

SNS
välfärdsrapport
2010

Vårdens utmaningar

Anders Anell

Ulf-G. Gerdtham (red.)

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
Telefax: 08-507 025 25
info@sns.se
www.sns.se

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – är ett fristående nätverk av beslutsfattare och opinionsbildare i privat och offentlig sektor. SNS vill genom forskning, bokutgivning och möten bidra till debatt och rationella beslut i samhällsfrågor.

SNS Välfärdsrapport 2010
Vårdens utmaningar
Anders Anell och Ulf-G. Gerdtham (red.)

Första upplagan
Första tryckningen

© 2010 Författarna och SNS Förlag
Omslag och grafisk form: Patrik Sundström
Tryck: Elanders, Mölnlycke, 2010

ISSN 1653-3909
ISBN 978-91-86203-58-0

Innehåll

Förord	5
1. Några av vårdens utmaningar	7
<i>Anders Anell</i>	
2. Utvärdering av medicinsk teknologi och hälsoekonomi	42
<i>Ulf Persson</i>	
3. Vad ska vi välja? Om vårdens prioriteringar	78
<i>Per Carlsson</i>	
4. Sjukvårdens långsiktiga finansiering	114
<i>Carl Hampus Lyttkens</i>	
5. Det blir inte alltid som planerat. Om nya styrmodeller och deras varierande resultat	148
<i>Gudbjörg Erlingsdóttir</i>	
6. Valfrihet och konkurrens i primärvården	176
<i>Anders Anell och Gert Paulsson</i>	
7. Öppen redovisning av sjukvårdens kvalitet: Förhoppningar, utmaningar och vägen framåt ..	207
<i>Charlotta Levay</i>	
8. Hälsans fördelning i befolkningen	224
<i>Ulf-G. Gerdtham</i>	
Register	252
Författarna	259
Referensgrupp	261

Den svenska modellen med huvudsakligen offentligt finansierad produktion av välfärdstjänster står inför stora utmaningar. Efterfrågan på utbildning, hälso- och sjukvård, åldringsvård osv. ökar hela tiden. Det beror dels på befolkningsutvecklingen (t.ex. en åldrande befolkning), dels på att Sverige blir ett allt rikare samhälle. Ju rikare ett samhälle blir desto större andel av inkomsterna vill medborgarna lägga på tjänster i olika former, inklusive utbildning och sjukvård. Därtill kommer att tjänsteproduktion som exempelvis vårdtjänster har lägre produktivitetstillväxt än varuproduktion eftersom den är mer personalintensiv och därmed inte lika lätt kan effektiviseras. Till skillnad från andra områden leder den tekniska utvecklingen inom sjukvården snarare till *ökade* kostnader, eftersom den innebär att vården kan åstadkomma allt mer. Allt fler sjukdomar kan botas, allt svårare kirurgiska ingrepp kan göras och nya mediciner utvecklas med allt färre bieffekter. Detta är i sig positivt, men det gör också att vården gör anspråk på en större del av samhällets totala resurser – och skulle göra så även om den vore privat finansierad och producerad till 100 procent.

Temat för årets välfärdsrapport från sns är *Vårdens utmaningar* och det knyter an till sns långa engagemang i svensk hälso- och sjukvård. sns senaste forskningsprojekt i ämnet betonade i sin slutrapport *Medicin för Sverige* (2007) de medicinska innovationernas betydelse för produktivitet och kvalitet. Ambitionen i årets välfärdsrapport har varit att identifiera centrala långsiktiga utmaningar inom hälso- och sjukvården och resonera kring vilka åtgärder som kan vara motiverade för att bemöta dessa.

Hur prioriteringarna inom vården ska göras och den långsiktiga finansieringen ska lösas är ett par av de centrala utmaningarna. De ökade kraven från befolkningen på vad vården ska leverera ställer dessutom också högre krav på styrning, ledning och kvalitetskontroll, och rapporten analyserar erfarenheter av att införa nya styrmodeller. Samtidigt är den stigande efterfrågan på vård inte jämnt

fördelad eller styrd av något absolut objektivt vårdbehov, utan varierar med människors inkomster och betalningsförmåga.

Rapporten betonar vikten av helhetsperspektiv. Många av vårdens utmaningar är förknippade med ett visst mått av »silotänkande« inom sektorn, vilket bidrar till att de samlade resurserna inom sektorn inte alltid används på effektivaste sätt. Det beror dels på decentraliserat kostnadsansvar inom vårdsektorn och kostnadskontroller för enskilda produktionsfaktorer som personal, läkemedel och byggnader, dels på att externa effekter inte alltid beaktas, som t.ex. kostnadsbesparingar utanför vården.

Välfärdsrapporten är en antologi. Det har gjort det möjligt att beröra fler utmaningar och få fler perspektiv. Många av författarna är hälsoekonomer, och ansatsen är därför ofta ett samhällsekonomiskt perspektiv i termer av vilka resurser hälso- och sjukvården tilldelas, och vad patienter och medborgare får för pengarna.

SNS vill tacka de åtta författarna i Välfärdsrådet 2010 för deras insatser: professor Anders Anell, professor Per Carlsson, fil dr Gudbjörg Erlingsdóttir, professor Ulf-G. Gerdtham, fil dr Charlotta Levay, professor Carl Hampus Lyttkens, ekon dr Gert Paulsson, och professor Ulf Persson.

Ett extra tack till redaktörerna Anders Anell, som även fungerat som extern projektledare genom hela forskningsprojektet, och Ulf-G. Gerdtham.

SNS tackar referensgruppen som under ledning av professor Håkan Billig, huvudsekreterare för medicin i Vetenskapsrådet fram till i år, har bidragit med tid, värdefulla kommentarer och finansiellt stöd.

SNS hoppas att 2010 års Välfärdsrapport kommer till användning i samhällsdebatten. Den erbjuder både intressant och provocativ läsning.

Stockholm, november 2010

ANDERS VREDIN, vd SNS

ARVID WALLGREN, forskningsledare SNS

I det här kapitlet introduceras de utmaningar i vården som tas upp i boken utifrån en lägesrapport över den svenska hälso- och sjukvårdens resurser och finansiering respektive vad patienter och medborgare får för pengarna. De samlade hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige har sedan 1995 utvecklats lika snabbt som genomsnittet i OECD. Sjukhussektorn svarar i de flesta länder för den största delen av ökningen men har varit särskilt betydelsefull i Sverige. Sett till verksamhetens resultat och kvalitet har svensk vård ett välförtjänt gott rykte. Vårdens bidrag är dock inte lika imponerande om man ser till förändringar över tiden och i relation till insatta resurser. Det finns länder som haft en bättre utveckling av resultaten än Sverige under senare år. Innovationer i form av nya kunskaper och metoder för prevention, diagnostik och behandling har haft ett avgörande inflytande över utvecklingen och är också utgångspunkt för många av de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför.

De senaste två årtiondena har svensk hälso- och sjukvård genomgått många strukturella och organisatoriska förändringar. Verksamheten och dess resultat har ifrågasatts på ett helt annat sätt än tidigare. Kraven på att även hälso- och sjukvården måste ta hänsyn till ekonomiska restriktioner har ökat. De förändringar som genomförts har gett kontinuerligt bränsle åt en mestadels kritisk debatt kring behovet av förändringar, alternativa handlingsvägar samt nyttan av de förändringar som faktiskt genomförts. Det har verkligen inte saknats nya utmaningar för den vårdpersonal som tvingats anpassa sig till alla förändringar, men inte heller för de po-

litiker och chefer som har ansvarat för hälso- och sjukvårdens utformning och utveckling på systemnivå.

Under 1990-talet låg fokus i förändringsarbetet på att förändra hälso- och sjukvårdens yttre strukturer och ansvarsfördelningen mellan landsting och kommuner. Viktiga förändringar var t.ex. ädelreformen, som innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för vården och omsorgen av äldre, och förändringarna inom sjukhussektorn som bl.a. innebar en koncentration av vården till färre kompletta akutsjukhus. På 2000-talet har nya frågor tillkommit som handlar om hur den öppna vården kan utvecklas. Fokus har efter hand också skiftat till förmån för vårdens inre struktur och hur man kan utveckla vårdens processer och skapa en bättre samverkan och integration mellan olika vårdgivare med patienten i fokus. Viktiga målsättningar har varit att utveckla verksamhetens kvalitet och förkorta väntetiderna, sett till hela behandlingskedjan snarare än för enskilda besök. Det har också uppfattats som allt mer angeläget att öppet redovisa hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat.

Hälso- och sjukvården utgör en mycket stor del av ekonomin och finansieras till största delen gemensamt via skatt. Vården påverkar dagligen många människors liv och välbefinnande. Det är ytterligare faktorer, utöver de förändringar som genomförts, som bidrar till att frågor om hälso- och sjukvårdens resurser, framgångar och tillkortakommanden upptar ett stort utrymme i den allmänna debatten. Rubriker i media har handlat om hur nya medicinska behandlingar skapat förbättringar för olika patientgrupper, men minst lika ofta om problem i form av långa väntetider, bristande patientsäkerhet, finansiella underskott, verksamheter som lagts ned och krav på besparingar. Beroende på vilka nyheter som fokuseras kan man få intryck av att hälso- och sjukvården antingen ständigt förbättras, alternativt förfaller till en allt sämre tillgänglighet och kvalitet till följd av ständiga sparbeting.

Syftet med den här boken är att bidra till den fortsatta utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård genom analyser av ett urval viktiga frågor och långsiktiga utmaningar kring 2010:

- Vilken betydelse har innovationer i form av exempelvis nya behandlingar för en fortsatt förnyelse av vården?
- På vilket sätt kan prioriteringar inom ramen för det offentliga åtagandet genomföras?
- Vilka alternativ finns för vårdens långsiktiga finansiering?
- Vilka är förutsättningarna för införande av nya styrmodeller?
- Kan valfrihet och konkurrens i primärvården skapa en bättre »första linjens vård« och mervärde för patienter och medborgare?
- Kan öppna jämförelser av vårdens resultat ge stöd för innovationer som skapar värde och bidrar till en bättre kvalitet i vården?
- Vilka utmaningar finns sett till hälsans och vårdkonsumtionens fördelning i befolkningen?

De frågor och utmaningar som tas upp överensstämmer inte helt med det förändrings- och utvecklingsarbete som för närvarande prioriteras allra högst i regioner, landsting och kommuner. Två av kapitlen belyser införandet av vårdval i primärvården respektive utvecklingen av öppna jämförelser av verksamhetens kvalitet och resultat. Det är två förändringar som fått mycket uppmärksamhet av både politiker, chefer och vårdpersonal under senare år. Däremot finns inga kapitel om hur man utvecklar kunskapsstyrning och processtänk eller åstadkommer en bättre samordning av vården utanför sjukhusen. Det finns inte heller något enskilt kapitel som berör frågor om vårdens tillgänglighet och hur denna kan förbättras. Vårdens tillgänglighet tillhör annars de frågor som prioriteras allra högst av sjukvårdspolitiker. Ett argument för att dessa frågor inte tas upp är att de nyligen behandlats av andra.¹ Ett annat argument är att frågorna redan får betydande uppmärksamhet. I den här boken fokuseras i stället andra viktiga frågor på systemnivå som är värda att uppmärksammas mer än vad de gör idag. Det

1. Se exempelvis Helgesson & Winberg (2008), Anell & Mattisson (2009), Calltorp & Maathz (2009), Norbäck & Targama (2009) och Lind (2010) när det gäller utveckling av kunskapsstyrning, processer och samverkan.

gäller inte minst betydelsen av innovationer och medicinsk teknologi, alternativen för hälso- och sjukvårdens långsiktiga finansiering, behovet av att utveckla långsiktigt hållbara principer för prioriteringar samt frågeställningar med anknytning till den skevhet till förmån för höginkomsttagare som finns i både hälsans och den offentliga vårdkonsumtionens fördelning i Sverige.

De författare som medverkar i boken har bjudits in att analysera och skriva fritt utifrån sina respektive specialområden. Det finns därför ingen samlad bedömning eller punktlista över rekommendationer. Varje författare svarar istället för sin egen analys och sina egna förslag riktade till beslutsfattare. I det här inledande kapitlet introduceras de övriga kapitlen och hur de hänger samman. Det främsta syftet är dock att ge en lägesrapport över utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård och en bakgrund till valet av de långsiktiga utmaningar som lyfts fram. Som en del av lägesrapporten refereras även slutsatser i tidigare SNS-publikationer som berört svensk hälso- och sjukvård.

En lägesrapport kan naturligtvis struktureras på flera olika sätt beroende på perspektiv och syften. Ur en ekonoms perspektiv blir det naturligt att undersöka vilka resurser hälso- och sjukvården tilldelas och vad patienter och medborgare får för pengarna. Utifrån fakta om resursutnyttjande och resultat i jämförelser med andra länder och sett över tiden kan även frågor kring vårdens effektivitet, måluppfyllelse och styrning diskuteras.

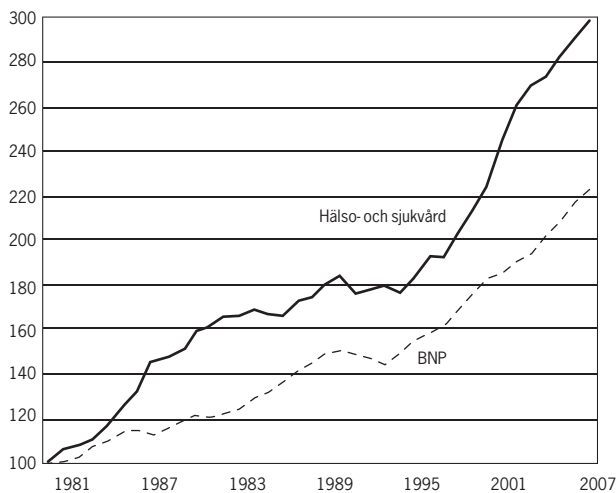
Hälso- och sjukvårdens resurser

Utvecklingen av utgifter och resurser är ofta ett centralt tema i bedömningar och analyser av hälso- och sjukvården. En förklaring är att utgifterna ökat och därför hamnat i fokus. En annan förklaring är att det finns förhållandevis gott om data och att utvecklingen kan beskrivas med enkla mått i form av pengar och fysiska resurser som läkare och sjuksköterskor. De flesta rapporter brukar framhålla att den svenska vården har ganska låga kostnader och en måttlig kostnadsutveckling jämfört med andra länder.

Det gäller även tidigare sns-publikationer (se t.ex. Arvidsson & Jönsson 1997, Jönsson m.fl. 2004). Som kommer att framgå av redovisningen i detta avsnitt påverkas dock slutsatserna av vilken tidsperiod man väljer. Under perioden efter 1995 har utvecklingen av de samlade hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige varit lika snabb som genomsnittet i OECD.

Resursutvecklingen över tiden

Figur 1.1 visar den relativa utvecklingen i Sverige sedan 1970 avseende dels bruttonationalprodukten (BNP), dels de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna. Data har hämtats från OECD:s databas *OECD Health Data*, vilket innebär att hälso- och sjukvårdsutgifterna inkluderar den kommunala äldre vården, liksom receptfria läke-



Figur 1.1 BNP och hälso- och sjukvårdsutgifter i Sverige 1970–2007. Fasta 2000 års priser. År 1970 = index 100.

Källa: OECD Health Data, 2009.

medel, tandvård och hjälpmedel av olika slag. Däremot omfattas inte hushållens utgifter för hälsokost och alternativmedicin. Även dessa utgifter har stigit över tiden, vilket kan tolkas som ett ökat intresse och en större betalningsvilja hos hushållen för insatser som förmodas leda till bättre hälsa.

Som framgår har BNP ökat kontinuerligt, frånsett en period i början av 1990-talet då svensk ekonomi var i djup kris. Resurserna i hälso- och sjukvården har, sett till hela perioden, ökat snabbare än BNP. I takt med att Sverige blivit rikare har alltså den kollektiva betalningsviljan för hälso- och sjukvård ökat. Enligt preliminära siffror från SCB:s hälsoräkenskaper² uppgick hälso- och sjukvårdskostnaderna till 296 miljarder kronor 2008, vilket motsvarade 9,4 procent av BNP. Det kan jämföras med de 6,8 procent av BNP som gick till vården 1970. Det finns dock stora variationer i utvecklingen över tiden. Under 1980-talet ökade vårdens utgifter i långsammare takt än BNP. Under första hälften av 1990-talet sker t.o.m. en real minskning av utgifterna på grund av den försvagade svenska ekonomin vid denna tid. Efter mitten av 1990-talet har vårdutgifterna ökat kontinuerligt i en förhållandevis snabb takt t.o.m. 2008. Officiella uppgifter om utvecklingen därefter saknas. Det är därför inte möjligt att analysera hur den svaga ekonomiska utvecklingen under 2009 påverkat kostnadsutvecklingen.

Man kan naturligtvis fundera över om det finns något slags bortre gräns för hur mycket resurser som kan spenderas på hälso- och sjukvård. I ett hälsoekonomiskt perspektiv är det emellertid meningslöst att försöka definiera rätt resursnivå för sjukvården uttryckt som andel av BNP. Det som bör vara avgörande för hur mycket pengar som ska spenderas på hälso- och sjukvården är verksamhetens nytta jämfört med om pengarna skulle ha använts till någon annan offentlig eller privat konsumtion.

2. http://www.scb.se/Pages/ProductTables____231546.aspx

Jämförelse med andra länder

Vårdutgifternas utveckling i olika länder varierar men visar sammantaget på svårigheter att under en längre tid hålla vårdutgifternas utveckling på en nivå som enbart svarar mot BNP-utvecklingen. Fler länder än Sverige har fått uppleva att en period av återhållsamma vårdutgifter inte sällan följs av en period med snabbare tillväxt och att vården sett över en längre period tilldelas en allt högre andel av BNP.

Under hela perioden 1985–2006 hade Sverige en svagare utveckling av vårdutgifterna än i många andra länder. Det förklaras dock främst av den reala minskningen av utgifterna i Sverige under första hälften av 1990-talet. Perioden 1995–2006 ökade vårdutgifterna i Sverige med i genomsnitt 4,1 procent per år, vilket motsvarade genomsnittet inom OECD (OECD 2009). Spridningen mellan olika länder är förhållandevis stor och beroende av initial resursnivå. I flera länder med en hög andel av BNP som går till hälso- och sjukvården, däribland Tyskland, Frankrike och USA, har den genomsnittliga årliga tillväxttakten 1995–2006 varit lägre än i Sverige. Störst ökning har skett i Korea, Irland och Turkiet med en jämförelsevis låg andel av BNP som går till vården. Sjukhussektorn svarar i de flesta OECD-länder för den största delen av ökningen under perioden och har varit särskilt betydelsefull för utvecklingen i Nederländerna, Sverige och Turkiet.

Sett till den absoluta resursnivån 2007 jämfört med övriga länder inom EU(15) samt Norge och USA placerar sig Sverige på 11:e plats vad gäller hälso- och sjukvårdsutgifter per invånare och på en 10:e plats vad gäller andel av BNP som går till hälso- och sjukvården (se tabell 1.1). USA toppar båda rankinglistorna. För övriga länder varierar placeringarna beroende på vilket mått som avses. Luxemburg och Norge har höga utgifter för hälso- och sjukvård per invånare men lägger samtidigt en mindre andel av BNP på hälso- och sjukvården. Det förklaras av att både Luxemburg och Norge har en hög BNP per invånare. Med sådana förutsättningar ger även en mindre andel av BNP mycket pengar till vården.

En ranking utifrån tillgången på reala resurser i form av läkare och sjuksköterskor ger en delvis annan bild av resursläget (se ta-

Tabell 1.1 Hälso- och sjukvårdsutgifter i EU (15) samt Norge och USA 2007.

Köpkraftsjusterade US-dollar/invånare		Andel av BNP (%)	
USA	7 300	USA	16,0
Norge	4 800	Frankrike	11,0
Luxemburg	4 200a	Tyskland	10,4
Nederländerna	3 800	Belgien	10,2
Österrike	3 800	Österrike	10,1
Frankrike	3 600	Portugal	9,9a
Belgien	3 600	Nederländerna	9,8
Tyskland	3 600	Danmark	9,8
Danmark	3 500	Grekland	9,6
Irland	3 400	Sverige	9,1
Sverige	3 300	Norge	8,9
Storbritannien	3 000	Italien	8,7
Finland	2 800	Spanien	8,5
Grekland	2 700	Storbritannien	8,4
Italien	2 700	Finland	8,2
Spanien	2 700	Irland	7,6
Portugal	2 200a	Luxemburg	7,3a

a = år 2006

Källa: OECD Health Data, 2009.

bell 1.2). Sverige får en något bättre placering än vid en ranking utifrån finansiella resurser. Det indikerar ett relativt sett sämre löneläge för svensk vårdpersonal. Om priset på personal sänks blir ju innebörden att fler kan anställas inom ramen för samma budget.³ Särskilt anmärkningsvärt är att länder som USA och Luxemburg, som satsar mycket pengar på sjukvården, har jämförelsevis få läkare. Även antalet sjuksköterskor mellan länder uppvisar stora variationer. Dessa skillnader är dock mera svårtolkade beroende på skillnader i utbildning och legitimationskrav och olika gränsdragning mellan vård och omsorg.

3. Det är naturligtvis inte givet att prestationerna ökar i samma utsträckning. I samband med införandet av fast lön istället för prestationsersättning för svenska sjukhusläkare i början av 1970-talet (i samband med den s.k. 7-kronorsreformen) kompenserades exempelvis inkomstbortfallet med reglerad arbetstid och särskild ersättning under jour och beredskap. Både priset och produktionen per läkare reducerades (se vidare Anell & Claesson 1995).

Tabell 1.2 Antal praktiserande läkare och sjuksköterskor per invånare i EU (15) samt Norge och USA 2006.

Läkare per 1 000 invånare		Sjuksköterskor per 1 000 invånare	
Grekland	5,4	Norge	31,6
Belgien	4,0	Irland	15,5
Nederländerna	3,8	Belgien	14,9a
Norge	3,8	Danmark	14,3
Italien	3,7	Luxemburg	11,0
Österrike	3,7	Sverige	10,8
Spanien	3,6	USA	10,5
Sverige	3,6	Finland	10,3
Tyskland	3,5	Storbritannien	10,0
Portugal	3,4	Tyskland	9,9
Frankrike	3,4	Nederländerna	8,6
Danmark	3,2	Frankrike	7,9
Finland	3,0	Spanien	7,3
Irland	3,0	Österrike	7,3
Luxemburg	2,7	Italien	7,1
Storbritannien	2,4	Portugal	4,8
USA	2,4	Grekland	3,2

a = 2005

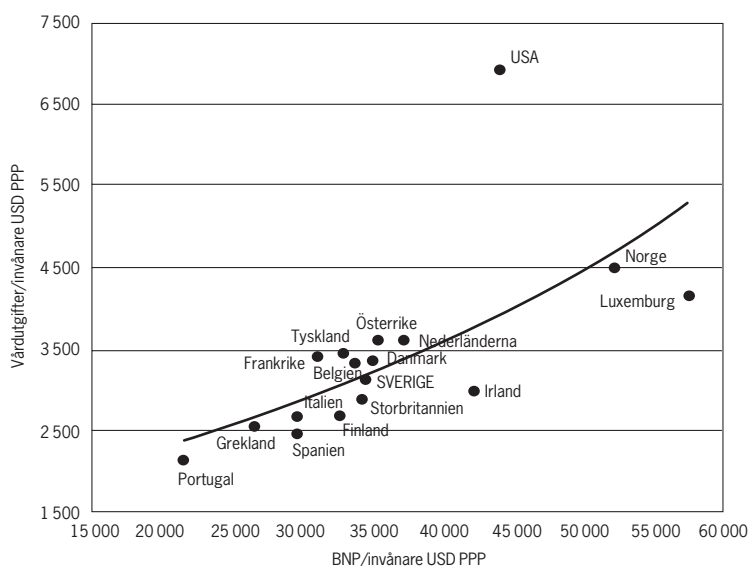
Källa: OECD Health Data, 2009.

Vad förklarar utvecklingen?

Det finns flera möjliga förklaringar bakom både skillnader i absolut resursnivå och den årliga tillväxttakten i hälso- och sjukvården:

- Ändrade vårdbehov på grund av demografiska förändringar, miljöfaktorer, ändrade levnadsvanor m.m.
- Högre inkomster och större krav och förväntningar från patienter och anhöriga.
- Krav på löneutveckling för vårdpersonal i nivå med löneutvecklingen i andra samhällssektorer.
- Nya kunskaper, metoder och tekniker för prevention, diagnostik, behandling och omvårdnad (medicinsk teknologi).
- Vårdens finansiering och organisation.

Den kanske vanligaste allmänna förklaringen bakom hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling är att vårdbehoven i befolkningen ökat genom att det har blivit fler äldre. Flera tidigare studier i Sverige och internationellt har dock visat att betydelsen av denna faktor ofta överdrivs (se kapitel 4). Andelen äldre över 65 år eller förekomst av sjukdomar och olika vårdbehov förklarar dessutom bara en liten del av skillnaderna i vårdutgifter per invånare mellan OECD-länder. Den absolut viktigaste förklaringsfaktorn bakom dessa variationer är istället ländernas inkomstnivåer, vilket illustreras i figur 1.2. De länder som har högre sjukvårdsutgifter per invånare har också högre BNP per invånare som bas för finansieringen. Med denna utgångspunkt tilldelas svensk hälso- och sjukvård ungefär de finansiella resurser som är motiverat med hänsyn till BNP. Sambandet visar hur viktig den ekonomiska tillväxten är



Figur 1.2 Hälso- och sjukvårdsutgifter respektive BNP per invånare i EU (15) samt Norge och USA 2006, köpkraftsjusterade US-dollar.

Källa: OECD Health Data, 2009.

för att skapa goda förutsättningar för en bra hälso- och sjukvård.⁴

Även om betydelsen av fler äldre ofta överskattas i förhållande till andra faktorer så kan faktorn ha en mera avgörande betydelse för delar av vården. Fler äldre har t.ex. sannolikt störst konsekvenser för den kommunala äldrevården och omsorgen. Ansvaret för vård och omsorg till de äldre är numera (sedan ädelreformen 1992) till stor del en kommunal fråga. Det finns också mera begränsade möjligheter att förbättra produktiviteten med nya tekniker och metoder inom omvårdande insatser. Om omvårdnadspersonal ändå ska ha samma löneutveckling som andra jämförbara lönegrupper i samhället kommer det relativa priset på omvårdnad därför att öka i takt med generella inkomstökningar i samhället.

Särskilt bland hälsoekonomer finns en utbredd uppfattning att nya kunskaper, tekniker och metoder i bred bemärkelse – det ekonomer kallar ny medicinsk teknologi – är den enskilt viktigaste förklaringsfaktorn bakom tillväxten i hälso- och sjukvårdens utgifter. Sådan medicinsk teknologi kan avse innovationer som man kan ta patent på, exempelvis nya läkemedel eller ny typ av diagnostik eller teknisk utrustning, men inkluderar också de kunskaper som sitter i huvudet på dem som arbetar i vården, dvs. humankapitalet. Det finns naturligtvis också ett samband mellan dessa former av teknologier och kapital. Investeringar i humankapital leder förhoppningsvis till ny patenterbar teknologi, som i sin tur ofta förutsätter nya kunskaper hos den vårdpersonal som ska använda den. I det perspektivet framgår också vilken avgörande betydelse klinisk forskning har. Utan bra klinisk forskning kan inte nya läkemedel eller nya behandlingsmetoder skapa värde för patienter och medborgare eftersom man inte vet hur den nya teknologin ska användas.

Betydelsen av ny medicinsk teknologi och inkomstökningar finns belyst i en mängd studier. För svenskt vidkommande finns flera studier som visar att läkemedelsutgifternas ökning främst för-

4. Notera att inkomsternas betydelse gäller på gruppnivå och inte nödvändigtvis för enskilda länder. För t.ex. USA kan högre BNP per invånare jämfört med de flesta andra länder bara förklara en mindre del av de mycket höga sjukvårdsutgifterna per invånare.

klaras av nya läkemedel, snarare än att läkarna skriver ut mer läkemedel eller att priserna på det befintliga sortimentet har ökat (exempelvis Gerdtham och Lundin 2002). På en mera övergripande nivå har Smith, Newhouse och Freeland (2009) med data från 23 OECD-länder uppskattat att medicinsk teknologi svarade för mellan 27 och 48 procent av vårdutgifternas ökning 1960–2007, beroende på vilka antaganden som görs i kalkylen. Det är en lägre nivå jämfört med de skattningar som gjorts av bl.a. Newhouse tidigare (1992, 1993). Inkomstökningarna svarade för ungefär lika mycket av ökningen, mellan 29 och 43 procent. Mellan dessa faktorer finns också ett komplext samband. Den medicinska teknologin har inte expanderat oberoende av den historiska kontexten utan har finansierats av kraftiga inkomstökningar och generösa försäkringssystem för sjukvård. Trots olikheter mellan länder finns ett gemensamt historiskt drag såtillvida att finansieringen av vården skett genom en generös och passiv tredje part (offentliga försäkringssystem eller arbetsgivare) som mera sällan ifrågasatt nyttan.

I takt med nya medicinska landvinningar och inkomstökningar har också kraven och förväntningarna på vården från befolkning och patienter ökat. I flertalet OECD-länder anses det som självklart att hela befolkningen ska få ta del av nya metoder och behandlingar inom den offentligt finansierade vården. Förutom att kraven och förväntningarna ökat lever vi också i ett allt mera öppet samhälle. Medierna är snabba på att uppmärksamma nyheter från t.ex. läkemedelsindustrin eller om väntetider eller tillgången till nya mediciner och behandlingar varierar mellan olika landsting och sjukhus. Krav och förväntningar från befolkning och patienter har blivit en viktig faktor som sannolikt bidrar till kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården.

Den generösa tredjepartsfinansieringen har också skapat särskilda incitament inom den medicinskt tekniska industrin.⁵ I de flesta industrier och branscher driver innovationer kostnadsnivån nedåt. Så tycks inte vara fallet inom vården. Även blygsamma innovationer har erhållit ett högre pris och den äldre tekniken har

5. Se t.ex. *The Economist*, April 18 2009, sidan 13.

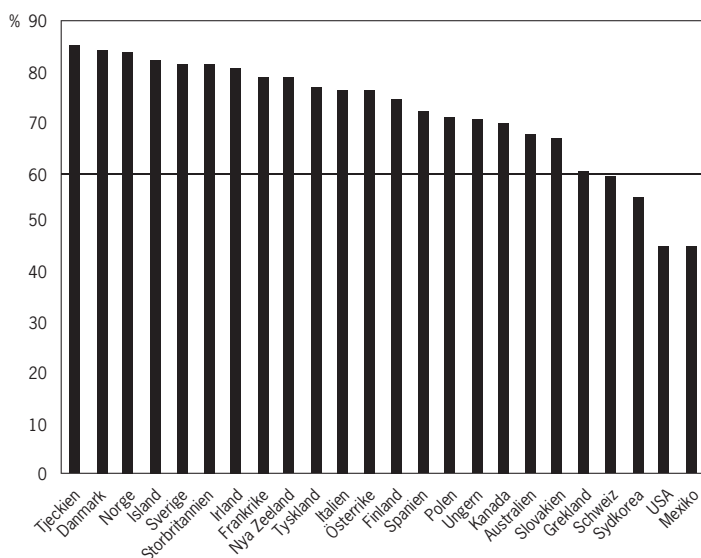
inte sorterats ut. I de fall de nya behandlingarna är billigare leder de inte sällan till ökade vårdkostnader genom att fler behandlas. Sjukvården har även förhållandevis sent utnyttjat ny och potentiellt kostnadsbesparande teknologi, exempelvis inom IT-området. Det kan förklaras av att vården mera generellt haft bristande incitament att investera i kostnadsbesparande teknologier eftersom en sådan utveckling inte efterfrågats av vare sig finansiärer eller patienter och därmed inte varit viktig för vårdproducenternas överlevnad. Vården har tidigare kunnat använda de metoder som gett störst hälsoeffekt oavsett kostnaderna. På så sätt kan vårdens finansiering ha haft långt större betydelse än vad olika jämförelser visat, genom de incitament som skapats för både medicinsk-teknisk industri, vårdgivare och patienter (Weisbrod 1991, Lyttkens 1999).

Även om det finns ett starkt samband mellan de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna och inkomstnivån i olika länder så finns skillnader i resursutnyttjandet på en mera detaljerad nivå som måste förklaras av andra faktorer. Läkemedelskonsumtionen i olika länder samvarierar t.ex. inte med inkomstnivån utan tycks bero på andra faktorer. Sverige satsar mer på cancerläkemedel per invånare än det rika grannlandet Norge, men mindre än i Frankrike vars BNP per invånare är i nivå men den svenska (Wiling och Jönsson 2005). Sett till skillnader i resursfördelningen inom vården kan således faktorer som olika vårdstrukturer och vårdprioriteringar få större betydelse. Studier baserade på data från Medicare i USA pekar mot att hälso- och sjukvårdssystem med relativt sett fler primärvårdsläkare samvarierar med både lägre kostnader och högre kvalitet (Chernew m.fl. 2009). Däremot påverkade inte andelen primärvårdsläkare de årliga utgiftsökningarna. Motsvarande fynd vad gäller påverkan på absolut kostnadsnivå och indikationer på kvalitet har gjorts i svensk hälso- och sjukvård baserat på jämförelser av primärvårdens kostnadsandel i olika landsting (Janlöv 2008). Även sättet att ersätta vårdgivare kan ha betydelse. Ersättning per utförda åtgärder (fee-for-service) samvarierar i allmänhet med mer utnyttjande av medicinsk teknologi, en större volym vård och högre kostnadsnivå jämfört med om ersättningen baseras på ett fast anslag.

Hälso- och sjukvårdens finansiering

Som framgår av figur 1.3 är andelen offentlig finansiering hög i de flesta OECD-länder, oavsett om finansieringen sker via skatt eller genom obligatoriska socialförsäkringsavgifter. USA och Mexiko avviker med en offentlig finansiering som understiger 50 procent.⁶ Andelen offentlig finansiering ökar dock successivt i USA och förväntas enligt en tidigare prognos (före de reformer som initierats av president Obama) överstiga 50 procent 2018 (Sisko m.fl. 2009). Det förklaras främst av ökade utgifter inom Medicare, som är federalt finansierad vård för individer över 65 år.

Den privata finansieringen i olika länder omfattar i huvudsak



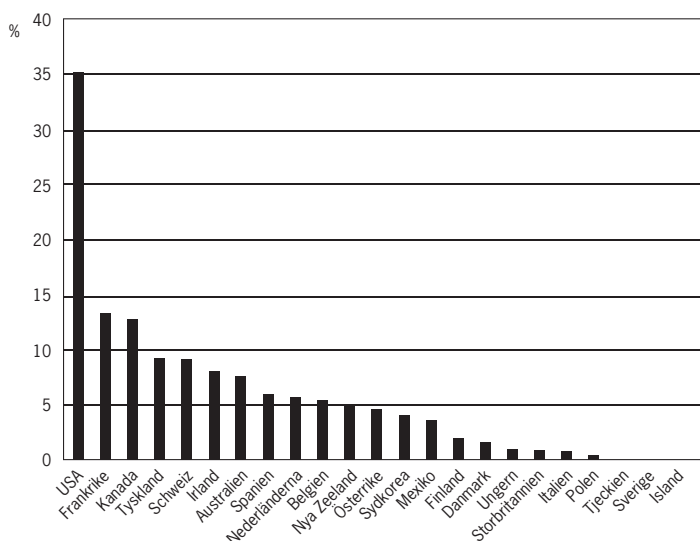
Figur 1.3 Andel offentlig finansiering av hälso- och sjukvården inom OECD 2007.

Källa: OECD Health Data, 2009.

6. Andelen i USA blir högre om man tar hänsyn till att premier för vårdförsäkring är avdragsgilla och därmed skattesubventionerade.

avgifter i olika former. För Sveriges del svarar avgifter för ungefär 15 procent av vårdens totala finansiering. Det är något mindre än genomsnittet inom OECD men på samma nivå som Norge, Danmark och Storbritannien. Under senare årtionden har det inte skett några större förändringar i patientavgifternas andel av finansieringen för olika verksamheter i Sverige. Tandvården utgör ett viktigt undantag där betydelsen av offentliga subventioner först minskat och under senare år på nytt ökat. Av viss betydelse är även att vården förskjutits mot en större andel öppen vård och ökad användning av läkemedel. Eftersom patientavgifternas andel inom öppen vård och för läkemedel är högre än för slutna vård har den förskjutningen i viss mån också ökat betydelsen av patientavgifter.

Även om det i flera länder finns många individer med en privat försäkring så svarar dessa som framgår av figur 1.4 för en mindre andel av finansieringen. Undantag är i första hand USA där 70



Figur 1.4 Andel av hälso- och sjukvården som finansieras genom privata försäkringar 2007.

Källa: OECD Health Data, 2009.

procent av befolkningen har en privat försäkring, vanligtvis via arbetsgivaren.

Andra länder där privata försäkringar spelar en större roll för finansieringen är Frankrike och Kanada (OECD 2004). I Frankrike har över 90 procent av befolkningen en försäkring mot avgifter i vården. I Kanada täcker de privata försäkringarna främst utgifter för receptläkemedel. Även i många andra länder, däribland Danmark, är försäkringar som täcker avgifter vanliga. I Sverige finns ingen marknad för sådana försäkringar till följd av det allmänna högkostnadsskyddet för patientavgifter respektive läkemedel.

Parallella heltäckande sjukvårdsförsäkringar är mindre vanliga men har haft en snabb tillväxt i flera länder. Trots att nästan halva befolkningen i Australien och Irland har en sådan parallell vårdförsäkring svarar försäkringarna dock för mindre än 10 procent av finansieringen. Detta förklaras bl.a. av att vården för äldre, som har större vårdbehov än befolkningen i genomsnitt, finansieras genom offentliga medel.

Särskilt under senare årtionden har även allt fler svenskar omfattats av en privat sjukvårdsförsäkring, vanligen via sin arbetsgivare. År 2009 hade ungefär 4,5 procent av befolkningen en sådan försäkring, med stora variationer beroende på typ av arbetsgivare och inkomster. Bland högre tjänstemän i privata företag är tillgång till privat sjukvårdsförsäkring ganska vanligt. Den privata andelen av vårdens totala finansiering är fortfarande mycket blygsam eftersom de som är försäkrade i genomsnitt har små vårdbehov. Försäkringarnas viktigaste funktion är att erbjuda snabb tillgång till läkarbesök och behandling. Det finns dock skäl att uppmärksamma att utvecklingen mot en allt större andel med privat vårdförsäkring även har andra konsekvenser. Exempelvis kan man hävda att prioriteringar inom ramen för de offentliga utgifterna bör beakta möjligheterna för befolkningen att skaffa sig det som prioriteras bort på den privata marknaden (se vidare kapitel 3). I takt med att den helt privata vårdmarknaden i Sverige växer skapas i så fall nya förutsättningar för prioriteringar inom den offentligt finansierade vården. De privata lösningarna skapar också en alternativ ingång till vården, och blir på så sätt en konkurrent till de vårdvalssystem i

primärvården som under senare år introducerats i landstingen.

I likhet med de flesta OECD-länder har finansieringen av vården i Sverige, med undantag för tandvården, varit ganska stabil. De ökande svenska sjukvårdsutgifterna under senare tid, liksom tidigare, har i första hand finansierats genom skattepengar. Svensk ekonomi har under perioden 1997–2007 uppvisat en god tillväxt, men de högre skatteinkomster som tillväxten genererat har inte varit tillräcklig för att finansiera de ökade hälso- och sjukvårdsutgifterna. Sett till perioden efter 2000 har både landsting och kommuner ökat det procentuella skatteuttaget. Även statsbidragen till vården har ökat. Trots utgifternas ökning talas det om behovet av att prioritera och problem med långa väntetider är ett återkommande inslag i vårddebatten. Mot den bakgrunden är det inte så konstigt att frågor om vad skattebetalarna får för pengarna allt mer hamnat i fokus. Även i analyser av SNS efter 2000 (Jönsson m.fl. 2004, Arvidsson m.fl. 2007) riktas ökad uppmärksamhet mot de värden som skapas genom investeringar i hälso- och sjukvård.

Vad får vi för pengarna?

En jämförelse av vårdutgifter och vårdresurser över tiden eller mellan länder kan naturligtvis bli helt missvisande om man inte samtidigt beaktar vad man får för de pengar som investeras. Brister i möjligheterna att kontinuerligt följa hälso- och sjukvårdens produktivitet, kvalitet och måluppfyllelse har påtalats i flera tidigare SNS-rapporter. Särskilt under det senaste årtiondet har det skett en klart positiv utveckling i vården med bättre redovisning av prestationer inom åtminstone den specialiserade vården samt utveckling av kvalitetsregister och öppna jämförelser av kvalitet mellan landsting. Det återstår dock fortfarande mycket arbete med att utveckla systemen och inte minst att koppla samman resultat och måluppfyllelse med resursutnyttjande.

Ett påtagligt problem i sammanhanget är att det finns en mängd olika potentiella mått på vårdens resultat. Frågor om effektivitet och måluppfyllelse kan också avse olika nivåer och perspektiv på

vården. I ett medicinskt professionellt perspektiv kanske det ligger närmast till hands att fokusera på behandlingarnas effektivitet och kliniken egna mål. Ur sjukhuschefens perspektiv blir även frågor om samordning av sjukhusets olika verksamheter och patientflödet mellan kliniker centrala, liksom att samordning mellan primärvård och annan specialiserad vård blir viktigt för ansvariga på landstingsnivå. I ett övergripande perspektiv ställs också krav på rättvis fördelning av resurserna i hela befolkningen. Mot bakgrunden av mångfalden finns stora möjligheter för enskilda aktörer att fokusera på de resultatmått som passar ens syfte. Svensk sjukvård kan också framställas som mer eller mindre effektiv jämfört med andra länders beroende på vilka mått som används i jämförelsen.

Sammanfattningsvis har tidigare rapporter bidragit till att det finns åtminstone tre etablerade »sanningar« om svensk hälso- och sjukvård. Den första handlar om att svensk vård har haft en svag produktivitetsutveckling. Den andra om att svensk vård har god kvalitet och en bra förmåga att leverera medicinska resultat och i detta avseende snarast tillhör de bästa i världen. Den tredje sanningen är att väntetiderna är för långa och att tillgängligheten till vård är sämre än i andra jämförbara länder. Som kommer att framgå nedan finns anledning att nyansera alla tre bedömningarna. Resultaten från tidigare produktivitetmätningar återspeglar till stor del problem med att mäta vårdens prestationer, vårdens bidrag till hälsan är inte lika imponerande om man ser till förändringar över tiden, och den faktiska tillgängligheten till vård är inte så dålig som väntetiderna ger sken av.

Produktivitet

En första typ av mått på hälso- och sjukvårdens resultat fokuserar på produktivitet i termer av kostnader per viktade vårdkontakt eller DRC-poäng.⁷ Sett i ett längre tidsperspektiv har studier visat minskad produktivitet i svensk hälso- och sjukvård före 1990, följt

7. Diagnosrelaterade grupper, DRC, används för att vikta de prestationer som utförs i den slutna och öppna specialistsjukvården med avseende på resursutnyttjande.

av en period med stigande produktivitet under 1990-talets första hälft, särskilt i de landsting som prövade nya styrformer med ersättning till vårdgivare per prestation (Gerdtham m.fl. 1999). Under perioden efter 1996 har kostnaderna ökat i snabb takt utan att detta följts av motsvarande ökning av prestationerna totalt sett. Efter 2003 varierar dock bedömningen beroende på verksamhet. I den specialiserade vården har den uppmätta produktiviteten förbättrats, medan någon sådan positiv utveckling inte uppmäts för psykiatri och primärvård (SKL 2008).

Även mer detaljerade studier av kostnadsutvecklingen för enskilda ingrepp och jämförelser av hur personal används i olika länder ger stöd för att det fanns en försämring efter mitten av 1990-talet (Jönsson m.fl. 2004). Ett uppmärksammat exempel är Fölster m.fl. (2003) som redovisade en högre kostnadsnivå per prestation i svensk sjukvård i jämförelse med det brittiska sjukvårdssystemet men även i jämförelse med en framgångsrik HMO (Health Maintenance Organisation) i form av Kaiser Permanente i Kalifornien.⁸ Bidragande förklaringar uppgavs vara brister i personallutnyttjandet i svensk vård och en högre andel specialistläkare anställda vid sjukhusen. Tidigare jämförelser av primärvård i 32 länder har även visat att svenska allmänläkare haft en svag produktivitet i termer av få patientbesök per dag (Groenewegen m.fl. 2003).

För sjukhusens del är resultaten från tidigare produktivitetsjämförelser fram till 2003 anmärkningsvärda eftersom det allt sedan mitten av 1990-talet funnits få vårdplatser per invånare i Sverige jämfört med andra OECD-länder. Svenska sjukhus har också haft relativt korta medelvårdtider och förhållandevis tidigt överfört verksamheter från slutenvård till dagkirurgi och öppen vård. Dessa faktorer granskade separat ger snarast indikationer på att produktiviteten bland svenska sjukhus borde vara hög.

Studier och jämförelser av produktivitet baserade på vårdens prestationer är dock notoriskt svårtolkade. Bakom produktivitets-

8. Studien baserades på data från en uppmärksammat jämförelse av brittiska NHS och Kaliforniens Kaiser Permanente (Feachem m.fl. 2002).

utvecklingen för den specialiserade vården t.o.m. 2002 kan exempelvis ligga en successiv övergång till öppen vård. Tidigare har det saknats bra beskrivningssystem för sjukhusens öppna vård, men från 2002 finns ett utbyggt DRG-system som även täcker den öppna vården. Från 2005 omfattas även psykiatri av DRG-systemet, med förbättrade möjligheter att följa även denna verksamhets produktivitet. För primärvården saknas fortfarande bra beskrivningssystem. Om primärvården successivt får ta hand om allt fler vårdtunga patienter, exempelvis genom överföring av insatser som tidigare utfördes av sjukhusen, kommer sannolikt läkarbesöken att bli längre och färre vilket registreras som en produktivitets-sänkning.

Det är naturligtvis bra med fortsatt utveckling av beskrivningssystemen. En sådan utveckling ger också bättre utgångspunkt för att studera skillnader i utvecklingen för olika enheter inom samma verksamhet och att identifiera samband som kan leda till förbättringar av verksamheten. Även om beskrivningssystemen utvecklas kvarstår dock problem såtillvida att jämförelser av kostnader för viktade vårdkontakter inte säger något om kvaliteten och det värde som produceras. Sjukvården kan ha låga kostnader för viktade vårdkontakter men ändå vara ineffektiv om det som produceras inte skapar någon patientnytta. Fler och kortare läkarbesök liksom fler vårdtillfällen är inte heller nödvändigtvis till gagn för patienterna. Vårdtillfällen som resulterar i patientskador och nya vårdtillfällen kan registreras som en bättre produktivitet (lägre genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle) jämfört med om man hade gjort rätt vid första vårdtillfället.

Livslängd, åtgärdbar dödlighet och kliniska mått

Svensk hälso- och sjukvård står sig i allmänhet mycket bra i jämförelse med andra länder när det gäller indikatorer såsom ökad livslängd, åtgärdbar dödlighet (amenable mortality), överlevnad i cancer och hjärt-/kärlsjukdom, vaccinationer av barn, infektioner efter höftledsoperation eller annan kirurgi, förekomst av resistent bakteriestammar etc. Utfallen varierar naturligtvis beroende på

vilka indikatorer man väljer, men i de försök till sammanvägda jämförelse, mellan länder som har gjorts hamnar Sverige i regel på en gynnsam position.

En första typ av utfallsmått är ökad livslängd i största allmänhet. Sverige hamnar här i regel bland de allra främsta i internationella jämförelser. I WHO:s ranking av 192 länders hälso- och sjukvårdssystem 2000 hamnade exempelvis Sverige på en fjärdeplats vid rangordning utifrån förväntad livslängd i full hälsa (disability adjusted life expectancy, DALE, WHO 2000). Utifrån egna beräkningar konstaterade SNS välfärdsråd 2004 (Jönsson m.fl. 2004) att värdet av den ökade livslängden i Sverige under 1900-talet var ungefär lika stort som ökningen i BNP. Den största ökningen av livslängden åstadkoms under de första 50 åren då vårdens bidrag till utvecklingen var mera begränsad jämfört med effekterna av en allmänt förbättrad levnadsstandard. De senaste 50 åren har ökningen i livslängd inte varit så stor, men å andra sidan gjorde välfärdsrådet bedömningen att vårdens bidrag varit större.

Den riktigt intressanta frågan i ett ekonomiskt perspektiv är dock om vårdens bidrag till den ökande livslängden kunde ha varit ännu större, alternativt om samma påverkan på livslängden hade kunnat åstadkommas med mindre resurser. En sådan studie av förändringen i livslängden i relation till ökningen i antalet läkare per invånare under perioden 1970–2000 i 21 OECD-länder reviderar delvis bilden för svenskt vidkommande (Or m.fl. 2005). Medellivslängden för Sveriges del är förvisso hög i slutet av perioden, men sett till förändringen 1970–2000 uppvisar flera länder samma minskning av mortaliteten (rensat för effekter av förbättrad utbildning, högre inkomster och ändrade tobaks- och alkoholvanor) till priset av en blygsammare ökning av antalet läkare per invånare. I en ytterligare analys undersöker författarna även vilka faktorer som kan ha påverkat läkarnas möjligheter att förbättra hälsan. Bland de faktorer som hade statistiskt signifikant betydelse återfanns tillgången till medicinsk teknologi men även ersättningsformerna till läkare. De länder som ersatte primärvårdsläkare baserat på åtgärder (fee-for-service) fick en bättre ranking, medan det fanns en icke-signifikant tendens till det omvända (rambudget

gav högre ranking) för sjukhusläkarna. Studien kan naturligtvis kritiseras utifrån val av data och indikatorer. Resultaten hade förmodligen blivit annorlunda om de samlade vårdutgifterna per invånare använts som mått på resurserna istället för det reala måttet antalet läkare per invånare. En bidragande förklaring till det svaga resultatet för Sveriges del kan också vara att ytterligare förbättringar av hälsan blir dyrare på marginalen för de länder som redan nått långt. Studien illustrerar främst att jämförelser av absoluta nivåer inte säger allt och att förändringen i hälsa och resultat alltid bör ställas i relation till förändringar i resursutnyttjandet.

En invändning mot jämförelser av ökad livslängd och förväntade levnadsår i full hälsa på aggregerad nivå är att flera faktorer kan påverka utvecklingen. En viktig förklaring bakom Sveriges fördelaktiga position i olika rankinglistor har exempelvis varit låg spädbarnsdödlighet. Kopplingen till hälso- och sjukvårdens insatser (förutom mödra- och förlossningsvården) är inte självklar. Ett alternativt utfallsmått där det finns ambitioner att tydligare koppla till hälso- och sjukvårdens insatser är s.k. åtgärdbar dödlighet (*amenable mortality*). Åtgärdbar dödlighet kan exempelvis definieras som antalet åldersstandardiserade dödsfall per 100 000 invånare under 75 års ålder som hade kunnat förhindras vid optimalt utnyttjande av tillgänglig medicinsk teknologi.

I en kritik av WHO:s världshälsorapport 2000 utvärderade Nolte och McKee (2003) hur en användning av åtgärdbar dödlighet istället för förväntad livslängd i full hälsa (*DALE*) påverkade rankingen mellan 19 OECD-länder. För vissa länder blev utfallet sämre och för andra bättre. De nordiska länderna fick genomgående en högre ranking utifrån åtgärdbar dödlighet och Sverige hamnade i den absoluta toppen.⁹ I en senare uppdaterad studie med data från samma 19 OECD-länder år 2002/03 av Nolte och McKee (2008) och med en reviderad definition på åtgärdbar dödlighet¹⁰ ham-

9. Sverige hamnade på första eller andra plats beroende på antaganden om åtgärdbar dödlighet vid ischemisk hjärtsjukdom.

10. I korthet inkluderade studien följande tillstånd som åtgärdbara: bakterieinfektioner, behandlingsbar cancer, diabetes, kärlsjukdom i hjärta och hjärna, komplikationer vid vanliga kirurgiska behandlingar, hälften av alla dödsfall vid ischemisk hjärtsjukdom. Enbart

nade Sverige istället på en 9:e plats (Nolte och McKee 2008). Mera bekymmersamt var att Sverige halkat ned från en 5:e plats baserat på data från 1997/98. Den åtgärdbara dödligheten minskade fortfarande mellan åren, men minskningen var ännu större för flertalet andra länder. Det gäller även för länder som Australien och Kanada, som år 1997/98 låg på samma nivå och utgångsläge ifråga om åtgärdbar dödlighet som Sverige.

Det finns dock invändningar även mot sammanställningar av åtgärdbar dödlighet. En viktig fråga är t.ex. vilka områden man ska ta med och vilken evidens som finns för hälso- och sjukvårdens möjligheter att påverka dödligheten i olika sjukdomar. Utfallsmåttet påverkas även av hur många som drabbas av sjukdomar av skilda slag, vilket kan variera både över tiden och mellan länder. Vårdens möjligheter att påverka förekomsten av olika sjukdomar kan vara begränsad och mer relaterad till miljöfaktorer och levnadsvanor. Specifika mått på överlevnaden bland de som faktiskt drabbas av viss sjukdom är på så sätt enklare att tolka. Sådana internationella jämförelser finns framför allt för cancersjukdomar och hjärta/kärl området. För de flesta av de vanligaste cancersjukdomarna (förutom prostatacancer) ligger Sverige tillsammans med övriga nordiska länder (undantaget Danmark) bland de allra främsta vid jämförelse av 5-årsöverlevnaden (Berrino m.fl. 2007). Även inom cancerområdet finns dock tecken på att överlevnaden under senare år förbättras långsammare i Sverige än i flera andra länder och dessutom att svensk klinisk forskning citeras mera sällan (Rose 2010).

En fokusering på varje lands genomsnittliga resultat döljer naturligtvis de skillnader som vanligtvis finns inom respektive land. Öppna jämförelser av indikatorer på medicinska resultat i olika landsting visar exempelvis på ganska stora skillnader och därmed på en betydande förbättringspotential även för svenskt vidkommande. Jämförelser med andra länder ger intryck av att svensk

dödsfall före 75 års ålder beaktades. För diabetes sattes dock motsvarande gräns vid 50 år, för vissa infektionssjukdomar vid 15 år och för leukemi vid 44 års ålder. För mera detaljerad information, se Nolte och McKee (2008) not 8.

sjukvård i många avseenden kan vara nöjd med vad man uppnått ifråga om medicinska resultat. Jämförelser mellan landsting pekar på att det fortfarande finns mycket att göra.

En annan invändning är att indikatorer över ökad livslängd, åtgärdbar dödlighet och olika kliniska mått inte nödvändigtvis återspeglar patientnyttan. Om man ska mäta patientnyttan måste måtten översättas till vad de faktiskt innebär för människors förmågor och livskvalitet. Om man dessutom ska kunna dra några slutsatser om lönsamheten i de investeringar i hälso- och sjukvård som görs måste även resursutnyttjandet beaktas.

Hälsoekonomiska utvärderingar

Sådana studier som analyserar investeringar i vården i termer av patientnytta i relation till kostnader leder in på hälsoekonomiska utvärderingar. Tidigare har dessa utvärderingar främst genomförts på terapinivå men under det senaste årtiondet finns exempel på kalkyler över utvecklingen för hela hälso- och sjukvården. De flesta studierna är från USA. Sannolikt bidrog utvecklingen mot »managed care« och kostnadspress i amerikansk vård under 1990-talet till ett upplevt behov bland vårdens aktörer av att lyfta fram vårdens värde.

Tidigare analyser i USA av investeringar inom fyra vårdområden – hjärtinfarkter, vård av barn med låg födelsevikt, depression och katarakter – visade att intäkterna var mycket större än kostnaderna (Cutler och McClellan 2001). I första hand avsåg intäkterna vunna kvalitetsjusterade levnadsår, vars värde antogs vara 100 000 dollar per QALY.¹¹ Man tog i kalkylen även hänsyn till intäkter i form av ökad produktion genom mindre sjukfrånvaro. Inom områdena hjärtinfarkt 1984–1998 och vård av barn med låg födelsevikt år 1950–1990 ökade vårdkostnaderna, men värdet i form av vunna QALY och ökad produktion översteg kostnaderna. Inom områdena katarakter 1969–1998 och depression 1991–1996 ökade intäkter-

11. Quality Adjusted Life-year (QALY). Ett QALY (kvalitetsjusterat levnadsår) antas definitionsmässigt motsvara ett år i full hälsa.

na utan att vårdkostnaderna per behandlat fall ökade. Genom att fler behandlades tillkom ytterligare vinster inom dessa områden. Inom ytterligare ett område – bröstcancer – skattade studien att kostnader och intäkter för perioden 1985–1996 var ungefär lika stora. Senare studier för 1980–2000 har dock visat att även bröstcancer är ett område där intäkterna överstiger kostnaderna (Luce m.fl. 2006).

Ytterligare exempel på studier som på motsvarande sätt visat på värdet av det som produceras i hälso- och sjukvården finns refererade i Jönsson m.fl. (2004). Av särskild betydelse är att vården investerat i ny medicinsk teknologi som gett möjligheter till förbättrad produktivitet och kvalitet. De medicinska innovationernas betydelse för hälso- och sjukvårdens produktivitet och kvalitet återkom i ett SNS-projekt 2007 (Arvidsson m.fl. 2007). Projektets primära syfte var att studera förutsättningar för biomedicinsk forskning och industri i Sverige. Slutrapporten framhåller dock det ömsesidiga beroendet mellan den biomedicinska industrin och hälso- och sjukvården, bl.a. genom referenser till amerikanska studier som belyser den kliniska forskningens värde och betydelse för användningen av ny teknologi.

Studier från USA kan enbart ge indikationer om värdet av de investeringar som görs i svensk hälso- och sjukvård. För att ge konkreta svar på frågan om värdet av svenska investeringar, och framför allt för att få kunskap om hur ny teknologi bör användas i vården, finns all anledning att genomföra motsvarande hälsoekonomiska studier med svenska data. De svenska kvalitetsregistren ger en utmärkt grund för att se till de faktiska resultaten i klinisk praxis, och inte enbart till de resultat som uppkommer inom ramen för kontrollerade studier.

Svenska exempel saknas dock inte helt. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har nyligen gjort ett försök att skatta den hälsoekonomiska betydelsen av ett urval nya läkemedel (TLV 2009). Utgångspunkten var 13 nya originalläkemedel som beviljats subvention av TLV under perioden 2003–2008¹² för vilka myn-

12. Ca 5 procent av sammanlagt 250 beslut om nya originalläkemedel under perioden.

digheten hade information om påverkan på kostnaderna i ett samhällsperspektiv, dvs. information om hur läkemedlen förmodades påverka kostnaderna inte bara i den landstingskommunala vården utan också i kommunal omsorg och till följd av patienters sjukfrånvaro. Baserat på uppgifter om hur många patienter som berördes av dessa 13 läkemedel 2008 kunde läkemedlens samlade konsekvenser för kostnaderna och hälsan beräknas. Sammanlagt ökade kostnaderna för läkemedlen enligt beräkningarna med 1,75 miljarder kronor. Samtidigt minskade kostnaderna för sjukvården med 400 miljoner kronor och kostnaderna för sjukskrivning och kommunal omsorg med ytterligare 600 miljoner kronor. Den samhällsekonomiska nettokostnaden för de berörda patienterna och de nya läkemedlen beräknades således till 750 miljoner kronor. Hälsovinsten för samtliga berörda patienter bedömdes sammanlagt till 4 700 QALY, vilket gav en blygsam kostnad på 160 000 kronor per QALY.¹³ Denna kostnad per QALY avser ett genomsnitt av läkemedlen och för alla patienter som berördes. I praktiken varierade kostnadseffektiviteten avsevärt beroende på vilket läkemedel och vilka patientgrupper som avsågs. En stor del av effekterna på både kostnads- och effektsidan förklarades av några få nya biologiska läkemedel mot reumatoid artrit och ms. Kalkylen baseras dessutom på det underlag som läkemedelsföretagen lämnat in till TLV i samband med ansökan om subvention. Beroende på hur läkemedlen används i praktiken och om effekter enligt tidiga kliniska studier svarar mot användningen i klinisk praxis kan kalkylen både över- och underskatta det verkliga värdet.

Även om hälsoekonomiska utvärderingar har ambitionen att fånga patientnyttan och ställa den i relation till resursutnyttjandet saknas inte problem. Det gäller kanske framför allt användningen av QALY:s som effektmått. Enligt ekonomisk teori bör nytta alltid skattas utifrån individers betalningsvilja. Man kan dock hävda att individers olika betalningsviljor inte bör vara vägledande vid resursfördelning inom offentligt finansierad vård och att kostnad

13. En kostnadseffektkvot under 500 000 kronor per QALY betraktas i Socialstyrelsens riktlinjearbete som låg (< 100 000 kronor) eller måttlig (100 000–500 000 kronor).

per QALY i så fall ger en pragmatisk approximation på de målsättningar som bör gälla, åtminstone i avvaktan på något mått som är bättre.

Väntetider

En annan etablerad »sanning« i vårddebatten är att svensk sjukvårds främsta akilleshäl är långa väntetider till vård och behandling. Även i detta avseende ger olika jämförelser mellan länder i huvudsak stöd för uppfattningen. En ranking av 31 OECD-länder av Health Consumer Powerhouse (HCP) 2009 placerade Sverige bland de allra sämsta med avseende på vårdens tillgänglighet. Det ska dock noteras att denna placering baseras på just väntetider till besök och behandling och inte i vilken utsträckning som vård och behandling faktiskt tillhandahålls. Indikatorer på tillgängligheten till faktisk vård, med uppgifter om antalet kataraktoperationer och njurtransplantationer per invånare samt täckningsgrad för barnvaccinationer och mammografi, återfinns istället i en annan dimension i HCP:s ranking. Sett till denna dimension placeras Sverige bland de allra främsta.

En analys av resultaten för Albanien i samma undersökning av HCP ger ytterligare belysning av problem med väntetidsmättet. Tillsammans med Belgien och Tyskland rankas Albanien som bäst bland de 31 länderna med avseende på väntetider. Men Albanien är enligt samma rankinglista snarast sämst när det gäller att tillhandahålla faktisk service. Väntetiderna till den vård som mera sällan ges är således kort. Även Sveriges ranking med avseende på väntetider skulle kunna förbättras om vården beslutade att prioritera hårdare och tillhandahålla färre kranskärloperationer, kataraktoperationer vid grå starr, höftledsplastik m.fl. ingrepp och samtidigt förkorta väntetiderna till de (färre) behandlingar som faktiskt tillhandahålls. Förmodligen är det få som tycker det är en önskvärd utveckling.

Den faktiska tillgängligheten till vård beror således inte enbart på väntetiderna utan framför allt på hur vården prioriterar tillgången till behandlingar och läkemedel. Sådana data om ål-

dersjusterat antal ingrepp per 100 000 invånare eller tillgång till nya cancerläkemedel finns tillgängliga men används mera sällan i rankinglistor mellan länder. Enligt tillgängliga data från OECD på antalet ingrepp per invånare i form av njurtransplantationer, kataraktoperationer och höftleds- respektive knäplastik ligger Sverige varken anmärkningsvärt högt eller lågt.

Problem med väntetider i svensk vård ska naturligtvis inte underskattas. Väntetider i kombination med bristande förståelse för patientens behov att få besked och att olika insatser är svagt koordinerade skapar sannolikt betydande förluster i livskvalitet och onödigt lång sjukfrånvaro. I de kliniska måtten tar man inte någon hänsyn till sådana förluster i livskvalitet. Indikatorer i form av väntetider och brister i koordinationen av vård hanteras separat och framstår som mindre betydelsefulla i vårdens eget perspektiv. Det ger ytterligare argument för att hälso- och sjukvården i större utsträckning bör se till verksamhetens samlade patientnytta.

I fortsatta insatser för att korta väntetider, t.ex. genom förbättrad logistik i vården, ökad samverkan, bättre utnyttjande av IT och olika former av stimulansmedel, är det angeläget att även följa effekterna på den faktiska tillgången till vård. Regeringens kommission 2008 gav snabbt resultat i form av kortare redovisade väntetider. Men landstingens kvalificering för att få del av pengarna förklarades till en del av att de som frivilligt valt att vänta längre än 90 dagar inte omfattades av inrapporterad statistik. En del av de förbättringar som redovisades hade därmed åstadkommits genom ändrad bokföring. Kraven på landstingens inrapportering och att både ordinarie och frivilligt väntande omfattas har därefter höjts. Det är viktigt att man dessutom följer upp den faktiska produktionen. Om landstingen klarar vårdgarantierna genom att avvakta med behandlingsbeslut eller snåla på den vård som ges är patientnyttan högst osäker.

Introduktion av bokens kapitel

Förändring av medicinsk teknologi har som framgått av redovisningen mycket stor betydelse för vården och är direkt eller indirekt utgångspunkt för många av de långsiktiga utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Ny medicinsk teknologi har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientnyttan men även för de samlade vårdutgifternas utveckling och fördelning på olika kostnadsposter. Ny medicinsk teknologi har också möjliggjort en övergång till mer vård i öppna former och reducerade samhälleliga kostnader för sjukdom och ohälsa. Frågor om vårdens finansiering, prioriteringar och styrning kan inte heller diskuteras isolerat från den teknologiska utvecklingen. Beroende på hur frågor om finansiering, prioritering och styrning hanteras kommer incitamenten för att både ta fram och använda ny medicinsk teknologi att påverkas.

Förändringar i medicinsk teknologi är också en viktig utgångspunkt för flera kapitel i denna bok. I kapitel 2 ger Ulf Persson flera exempel på betydelsen av ny teknologi och diskuterar behovet av kunskap om hur ny teknologi ska användas och hur hälsoekonomiska utvärderingar kan användas i detta syfte. I kapitel 3 diskuterar Per Carlsson hur den offentliga finansieringen av vården och det ständiga inflödet av ny teknologi ställer krav på prioriteringar inom det offentliga åtagandet, inklusive beslut om vad som ska vara individens eget ansvar. Förändringen av medicinsk teknologi är också en central utgångspunkt i Carl Hampus Lyttkens diskussion om alternativen för svenskt vidkommande när det gäller den långsiktiga finansieringen i kapitel 4.

Om vårdens organisation och styrning kan utvecklas på ett sätt som leder till bättre resursutnyttjande och/eller bättre kvalitet skapas värden som kan jämföras med de värden som åstadkoms genom t.ex. nya läkemedel. En positiv utveckling av vårdens organisation och styrning bör därmed främjas på samma sätt som utvecklingen av innovationer i form av medicinsk teknologi.

Sett i ett historiskt perspektiv har svensk hälso- och sjukvård fått uppleva många olika förslag på organisationsförändringar och

nya sätt att styra verksamheten. Slutet av 1980-talet förefaller vara en brytpunkt. Under 1960- och 1970-talen, när landstingen expanderade hälso- och sjukvården som en viktig del av välfärdsstatens uppbyggnad, var det självklart att man med rationella organisationer (offentlig byråkrati) och social ingenjörskonst kunde lösa sociala problem. Optimismen kring möjligheterna att styra organisationer genom central planering och på rationell grund var påtaglig inte minst under 1960-talet. Förhoppningarna grusades emellertid. I takt med att brister i resursutnyttjandet synliggjordes blev kritiska reaktioner vanligare och vid slutet av 1980-talet var kritiken mot hela välfärdsstaten och den offentliga sektorn massiv. Välfärdsstaten beskrevs som en gökunge som garanterade sin egen fortlevnad på andra meriter än effektivitet.

Som följd av kritiken förändrades styrningen inom offentlig sektor under 1990-talet. I Sverige liksom i andra länder försökte man efterlikna marknadens villkor och anamma samma styrmodeller som i näringslivet, en rörelse som forskare gett namnet »New Public Management« (NPM). Exempel på nya styrmodeller är införande av interna marknader, nya ersättningsprinciper, balanserade styrkort m.m. En kritisk granskning visar att dessa organisationsförändringar och reformer sällan genomförts fullt ut. Det finns en tendens till att retoriken har blivit viktigare än de förändringar som faktiskt genomförs (Anell 2004). Förutsättningarna för att implementera de organisationsförändringar och nya styrformer som tas fram förefaller också svårhanterliga. I boken »Vem styr vården?» (SNS Förlag) konstateras att det inte finns någon enskild aktör som styr, inte heller politikerna. Hälso- och sjukvården är istället föremål för styrning från en rad olika håll – politiskt, administrativt och av medicinska professionen (Blomqvist 2007). Styrningen sker dessutom på olika nivåer som i hög grad tycks frkopplade från varandra. Politiker upplever inte sällan att deras beslut inte får genomslag i verksamheten och att vården och särskilt läkarna är svårstyrda. Verksamhetsansvariga upplever å sin sida att politiker har bristande förståelse för verksamhetens villkor och att politiker alltför ofta intresserar sig för detaljer (Paulsson 2009). Som tidigare noterats finns en tendens att aktörer på olika nivå-

er fokuserar på olika effektivitetsmått. För den medicinska professionen står behandlingseffektivitet för de egna patientgrupperna i centrum, medan den övergripande ledningen har att se till hela vårdsystemets effektivitet.

Efter två årtionden med NPM i hälso- och sjukvården finns därför skäl att fokusera på just problemet att införa nya styrmodeller. I kapitel 5 diskuterar Gudbjörg Erlingsdóttir vad som händer i mötet mellan nya styrmodeller och praxis och varför det inte alltid blir som man tänkt sig. Utgångspunkt är fallstudier av några kvalitetssäkringsprojekt. Införande av vårdval i primärvården är en ny reform vars genomförande diskuteras av Anders Anell och Gert Paulsson i kapitel 6. Även om vårdval är nytt är de underliggande frågorna om primärvårdens finansiering och organisation och behovet av att förstärka »första linjens vård« i svensk hälso- och sjukvård ingalunda nya. Dessa frågor har tvärtom varit återkommande teman även i tidigare SNS-rapporter.

Införande av öppna jämförelser av vårdens resultat, som diskuteras av Charlotta Levay i kapitel 7, är på så sätt en större nyhet. Traditionella argument för sådana jämförelser har varit att budgetkopplade vårdgivare inte automatiskt faller bort från »marknaden« om de är ineffektiva, vilket ställer krav på särskild granskning och identifiering av »best practice«. Transparens och jämförelser ligger dessutom i linje med ökande krav på insyn i ett demokratiskt styrt samhälle. Ytterligare argument, som blivit viktigare under senare år, är att öppna jämförelser av kvalitet krävs för att individer ska kunna göra välinformerade val mellan vårdgivare. Öppna jämförelser av kvalitet, tillsammans med vårdval och ersättningssystem baserat på måluppfyllelse, är också uttryck för ambitioner under senare år att skapa en styrning med större fokus på de värden som vården genererar.¹⁴ Oavsett argument är förhoppningen att öppna jämförelser ska ge stöd åt innovationer och insatser i vården som genererar ökad patientnytta och bättre användning av teknologi.

14. Inom amerikansk vård används begreppet »valuebased purchasing« för att beskriva förändringar mot öppna jämförelser av kvalitet som stöd för individers val av vårdgivare och införandet av pay-for-performance (ersättning baserad på måluppfyllelse) till vårdproducenter.

Som Charlotta Levay diskuterar är dock inte nyttan av öppna jämförelser självklar bara för att det finns goda argument bakom utvecklingen.

I bokens avslutande kapitel 8 behandlar Ulf-G. Gerdtham vad som förklarar hälsan och dess fördelning i befolkningen utifrån hälso- och sjukvårdens lagfästa mål om en god hälsa för hela befolkningen. Till skillnad från övriga kapitel är utgångspunkten i detta kapitel inte hälso- och sjukvården (medlet) utan hälsan och dess fördelning (målet).

Som redan konstaterats i kapitlets inledning finns en mängd utmaningar som inte behandlas i denna bok. De kortsiktiga utmaningar som orsakas av det rådande ekonomiska läget kommer inte att beröras. Landstingen och kommunerna har förvisso haft en relativt god finansiell utveckling under senare år, men det förklaras av tillfälliga faktorer och ökade statsbidrag.¹⁵ Osäkerheten om framtiden är stor. Sverige har starka offentliga finanser jämfört med flertalet andra länder, men utvecklingen av svensk ekonomi är samtidigt helt beroende av hur den internationella konjunkturen utvecklas, inte minst inom Europa och USA. Med en svag ekonomisk konjunktur kommer med all sannolikhet frågor om hälso- och sjukvårdens långsiktiga finansiering och behovet av prioriteringar inom offentligt finansierad vård att hamna högre på dagordningen.

En viktig långsiktig utmaning som kommer att påverka beslutsfattare på många olika nivåer och är värd ett eget forskningsprojekt är de kommande årtiondenas förväntade brist på läkare och sjuksköterskor. Framtidsprognoser över de närmaste 20 åren pekar på en bristsituation i antalet läkare och sjuksköterskor och en tilltagande konkurrens mellan länder (OECD 2008). För svenskt vidkommande kan redan noteras en påtaglig ökning i beroendet av läkare med examen från andra länder under perioden 2000–2005 jämfört med tidigare. Som noteras i OECD-rapporten från 2008 finns flera möjliga åtgärder för Sverige och andra länder:

15. Se vidare SKL (2010) The Economy Report. On Swedish municipal and county council finances – May 2010. Stockholm: SKL.

- öka antalet utbildningsplatser
- se till att läkare och sjuksköterskor fortsätter i vårdyrket
- försena tidpunkten för pension
- öka vårdens produktivitet och effektivitet
- rekrytera läkare och sjuksköterskor internationellt.

Åtminstone tre av åtgärderna handlar snarast om att utveckla hälso- och sjukvårdssystemet och förbättra villkoren för dem som arbetar i vården. Det innebär att det trots allt finns en koppling till det som är en viktig och gemensam utgångspunkt för de olika bidragen i denna bok.

REFERENSER

- Ackerby, S. (2008), *Vad får vi för pengarna? – om effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Anell, A. och R. Claesson (1995), *Svenska sjukhus förr och nu – Ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Anell, A. (2004), *Strukturer, resurser, drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Anell, A. och O. Mattisson (2009), *Samverkan i kommuner och landsting – En kunskapsöversikt*. Lund: Studentlitteratur.
- Arvidsson, G. och B. Jönsson (1997), *Politik och marknad i framtidens sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Arvidsson, G. m.fl. (2007), *Medicin för Sverige! Nytt liv i en framtidsbransch*. Stockholm: SNS Förlag.
- Berrino, F. m.fl. (2007), *Lancet Oncology*, 8: 773–783.
- Blomqvist, P. (red.), (2007), *Vem styr vården?* Stockholm: SNS Förlag.
- Calltorp, J. och G. Maathz (2009), *Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård*. Stockholm: LIF.

- Chernew, M.E., Sabik, L., Chandra, A. och J.P. Newhouse (2009), »Would having more primary care doctors cut health spending growth?«, *Health Affairs*; 28(5): 1327–1335.
- Cutler, D.M. och M. McClellan (2001), »Is technological change in medicine worth it?«, *Health Affairs*; 20(5): 11–29.
- Feachem, R.G.A., Sekhri, N.K. och K.L. White (2002), »Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente«, *BMJ*; 324:135–143.
- Fölster, S., Hallström, O., Morin, A. och M. Renstig (2003), *Den sjuka vården*. Stockholm: Ekerlids Förlag.
- Gerdtham, U.-G., Löthgren, M., Tambour, M. och C. Rehnberg (1999), »Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis«, *Health Economics*; 8(2): 151–164.
- Gerdtham, U.-G. och D. Lundin (2002), »Why did drug spending increase during the 90's? A decomposition based on Swedish data«, *Pharmacoeconomics*; 22: 29–43.
- Groenewegen, P.P., Boerma, W.G.W. och B. Sawyer (2003), »General Practitioners' use of time and time management«. I Boerma, W.G.W. (red.), *Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners*. NIVEL: Utrecht.
- Health Consumer Powerhouse* (2009), Euro Health Consumer Index 2009.
- Helgesson, C.F. och H. Winberg (2008), *Detta borde vårdebatten handla om*. Stockholm: EFI.
- Janlöv, N. (2008), »Studies on efficiency in the Swedish health care sector«, *Licentiate Diss.* nr 101. Lund: Ekonomiska institutionen, Lunds universitet.
- Jönsson, B., Arvidsson, G., Levin, L.Å. och C. Rehnberg (2004), *Hälsa, vård och tillväxt*. Stockholm: SNS Förlag.
- Luce, B.R., Mauskopf, J., Sloan, F.A., Osterman, J. och L.C. Paramore (2006), »The return on investment in health care: From 1980–2000«, *Value in Health*; 9(3): 146–156.
- Lind, J.I. (2010), *Nästa vårdssystem – under professionell självkontroll*. Lund: Studentlitteratur.
- Lyttkens, C.H. (1999), »Imperatives in health care. Implications for social welfare and medical technology«, *Nordic Journal of Political Economy*; 25: 95–114.
- Newhouse, J.P. (1992), »Medical care costs: how much welfare loss?« *J Econ Perspect*; 6(3): 3–21.

- Newhouse, J.P. (1993), »An iconoclastic view of cost containment«, *Health Affairs*, 12 Suppl: 152–171.
- Nolte, E. och M. McKee (2003), »Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care.« *BMJ*, 327: 1129.
- Nolte, E. och M. McKee (2008), »Measuring the health of nations: updating an earlier analysis«, *Health Affairs*, 27(1): 58–71.
- Norbäck, L.E. och A. Targama (2009), *Det komplexa sjukhuset*. Lund: Studentlitteratur.
- OECD (2004), *Private health insurance in OECD countries*. Paris: OECD.
- OECD (2008), *The looming crisis in the health workforce. How can OECD countries respond?* Paris: OECD.
- OECD (2009), *Achieving better value for money in health care*. Paris: OECD.
- OECD (2009), *OECD Health Data*. Paris: OECD.
- Or, Z., Wang, J. och D. Jamison (2005), »International differences in the impact of doctors on health: a multilevel analysis of OECD countries«, *Journal of Health Economics*, 24: 531–560.
- Paulsson, G. (2009), *Den politiska viljan och verksamheten – En studie av de politiska beslutens inverkan på verksamheten*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Rose, C. (2010), *Förslag till bildande av Skånes regionala cancercentrum*. Region Skåne, Koncernkontoret 2010-02-10.
- Sisko, A. m.fl. (2009), »Health spending projections through 2018: Recession effects add uncertainty to the outlook«, *Health Affairs*, 24 February, web exclusive, w 346–357.
- Smith, S., Newhouse, J.P. och M.S. Freeland (2009), »Income, insurance, and technology: Why does health spending outpace economic growth?« *Health Affairs*, 28(5): 1276–1284.
- TLV (2009), Hur påverkar nya läkemedel hälsa och kostnader i olika sektorer?
- Weisbrod, B.A. (1991), »An essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment.« *Journal of Economic Literature*, 29: 523–552.
- WHO (2000), *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: WHO.
- Wilking, N. och B. Jönsson (2005), »A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs.« Stockholm: Karolinska Institutet.

Ett effektivt system för sjukvården måste kunna balansera de tre målen kostnadseffektivitet, kostnadskontroll och främjande av innovationer. Hälsoekonomiska utvärderingar har ambitionen att fånga patientnyttan och ställa den i relation till resursanvändningen. De är därför ett viktigt instrument både för att identifiera kostnadseffektiva teknologier och för att utränga äldre mindre kostnadseffektiva terapier. Samtidigt kan de vara ett effektivt instrument för att främja nya innovationer. Silotänkande, avsaknad av incitament och bristande transparens avseende hälsans värde fungerar idag som barriärer för introduktion av nya kostnadseffektiva teknologier. En direkt koppling av TLV:s beslut om läkemedelssubventioner till landstingens statsbidrag för läkemedel skulle kunna förbättra följsamheten till TLV:s beslut och minska konflikten mellan ett snävt budgetperspektiv och ett brett samhällsekonomiskt perspektiv. En vidareutveckling av det värdebaserade prissättningssystemet för läkemedel så att det blir effektivare och omfattar fler delar av sjukvården skulle kunna stimulera och säkerställa introduktion av nya effektiva innovationer.

Betydelsen av ny medicinsk teknologi och innovationer i vård och omsorg – några exempel

I ett samhällsekonomiskt perspektiv är det frånvaron av effektiv behandling av sjukdom som kostar allra mest. Att skapa förutsättningar för ett gott innovationsklimat och att ta tillvara nya medicinska teknologier är därför en förutsättning för utveckling av en god

hälso- och sjukvård. Nya medicinska teknologier är inte bara nya läkemedel och medicinska produkter. Ny teknologi handlar också om förnyelse av sjukvårdens strukturer och processer. Syftet med detta kapitel är att belysa hur ny medicinsk teknologi ofta kan ha en avgörande betydelse för hälso- och sjukvårdens kostnader, produktivitet och kvalitet. Jag ska göra detta genom att inledningsvis beskriva några exempel på hur ny medicinsk teknologi har påverkat vård och omsorg i Sverige. Därefter diskuterar jag resultaten från de fem redovisade exemplen och lyfter fram goda och dåliga erfarenheter. Slutligen ges några förslag till förändringar som förväntas leda till bättre kostnadskontroll och kostnadseffektivitet samt dessutom stimulera innovationsklimatet i svensk hälso- och sjukvård.

EXEMPEL I *Ny teknologi inom äldreomsorgen i Sverige*

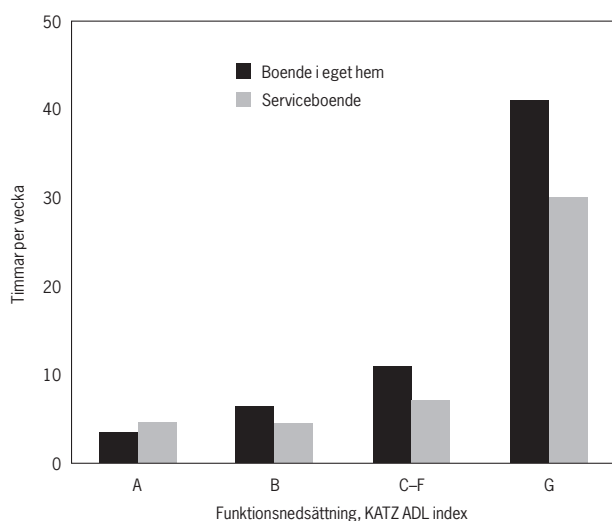
Under 1980-talet var den s.k. hemmaboendeideologin – att äldre så långt möjligt skulle få bo kvar hemma – förhärskande i kommunernas äldreomsorgsplanering. Bostäder byggdes om så att de blev anpassade för äldre som på grund av funktionsnedsättning var i behov av anpassade lägenheter och lättillgänglig service.

I en undersökning, 1991 av Svensson m.fl., omfattande ett slumpmässigt urval av 180 hemtjänsttagare i Karlskrona, Malmö och Uppvidinge analyserades hemtjänstens omfattning. Under en mätvecka uppmättes aktuella hemtjänststimmar, förekomsten av annan för hemtjänsttagaren aktuell service och pensionärens funktionsnedsättning utifrån KATZ ADL-index.¹ Individerna klassificerades i fyra ADL-grupper där individer i grupp A hade den lägsta funktionsnedsättningen där hemtjänsten endast hjälpte till med städning, inköp och klädvård. Grupp G hade den högsta graden av beroende och hade hjälp med bäddning, städning, toalettbesök, morgon- och kvällshygien, hår- och fotvård, av- och påklädning, klädvård, matlagning, transport, inköp, natten, förflyttning inomhus, medicinering, promenad samt bank- och postärenden.

1. KATZ ADL-index omfattar totalt sju grupper, A, B, C, D, E, F och G där grupperna C, D, E och F slogs samman till en grupp.

Bland de 92 procent av pensionärerna som medverkade i undersökningen visade resultaten att ju högre funktionsnedsättning, desto fler timmar hade hemtjänsttagaren per vecka. Genomsnittlig hemhjälp per vecka var t.ex. 3,5 timmar för individer i grupp A och 38,0 timmar per vecka i grupp G.

Hemtjänstinsatsernas omfattning kan emellertid bero på andra förhållanden än individernas ADL-status. Hemtjänsttagare som bodde i servicelägenheter hade ett boende som var mer lättillgängligt för äldre med stora svårigheter att gå eller som färdades med rullstol. Servicelägenheterna var utformade för att såväl underlätta förflyttning i lägenheten som att brukarna själva skulle kunna ta sig till kringliggande service. En hypotes var att hemtjänstens insatser skulle kunna hållas på en lägre nivå bland de äldre som bodde i servicebostäder jämfört med den grupp som bodde kvar i »gamla« bostäder.



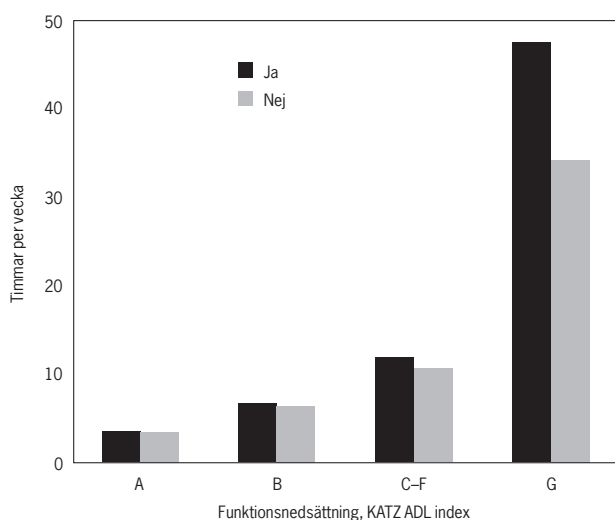
Figur 2.1 Hemhjälp i eget hem eller serviceboende, timmar per vecka per grad av funktionsnedsättning.

Källa: Svensson, M., Edebalk, P.G., U. Persson (1991), »Home Service Costs: The Swedish Experience«, *Health Policy*, 19, s. 197–209.

Analysen visade att med beaktande av ADL-status var hemtjänstens insatser lägre i serviceboende än i kvarboende i samtliga tre kommuner. Det gällde för såväl kvinnor som män. Resultaten indikerade att serviceenhetens stordriftsfördelar gjorde det möjligt att bevilja färre hemhjälpstimmar till pensionärer. Tillsynsfunktionen kunde underlättas samtidigt som serviceboendet var ett arbetsmiljöanpassat boende.

Av de 131 hemtjänsttagarna i studien hade 28 en trygghetstelefon installerad i sitt hem. På samma sätt som för serviceboendet är det rimligt att anta att hemtjänsttagare med trygghetstelefon har mindre schemalagda hemtjänststimmar jämfört med gruppen utan trygghetstelefoner.

Resultaten från studien ger emellertid en bild av det motsatta förhållandet. Pensionärer med trygghetstelefoner visade sig ha fler schemalagda hemtjänststimmar per vecka än hemtjänsttagare utan



Figur 2.2 Hemhjälp i eget hem, timmar per vecka fördelat på funktionsnedsättning och tillgång till trygghetslarm.

Källa: Svensson, M., Edebalk, P.G., U. Persson (1991), »Home Service Costs: The Swedish Experience», *Health Policy*, 19, s. 197–209.

trygghetstelefoner. Inkluderas dessutom de hemtjänsttimmar som genererades av att pensionären tillkallade hjälp genom att larma med trygghetstelefonen blev skillnaden ännu större.

Dessa skillnader kunde inte förklaras av faktorer som ålder eller i vilken utsträckning som anhöriga hjälