukvårdssystem (särskilt det i Storbritannien) där storleken på de anslag som ska gå till hälso- och sjukvård kan bestämmas i förväg av de myndigheter som finansierar vården, har de kostnadskontrollerande åtgärderna också gett upphov till längre väntelistor. I sjukförsäkringssystemen däremot kan inte sjukvårdsanslagen bestämmas i förväg av finansiärerna. Kostnaderna bestäms av patienterna och läkarna, en ökad efterfrågan på vård kan inte bromsas och underskotten blir högre. I Sverige liksom i Storbritannien ger en begränsning av sjukvårdskostnaderna väntelistor, och därmed upphov till stort missnöje bland systemets användare.

För att bemöta detta missnöje har regeringen och Landstingsförbundet kommit överens om att införa incitament för att minska väntetiderna, liksom att införa resultatbaserad ersättning. Den avser att uppmuntra läkarna att möta efterfrågan bättre – se ovan och skyldighet att visa resultat med hjälp av tidsramar för vårdansvaret. 1992 ingicks en överenskommelse som föreskrev garantitider för sjukvård i 12 fall av specialistsjukvård. Patienter som inte fick denna sjukvård inom tre månader efter det att de remitterats till den fick rätt att byta sjukhus och landstingen blev skyldiga att stå för avgifterna. Denna vårdgaranti omprövades 1996 för att bättre garantera tillgången till primärsjukvård och specialistkonsultationer. En ny nationell överenskommelse föreskrev att alla vårdcentraler var tvungna att erbjuda en första kontakt (per telefon eller besök) första dagen som kontakt togs med denna vårdcentral. Om inte den första kontakten var en konsultation med en läkare och en sådan ansågs nödvändig, skulle den erbjudas inom en vecka. Och om det krävdes ett besök hos en specialist skulle det äga rum inom tre månader. I början av 2000-talet har denna överenskommelse kompletterats med en behandlingsgaranti, som anger att om specialistsjukvård rekommenderades efter ett besök hos en specialist, ska denna erbjudas inom tre månader efter denna rekommendation (överenskommelsen träder i kraft i november 2005). Om inte tiderna hålls får patient rätt att byta vårdcentral eller sjukhus, utan att behöva betala någon ny avgift. Alla tillkommande avgifter måste berört landsting betala.

Enligt en rapport från Landstingsförbundet (Molin, Johansson, 2004), "I primärvården vid vårdcentralerna träffar 90 procent av patienter med akuta vårdbehov läkare samma dag och resterande 10 procent inom två dagar. Patienter som inte har akuta vårdbehov träffar i 60 procent av fallen en läkare samma dag och för 22 procent är väntetiden 1–7 dagar. 18 procent väntar längre än sju dagar." (Molin, Johansson, 2004, sid. 6). Dessa uppgifter visar att siffrorna hamnar nära de mål som angavs i överenskommelsen. Men om man jämför siffrorna med situationen för en patient i ett land där primärsjukvården är fri och där utbudet är rikligt, kan man se skillnaderna. En fransk patient, i en stor stad, kan räkna med att få tid hos en allmänläkare samma dag eller dagen efter det att patienten har ringt. Här handlar det inte så mycket om sjukvårdens svårigheter. Uppgifter visar att vårdresultaten är lika bra eller bättre i Sverige än i Frankrike, även med lite extra väntetid) Det handlar istället om primärvårdssystemets bekvämlighet och reaktionsförmåga. Det franska systemet tillåter ett (för) rikligt utbud av allmänpraktiserande läkare (en av två läkare i Frankrike – OECD, 2005) samtidigt som det

svenska systemet utan tvekan saknar allmänpraktiserande läkare (en av fyra läkare i Sverige – ibid.) varför inte efterfrågan på primärsjukvård kan tillgodoses omedelbart.

När det gäller specialistvård, "Väntetiden för att träffa en läkare vid sjukhus varierar, från områden där mer än 87 procent tas emot inom tre månader (barn – och ungdomspsykiatri) till områden där endast 44 procent tas emot inom samma tid (allergimottagningen). Väntetiden till behandling vid sjukhus varierar ännu mer, från områden där 94 procent av patienterna behandlas inom tre månader (ballongvidgning vid hjärtsjukdom) till områden där motsvarande siffra är 23 procent (plastikkirurgi). (Molin, Johansson, 2004, sid. 6). Än en gång blir det intressant med en jämförelse med Frankrike. I Frankrike kan man konsultera en specialistläkare ute på stan direkt, på dennes mottagning. Det finns en ojämlik tillgång, beroende på i vilket område man befinner sig. Läkarna har faktiskt full etableringsfrihet i Frankrike, och särskilt specialisterna föredrar att slå sig ner i lite rikare kvarter och i soliga regioner (se kapitel 2). Därför är det vanligt att en patient måste vänta mer än sex månader på tid hos en ögonläkare i ett fattigt kvarter i norra Frankrike, samtidigt som det går att få en tid snabbt i södra Paris och på Rivieran. Frankrike har fått en tillgång till specialistläkare som utvecklas olika snabbt beroende på inkomst. Att släppa etableringen och tillgången till läkare fri (så som rekommendationerna för Sverige lyder i en färsk rapport från OECD i juni 2005) kan alltså skapa felaktiga incitament som leder till mer ojämlik tillgång till vård och ökade kostnader. I Frankrike däremot försöker man införa en allmänt tillgänglig vård, och ge de allmänpraktiserande läkarna rollen som gate keeper för att kunna spara och undvika konsultationer och onödiga undersökningar. Dessutom kan man följa upp de sjuka bättre och undvika motstridiga undersökningar. Även om fransmännen är glada för att de får välja sin läkare och att alla snabbt kan få en läkartid, vill läkarna i den offentliga sjukvården och de politiska ledarna rationalisera det dyra och ineffektiva franska hälso- och sjukvårdssystemets organisation.

"Sett till förekomsten av ett antal vanliga medicinska insatser för äldre, är svensk sjukvård lika tillgänglig som vården i andra länder inom EU. Det gäller inte minst på områden av stor vikt för den växande gruppen äldre personer, exempelvis operation av grå starr där Sverige leder utvecklingen, höftledsoperationer och hjärt-kärloperationer." (Molin, Johansson, 2004, sid. 6). Det är alldeles riktigt att notera likheten mellan den svenska situation och den i andra europeiska länder när det gäller sjukhusvård. Det förklaras bland annat av det faktum att sjukhusens organisation och förvaltning alltmer liknar varandra från ett land till ett annat: Läkarna på sjukhusen är avlönade även om de, som i Frankrike, har rätt att ta emot privata patienter. Det tog sjukronorsreformen bort. Sjukhusen får en i förväg fastställd budget, som oftast bestäms i förhållande till verksamhet. Än en gång framträder skillnaden med Frankrike, där väntetider för behandling på sjukhus inte (ännu) är föremål för offentliga debatter. Det som finns i Frankrike är ett dubbelt fungerande sjukhussystem, med långa väntetider på de offentliga sjukhusen. De som kan betala (ibland fem till tio gånger dyrare) får en tid för privat konsultation på samma offentliga sjukhus, så att de kan skynda på saken lite. De kan också söka vård på en privatklinik som subventioneras av socialförsäkringen där väntetiderna är



kortare på grund av att urvalet sker med hjälp av pengar. Den franska lösningen på frågan om väntetider kan tyckas otillfredsställande när det gäller de sociala mål som det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet har fått, dvs att garantera en jämlik tillgång till hälso- och sjukvård för alla) Denna lösning medför för övrigt risken att de rikaste försvinner, som kanske vägrar att betala sociala avgifter för ett system som de inte vill ha. Hittills verkar Sverige ha prioriterat en annan väg: att förbättra produktiviteten i ett system som är till för alla, snarare än att erbjuda en parallell väg för dem som kan betala för att slippa vänta. Sedan slutet 1990-talet har också Socialstyrelsen och Landstingsförbundet gjort gemensam sak för att förbättra sitt hälso- och sjukvårdssystem ytterligare, vilket väcker funderingar om huruvida systemet återigen kommer att koncentreras, eftersom det politiska arbetet numer drivs utifrån ett centrum (med ett styrande eller en samordning utifrån Landstingsförbundet).

### Mot en ny koncentration av systemet?

Oberoende av om det handlar om hälsopolitik eller andra områden, brukar en decentraliseringsvåg ofta följas av en pendlande rörelse i centralstater som Frankrike och Sverige, som lägger stor vikt vid lika behandling av sina medborgare. Lokala förvaltnings decentralisering och självständighet slutar oftast med skilda lokala vägar, och därmed geografisk ojämlikhet. Intensiva perioder av decentralisering följs då ofta av perioder av centralisering, åtminstone för att omdefiniera de gemensamma reglerna som garanterar medborgarnas lika behandling. Sedan början av 2000-talet verkar det som att Sverige följer med i denna tillbakapendlande rörelse mot centrum, efter flera årtionden med kraftiga decentraliseringar av hälsopolitiken.

Sedan början av 2000-talet har också den nationella tillsynsmyndigheten (Socialstyrelsen), liksom Landstingsförbundet, som slogs ihop med Kommunförbundet och blev SKL, Sveriges Kommuner och Landsting, försökt ge det svenska hälso- och sjukvårdssystemet gemensamma bestämmelser för deras funktion för att harmonisera den politik som förs och undvika för stora skillnader mellan regionerna, något som ger upphov till ojämlikhet för medborgarna. Gemensamma regler hade ju fastställts för väntelistorna, och en nationell överenskommelse i början av 2000-talet för rätt till lika behandling. Stopplagen som antogs 2005 var också ett försök att bromsa den lokala politiken med privatisering av sjukhus.

Hälso- och sjukvårdspolitikens mål bestäms allt oftare på central nivå, dvs regeringsnivå eller landstingsförbunds nivå. Mot bakgrund av de geografiska och även sociala skillnaderna publicerades en utredning 2000: "Hälsa på lika villkor: nationella mål för folkhälsan", som mynnade ut i en lag 2003. Där fastställdes elva målområden för att minska de mest flagranta ojämlikheterna på hälsans område. De rör individens ekonomiska och sociala villkor och miljö – arbetsvillkor, beteenden – matvanor, fysiska aktiviteter och riskbeteenden – ... och att göra hälso- och sjukvården "mer hälsofrämjande". Det avtal som ingicks i början av 2000-talet mellan Socialstyrelsen och Landstingsförbundet, kallad Nationell handlingsplan, kännetecknas också av en strävan att underställa landstingen den statliga finansieringen med fastställda riktlinjer på riksnivå, särskilt när det gäller förebyggande vård och tillgång till primärvård.



Samma tendens finns i fråga om läkemedelspolitiken. 1996 infördes en läkemedelsreform som påminde om Ädelreformen. Dittills hade staten svarat för finansiering av läkemedel avsedda för primärvården (outpatient care). För att stoppa den kraftigt stigande konsumtionen av läkemedel i Sverige (+115 % mellan 1990 och 2002, – OECD, 2005, sid. 120), fick landstingen i stigande grad ansvar för finansiering och användning (förskrivning, distribution och konsumtion) av läkemedel. 2001 inrättades en ny statlig myndighet, Läkemedelsförmånsnämnden, som sedan dess koncentrerar fastställandet av samma regler för alla. Denna myndighet bestämmer vilka läkemedel som systemet ska subventionera och hur mycket, samtidigt som alternativa behandlingar föreslås och studeras. Myndigheten arbetar även med att utveckla mycket tydliga incitament för utbyte av ett läkemedel mot ett likadant som är billigare, bland annat mot generiska läkemedel, vars användning är mycket utbredd i Sverige. 2003, 2004 och säkerligen 2005 ökade inte läkemedelsutgifterna per person ... (OECD, 2005, sid. 120).

I Sverige idag handlar debatten om en omorganisation av hälso- och sjukvårdssystemet och en ny ansvarsfördelning som ska rationalisera en organisation som har blivit för fragmentarisk och splittrad. En statlig utredning, Ansvarskommittén, funderar nu som bäst på hur systemets organisation kan bli bättre, och många aktörer vill att systemet ska koncentreras till några få regioner, så att en mer sammanhängande politik kan föras, den uppenbara ojämlikheten minskas och resurserna få samverka (pooling) – särskilt för den mycket specialiserade vården.

### Jämförelsevis avundsvärda resultat, som inte alltid uppskattas inom landet

I kapitel 2 redogjordes för hur man kunde bedöma hälso- och sjukvårdssystemens resultat utifrån fyra kriterier: 1. Vårdkvalitet och hälsoresultat, 2. jämlik tillgång till hälso- och sjukvård, 3. ekonomisk hållbarhet och kostnadskontroll och 4. aktörernas frihet och systemets reaktionsförmåga. Det handlar om fyra bedömningskriterier (hälsomässigt, socialt, ekonomiskt och politiskt) som inte alltid låter sig förenas. Trots de ekonomiska svårigheterna som rådde under 1990-talet, och efter en mängd reformer under de åren, visar det svenska hälso- och sjukvårdssystemet goda resultat när det gäller de tre första kriterierna, vilket har lovordats mycket av de internationella organisationerna och i de internationella jämförelserna. Det som återstår är de svenska användarnas missnöje och oro (missnöje när det gäller det fjärde kriteriet) som gör det svenska systemet till den inhemska politikens måltavla, och tvingar regeringen till ständiga reformer.

Efter det att Frankrike 2000 klassades som det bästa hälso- och sjukvårdssystemet i världen (och då en mängd frågor kring denna klassificering väcktes), har Världshälsoorganisationen återigen gjort en klassificering och placerat Sverige på första plats, särskilt när det gäller dödlighet på grund av orsaker som ett sjukvårdssystem kan hantera (citerat i OECD 2005, sid. 109). I OECD:s senaste "ekonomiska undersökning" om Sverige publicerad i juni 2005, understryks i kapitel 5 det svenska hälso- och sjukvårdssystemets stora kvalitet och styrka: "En

gammal, men frisk, befolkning; kvaliteten tycks vara hög; systemet är innovativt och flexibelt; evidensbaserad medicin används för att höja kvalitet och ange prioriteringar; patienterna har en betydande valfrihet” (OECD, 2005). Låt oss nu titta på situationen i Sverige utifrån de fyra bedömningskriterierna.

### Bland de bästa folkhälsoresultaten i världen

I kapitel 2 underströks att den svenska befolkningens allmänna hälsotillstånd är utmärkt (bland de två eller tre bästa i världen) fast svenskarna är äldst i världen.<sup>77</sup> I figur 1 på nästa sida återges andra uppgifter som kommer från OECD, som visar att nästa alla hälsoindikatorer hos befolkningen i Sverige är bättre än i de flesta OECD-länder, och att de dessutom har blivit ännu bättre (OECD, 2005, sid. 133).

I andra kapitlet nämndes att en befolknings hälsotillstånd inte alltid kan tillskrivas hälso- och sjukvårdssystemet.<sup>78</sup> Om man koncentrerar sig på de hälsoindikatorer som specifikt kan tillskrivas hälso- och sjukvårdssystemet (t.ex. barnadödlighet och överlevnad efter cancer eller hjärtattack), är resultaten i Sverige utmärkta, landet hamnar på första plats i världen (OECD, 2005, sid. 108–109).

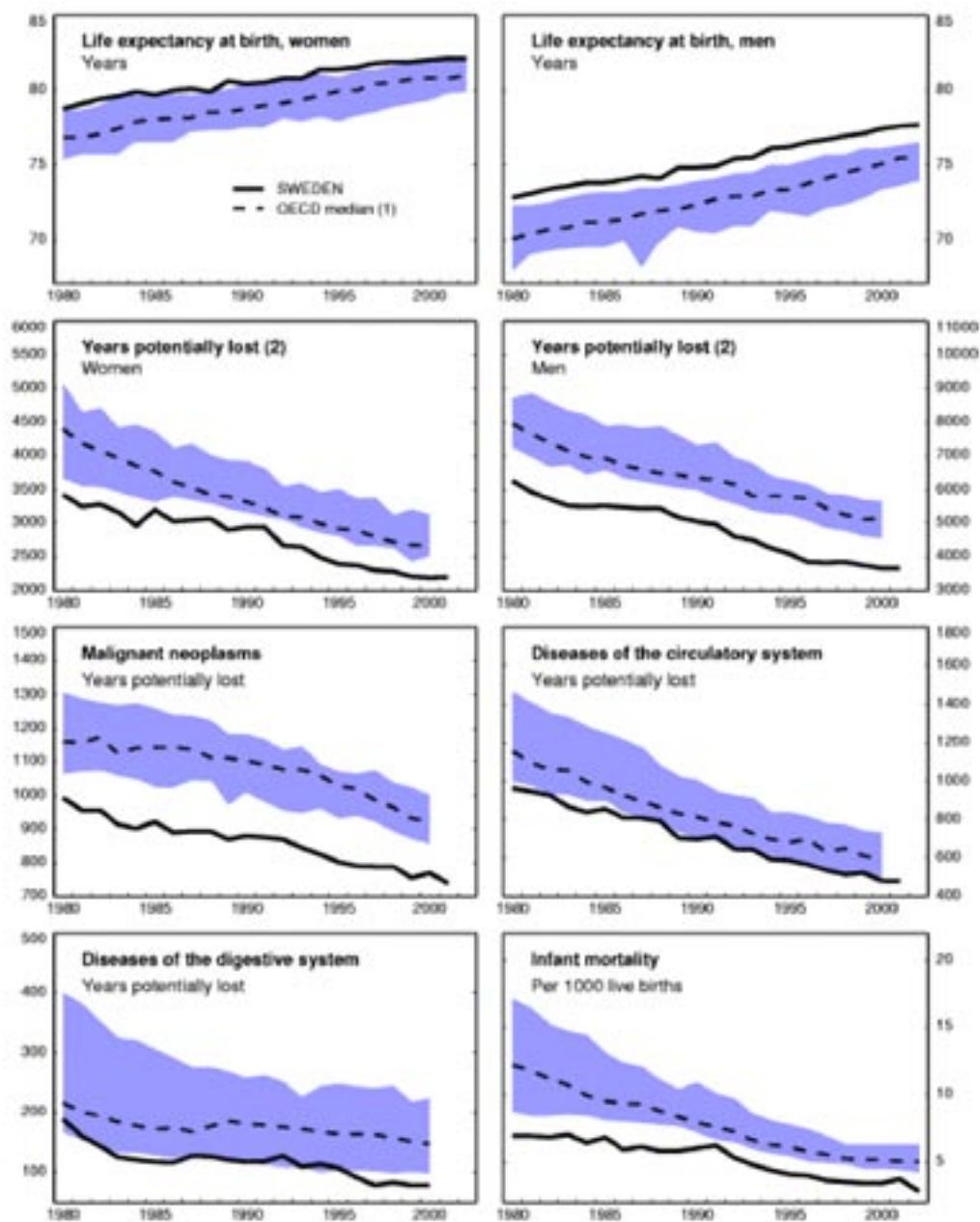
### Lite mer ojämlikhet

Ett kollektivt hälso- och sjukvårdssystem motsvarar ju en önskan att ge alla tillgång till hälso- och sjukvård oberoende av den sjukas sociala situation och inkomster, och oavsett hälsotillstånd. Det handlar om att inte strunta i dem som inte har råd att betala för hälso- och sjukvård, samtidigt som man undviker att välja bort ”högriskerna” som de privata försäkringarna gör. Det finns flera sätt att mäta ett hälso- och sjukvårdssystem jämlika tillgång till vård. Vi har redan understrukt att ju mer ett system garanterar det offentliga ansvaret för sjukvårdsutgifterna desto färre risker för social differentiering. Sverige är det land som står för den högsta offentliga täckningen av sjukvårdskostnaderna. De offentliga sjukvårdsutgifterna utgör 85,35 % av de totala sjukvårdsutgifterna mot bara 44,9 % i USA. Detta resultat kan tyckas anmärkningsvärt då Sverige har fört en politik för att drastiskt minska sina sjukvårdskostnader. Detta har skett utan att den kollektiva delen av ansvaret för sjukvårdskostnaderna har minskat. Den var nästan 90 % i slutet av 1980-talet och 85,3 % 2002/2003 – OECD:s hälsodata, 2004. I många andra länder har den viktigaste lösningen på ökade kostnader varit att minska den kollektiva ansvarsdelen och släppa de privata sjukvårdskostnaderna fria. Det har skett t.ex. i Frankrike när det gäller distriktssjukvårdens sjukvårdskostnader. Därmed har den ojämlika tillgången till vård ökat. Som vi har sett tidigare föredrog Sverige att bevara en jämlik form

<sup>77</sup> Ett av kriterierna där Sverige låg sämre till än flera länder var kvinnors medellivslängd, som är lägre i Sverige än i flera andra länder. Man kan då fråga sig varför männens medellivslängd är högre där, något som gör att Sverige är att föredra när det gäller jämlikhet mellan könen ...

<sup>78</sup> Det finns fyra huvudsakliga hälsofaktorer: 1) Individens genetiska status, 2) livs- och arbetsmiljö: föroreningar, arbetsvillkor osv.), 3) vanor och beteenden (matvanor, tobaks- och alkoholintag, idrottsaktiviteter osv.) och slutligen 4) hälso- och sjukvårdssystem och hälso- och sjukvårdspolitik.

**Figur 1 Hälsoindikatorer (indicators of health status)**



1. The shaded area shows the middle two quartiles (i.e. half the countries fall in this range).
2. The Potential Years of Life Lost is a summary measure of avoidable or premature mortality, providing an explicit way of weighting deaths occurring at younger ages (before 70 years), that are in principle preventable. It is measured as years lost per 100 000 people.

Källa: OECD Health Data 2004.

och försöka anpassa och förbättra systemets produktivitet snarare än låta en privat parallell väg växa fram.

Reformerna under 1990-talet har dock lämnat spår efter sig, och en viss ojämlik tillgång till primärvård har kommit i dagen. OECD har påpekat att de som har högre inkomster oftare söker allmänpraktiserande läkare (och de har antagligen bättre tillgång till primärvård) än de som har lägre eller låga inkomster. Denna ojämlikhet bör förstås utifrån skillnaderna i primärvårdsutbudet (mellan allmänna vårdcentraler och privata läkarmottagningar) och kostnaden för att få tillgång till det. Här finns det mekanismer som påminner om de franska (dock i mindre grad). Privatläkarna, med rätt att etablera sig var de vill, föredrar "fina kvarter" och storstäder. Avgiften som patienterna måste betala per läkarbesök (mellan 100 och 150 kronor beroende på landsting) har säkert en dämpande effekt (eller åtminstone försenande) för låginkomsttagarna, även om det finns en övre gräns på 900 kronor per år. Enligt OECD (2005, sid. 112),<sup>79</sup> finns det ingen ojämlik tillgång till sjukhusvård (inpatient care), där det privata utbudet är begränsat, och där inkomsten inte är något hinder för tillträde.

### Ett ekonomiskt hållbart system

Tack vare det svenska exemplet kan man dra slutsatsen att det inte är de som lägger ner mest pengar på hälsan som uppnår de bästa resultaten. Sverige har faktiskt hälsoresultat som alltid med god marginal ligger högre än amerikanernas, samtidigt som Sverige har en tredjedel lägre sjukvårdsutgifter i procent av BNP. Som sagt var kan man konstatera att om sjukvårdskostnaderna ökade dramatiskt under 1970- och 1980-talet, har deras senare utveckling vart kontrollerad, åtminstone fram till 2002, även då hälsoresultaten bara fortsätter att bli bättre.

I början av 2000-talet började dock kostnaderna att skjuta i höjden: De har legat på mellan 8 till strax under 9 % av BNP under tjugo år, men passerade tröskeln på 9 % efter 2002 (se tabell 4). Det verkar dock som att detta beror mindre på okontrollerbara tendenser än på politiska val. Under perioder av ekonomisk tillväxt (som pågått i Sverige i flera år) kan det verka logiskt att använda en större del av nationalinkomsten (som ökar) till något som anses vara en god sak, hälsan. I kapitel 3 togs denna tanke upp apropå inkomsteffekten, den huvudsakligaste orsaken till ökade sjukvårdskostnader. Än en gång kan man jämföra de svenska förhållandena (där nivån på de utgifter som går till hälso- och sjukvård kan beslutas och kontrolleras) och Frankrike (där ingen aktör kan kontrollera storleken på de belopp som går till hälso- och sjukvård). I Sverige stabiliseras eller till och med sjunker sjukvårdskostnaderna i tider av ekonomisk utplaning eller tillbakagång. I Frankrike är det helt tvärtom. Att få se den del av BNP som är avsedd för sjukvårdsutgifter öka under tider av tillväxt, när det kunde vara ett kollektivt val, är antagligen mindre bekymmersamt än att se den öka i tider av ekonomisk stagnation eller utplaning, då besparingar istället vore nödvändiga. Denna parallella utveckling av ekonomisk

<sup>79</sup> Som inte delar vår analys här och vill att patientavgiften ska höjas och privatläkarna bli fler. OECD:s rapport tenderar att underskatta de konstaterade ojämlikheterna.

tillväxt och ökade sjukvårdskostnader är för oss ett tecken på god kontroll av sjukvårdskostnaderna, ännu mer anmärkningsvärt då denna kontroll inte sker till priset av uppnådda resultat (tvärtom), varken på hälsoområdet (knappt) eller på jämlikhetsområdet. Priset för denna kontroll är dock högt för medborgarna och styresmännen, det är ett politiskt pris: Ett (relativt) missnöje från medborgarna på grund av en (relativ) vådransonering och väntelistor för vissa konsultationer och viss vård.

### Medborgarnas missnöje och oro

Internationella undersökningar har visat att svenskarna är relativt missnöjda med sitt hälso- och sjukvårdssystem, eller uttryckt så här: Svenskarna är inte lika nöjda med sitt system som de skulle kunna vara med tanke på resultatet. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ligger i topp i alla internationella klassificeringar, utom när det gäller användarnas uppskattning. Uppgifterna från hälsoforskningsinstitutet Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), (<http://www.irdes.fr/ecosante/OECD/fr/64.html>), har visat att färre än 60 % av svenskarna är nöjda med sitt system, en siffra som har sjunkit jämfört med i mitten på 1990-talet, och som framför allt placerar Sverige ganska långt efter andra system (oftast sjukförsäkringssystem, som alltid har låga sociala, hälsomässiga och ekonomiska resultat.

**Tabell 5 Andel medborgare i sjutton länder som är nöjda med sitt hälso- och sjukvårdssystem, 1999 och 2000.**

Land	Procentandel som är nöjda med systemet <sup>1</sup>
Österrike	83
Frankrike	78
Belgien	77
Danmark	76
Finland	74
Nederländerna	73
Luxemburg	72
Sverige	59
Storbritannien	56
Tyskland	50
Irland	48
Spanien	48
Kanada	46
USA	40
Italien	26
Portugal	24
Grekland	19

Källa: Robert J. Blendon, Minah Kim, and John M. Benson, "The Public versus the World Health Organization on health system performance", Health Affairs, vol.20, N°3, May-June 2001. Eurobarometer 52.1 (1999). Siffrorna som gäller USA och Kanada kommer från Harvard School of Public Health (2000).

Anmärkning: Länderna har rangordnats efter andel nöjda medborgare: Österrike har det bästa resultatet och Grekland det sämsta.

<sup>1</sup> Procentandel som uppgav att de var "mycket eller ganska nöjda" med sitt eget hälso- och sjukvårdssystem.

Svenskarna är i det stora hela mycket mer bekymrade än övriga européer över sitt sjukvårdssystemets framtid. Enligt de senaste rapporterna från Eurobarometer var det faktiskt hälso- och sjukvårdssystemet som bekymrade svenskarna mest under 2003 och 2004, tre gånger mer än någon annanstans. Då frågan om arbetslösheten fortfarande var den viktigaste frågan för alla européer sammantaget, kom denna fråga bara på andra plats i Sverige, efter frågan om hälso- och sjukvårdssystemet.

Här finns uppfattningen att sjukförsäkringssystemen, även om de inte har så goda kollektiva resultat (jämlig tillgång till vård, folkhälsa och ekonomiska kostnader), bättre motsvarar medborgarnas/patienternas förväntningar om valfrihet och reaktionsförmåga.

Om man försöker förstå svenskarnas förhållande till sitt hälso- och sjukvårdssystem beror missnöjet i huvudsak på väntetider och en upplevelse av personalbrist. Landstingsförbundet har faktiskt inrättat ett system för återkommande utfrågning av svenskar som har varit i kontakt med hälso- och sjukvården och ställer frågor till dem om hur nöjda de har varit.<sup>80</sup> Med hjälp av dessa data (mer detaljerade än t.ex. Eurobarometers) kan man konstatera en något högre grad av tillfredsställelse, eftersom bara drygt 20 % i medeltal av de utfrågade personerna gav ett starkt negativt svar på frågan.<sup>81</sup>

Missnöjet är huvudsakligen riktat mot svårtillgängligheten. Bland de 37 % utfrågade som hade försökt ta kontakt med hälso- och sjukvårdssystemet per telefon hade de flesta ringt till en vårdcentral, 10 % hade ringt ett sjukhus och 4 % en akutmottagning. Ungefär 18 % uppgav att det var lätt att komma i kontakt med systemet på detta vis, och 10 % tyckte att det var mycket svårt. Men då de tillfrågades om de fick den hjälp de förväntade sig efteråt, svarade bara 37 % positivt och 61 % negativt. Då svenskarna tillfrågades hur systemet borde ändras tyckte nästan 33 % att väntetiderna borde vara kortare (ett svar som samlade flest tillfrågade), och mer än 25 % tyckte att det saknades personal. När personerna väl var inne i systemet verkade de nöjda. Mer än 80 % av de tillfrågade som hade sökt eller fått vård tyckte att läkarna hade ägnat dem tillräckligt med tid, behandlat dem hänsynsfullt och gett dem nödvändig information. En mycket stor majoritet av svenskarna som har haft med hälso- och sjukvården att göra tycker att de har fått den vård de behövde (tabell 6).

Det verkar som att hälso- och sjukvårdssystemet hade dåligt rykte, men att det dämpades en aning och gav plats åt en positivare uppfattning så fort svårtillgängligheten raserats och hindret passerats. Man kan föreställa sig att denna skamfilade bild av systemet beror på den oro som vissa offentliga debatter och presskampanjer väcker hos svenskarna, som är mycket angelägna om sitt hälso- och sjukvårdssystem. Det finns många exempel på tidningsartiklar som tar upp de långa väntelistorna eller problem med behandlingsmisstag eller felvårdade sjukdomar eller inte vårdade alls. Kunskapen om systemets resultatsiffror visar att artiklarna överdriver

<sup>80</sup> Vårdbarometern kan besökas på följande webbplats: <http://www.vardbarometern.nu/main.asp>. 0,5% av den svenska befolkningen frågas slumpmässigt ut var fjärde månad.

<sup>81</sup> Jag skulle vilja tacka Jesper Stenberg och Jesper Olsson för deras data och analyser.



**Tabell 6 Jag har tillgång till den vård jag behöver!**

5	47 %	Totalt tillfrågade: 111 784
4	22 %	
3	17 %	
2	7 %	
1	5 %	
Vet inte	2 %	

Källa: Vårdbarometer, Jesper Stenberg

fenomen som inte är så vanligt förekommande. Men när pressen uttalar sig motsvarar det en oro hos den allmänna opinionen. Pressen driver faktiskt inte kampanjer i frågor som inte allmänheten är intresserad av, pressen ger oftast röst åt den allmänna opinionen. Svenskarnas missnöje och oro, även om det är ogrundat, motsvarar ändå ett faktiskt politiskt problem.

Det finns flera saker som kan förklara detta problem. Oron kan bero på att systemet har genomgått många reformer, ständigt nya ansvarsfördelningar i systemet mellan de olika förvaltningsnivåerna, varför frågan om systemets organisation ständigt hamnar i skottgluggen och väcker en känsla av svaghet i systemet (och därmed en oro). Det som har upplevts som ett tecken på flexibilitet och styrka av OECD (2005), som lovordar det svenska hälso- och sjukvårdssystemets anpassningsförmåga, kan upplevas som ett tecken på svaghet och ge upphov till oro bland svenskarna.

Framför allt kan man se vilka konsekvenser olika avgöranden har medfört, mellan jämlikhet och ekonomisk hållbarhet å ena sidan (i förväg kontrollerat system) och frihet och reaktionsförmåga å den andra. Fallet med svenskarna visar de politiska svårigheterna med reformer av hälso- och sjukvårdssystem: Kriterierna om användarnas (väljarnas) uppfattning av tillfredsställelse rör sig kring systemets reaktionsförmåga, frånvaron av hinder eller dröjsmål vid tillgången till vård, valfrihet och fri rörlighet i systemet. Dessa preferenser ligger långt ifrån andra kriterier: Sociala (jämlig vårdtillgång och jämlig folkhälsa), hälsomässiga (hälsoresultat) och ekonomiska (ekonomisk hållbarhet), där det kollektiva intresset är uppenbart, men som ibland hamnar i skymundan för alla medborgare/patienter.

Låt oss dock understryka att om man ska bemöta detta politiska problem, och följa de vägar som OECD föreslår (höjning av användarnas ansvarsdel, fler privata leverantörer och privata försäkringar – se OECD 2005), riskerar systemet att hamna i en politiskt värre storm. Jämförelser har visat att sådana åtgärder faktiskt skulle sluta med större ojämlikhet och kraftigt ökade sjukvårdskostnader (utan garantier om bättre hälsoresultat). Att erbjuda de rika en parallell behandlingsväg riskerar att sänka nivån på deras stöd till det offentliga systemet, där deras ekonomiska kapacitet att betala de skatter de gör är nödvändig. Det går inte att göra annat än att uppmuntra det svenska hälso- och sjukvårdssystemets organisatörer att fortsätta med förbättringar av kvaliteten och effektiviteten hos ett system som är till för alla.



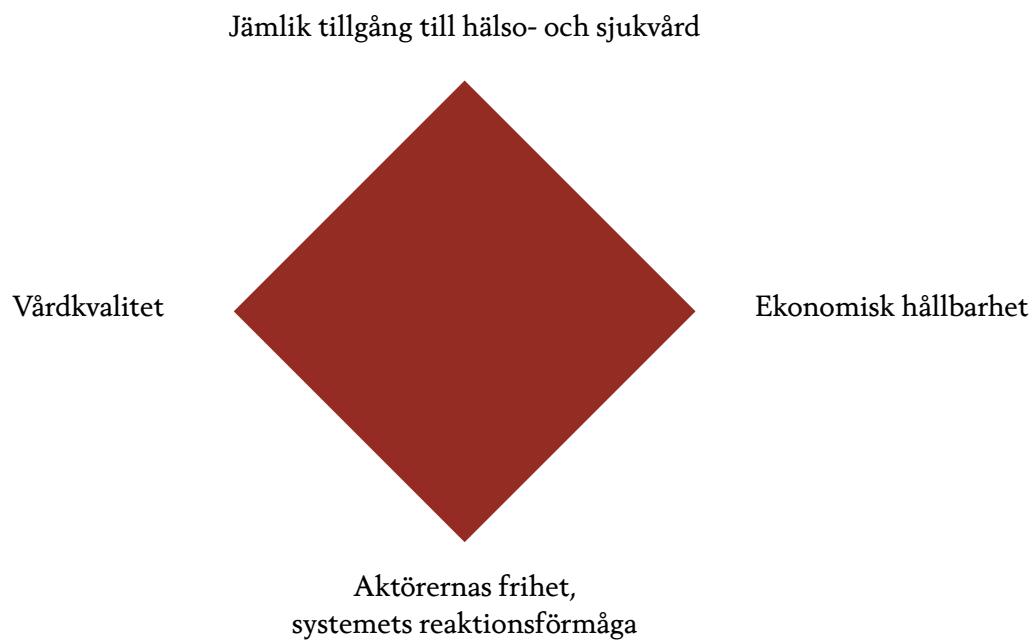
## Slutsats

Under senare år har alla hälso- och sjukvårdssystem i industriländerna varit föremål för mer eller mindre genomgripande reformer. Dessa reformer har alla strävat efter att minska eller åtminstone kontrollera de offentliga kostnaderna. Reformerna har inneburit regleringsmekanismer baserade på konkurrens mellan aktörer (försäkringsgivare och vårdgivare), i hopp om att deras effektivitet skulle öka. Införandet av konkurrens ger dock upphov till ojämlikhet, och ofta ökade sjukvårdskostnader. Med en sådan politik handlar det inte om att stävja de totala sjukvårdskostnaderna utan att överföra en del av vårdansvaret till den privata sektorn.

Det kan verka konstigt att man väljer lösningar som man vet ökar ojämlikheten och kanske ökar de totala sjukvårdskostnaderna då man vill kontrollera sjukvårdskostnaderna. Det är annat som tynger dessa reformer: Först och främst en önskan att anpassa hälso- och sjukvårdssystemen till nya ekonomiska förhållanden som tvingar fram sänkta sociala avgifter och minskade offentliga utgifter och som i stigande grad lovordar marknadsmekanismer som allmängiltiga reglerare. Större frihet och konkurrens i hälso- och sjukvården tycks för övrigt också motsvara användarnas höga förväntningar, otåliga på grund av de offentliga hälso- och sjukvårdssystemens långa väntetider och angelägna om att genast kunna utnyttja alla medicinska framsteg.

Reformerna av hälso- och sjukvårdssystemen är liksom utspridda på fyra ofta motsägelsefulla mål, som utgör cirkelns kvadratur: Säkerställa systemens ekonomiska hållbarhet, men också en jämlik tillgång till vård, vårdkvalitet och slutligen patienternas och vårdpersonalens frihet och bekvämlighet (se diagram). Alla reformer försöker förena dessa sociala mål (samma vård åt alla), folkhälsomål (bästa vårdresultat), ekonomiska mål (ekonomisk hållbarhet och konkurrenskraft) och politiska mål (nöjda användare och vårdgivare, dvs. respekt för deras valfrihet och handlingsfrihet och inga väntetider ...). Om det inte går att skapa en reform som kan förbättra alla dessa dimensioner på en gång, är det dock viktigt att redogöra för alla medborgare klart och tydligt vilka konsekvenser de olika alternativen får. Särskilt valet av frihet och bekvämlighet på bekostnad av jämlikheten.

## Hälsa- och sjukvårdsreformernas kvadratur



# Bibliografi

Berthod-Wurmser Marianne, Régulation et réformes de la protection maladie en Europe, *Revue française d'administration publique*, nr 76, oktober–december 1995, sid. 585–598.

Blomqvist, Paula, Ideas and Policy Convergence, Health Care Reforms in the Netherlands and Sweden in late 1990s, Columbia University, mimeo, 2002.

CEE, Europeiska kommissionen och Europeiska unionens råd, Soutenir les stratégies nationales pour l'avenir des soins de santé et des soins aux personnes âgées, SOC 116, ECOFIN 77, SAN 41/7166/03, mars 2003.

EPC (Kommittén för ekonomisk politik), *The Impact of Ageing on Public Finances*, EPC/ECOFIN/435/03, Bryssel, oktober 2003.

De Kervasdoué Jean, *L'hôpital*, Paris, puf, "Que sais-je?" ", 2004.

Destais Nathalie, *Le système de santé, organisation et régulation*, Paris, LGDJ, 2003.

DREES, L'évolution du revenu libéral des médecins en 2001, *Études et résultats*, nr 284, januari 2004.

Duriez Marc, Lancy Jean-Pierre, Lequet-Slama Diane, Sandier Simone, *Le système de santé en France*, Paris, PUF, "Que sais-je?" ", 1999.

EOHCS (European observatory on health care systems), *Health care systems in transition: Sweden*, London, London School of Economics, 2001.

EOHCS (European Observatory on Health Care Systems), *Health Care Systems in Eight Countries : Trends and Challenges*, London, London School of Economics, april 2002.

Grignon Michel, Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, *Questions d'économie de la santé*, Paris, credes, nr 66, mars 2003.

Grignon, Michel, et al., L' influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins. in *Les forces de changement dans le système de santé canadien. Les études de la commission Romanow*, Volym II, 2004, sid. 226–260.

Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'État*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997.

Hassenteufel Patrick et al., La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptation nationale, *Politique européenne*, 2, september 2000, sid. 29–48.

Hassenteufel Patrick, Hennon-Moreau Sylvie, *Concurrence et protection sociale en Europe*, Rennes, pur, 2003.

Hassenteufel Patrick, "Agenda 2010, tournant pour l'assurance maladie en rfa", *Bulletin économique du CIRAC*, nr 63, 2003.

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport från den 23 januari 2004.

IGAS, *L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire, étude d'administration comparée*, rapport nr 2002081, maj 2002.

Heidenheimer, Arnold J., Elvander, Nils (dir./ed.), *The Shaping of the Swedish Health System*, Croom Helm London, 1980.

INSERM, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000.

Ito, Hirobumi, *Health Insurance and Medical Services in Sweden and Denmark 1850-1950*, in Heidenheimer et al, op. cit., 1980, sid.44–67.

- Jobert Bruno, Steffen Monika, *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Espace social européen, 1994.
- Lambert Denis-Clair, *Les systèmes de santé*, Paris, Le Seuil, 2000.
- Letourmy Alain, Le gaspillage négocié, in Mire, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe, France, Grande-Bretagne*, Paris, Mire, sid. 323–360, 1995.
- L'Horty Yannick, Quinet Alain, Rupprecht Frédéric, Expliquer la croissance des dépenses de santé, *Économie et prévision*, nr 129–130, sid. 257–268, 1997.
- Loriol Marc, *L'impossible politique de santé publique en France*, Toulouse, ERES, 2002.
- Majnoni d'Intignano Béatrice (med Ulmann Philippe), *Économie de la santé*, Paris, PUF, 2001.
- Martin Claude (dir.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?*, Rennes, Res Publica, 2003.
- Molin, Roger, Johansson, Lars, *Swedish Health Care in Transition, Resources and Results with International Comparisons*, Landstingsförbundet, 2004.
- Moreau Yannick, Berthod-Wurmser Marianne, Béchon Cécile, *Dépense de santé, un regard international*, Paris, La Documentation française, 1992.
- OECD (Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling), *Panorama de la santé*, Paris, OECD, 2003.
- OECD, *Health at a Glance – OECD Indicators 2003*, Paris, OECD, 2003.
- OECD "Chapter 5: Improving Quality and Value of Money in Healthcare", *OECD Economic surveys: Sweden*, OECD, 2005, sid. 103–135.
- OECD/IRDES, 2004, *éco-santé*, uppgifter från OECD och IRDES om OECD-ländernas hälso- och sjukvårdssystem.
- Världshälsoorganisationen, *The World Health Report*, WHO, 2000.
- Palier Bruno, *Gouverner la Sécurité sociale, les transformations du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, puf, 2002.
- Pierru Frédéric, Serré Marina, Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie, *Lien social et politiques*, nr 45, 2001.
- Politix*. La santé à l'économie, nr 46, andra kvartalet, 1999.
- Rochaix, Lise, Jacobzone, Stéphane, "L'hypothèse de demande induite: un bilan économique", Numéro spécial économie de la santé, *Economie et Prévision*, nr 129–130, juli–sept. 1997, 3/4, sid. 25–35.
- Rochaix, Lise, "Les modes de rémunération des médecins. *Revue d'Economie Financière*, nr 76, 2004, sid. 223–239.
- Svensk hälso- och sjukvård i internationell belysning – En jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*, (rapport under ledning av Roger Molin), Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, 2004.
- Volovitch Pierre, Égalité devant les soins, égalité devant la santé: quel rôle pour l'assurance maladie?, *Revue de l'IRDES*, nr 30, 1999.
- Volovitch Pierre, *Quelle utilisation de l'outil économique dans le champ de l'assurance maladie?*, Communications de l'IRDES, 2004.



# Hälso- och sjukvårdens reformer

I denna rapport görs en jämförelse mellan några länders olika hälso- och sjukvårdssystem. En tillbakablick på den historiska framväxten av de olika systemen ger en förståelse för hur traditioner och kulturella skillnader har påverkat hälso- och sjukvården. En jämförelse mellan systemen i en rad variabler visar att inget system är perfekt. Alla har sina för- och nackdelar.

*Denna rapport finns att hämta på [www.skl.se](http://www.skl.se)*

ISBN-10: 91-7164-129-7

ISBN-13: 978-91-7164-129-8



118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20

Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50

[info@skl.se](mailto:info@skl.se), [www.skl.se](http://www.skl.se)

*Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan*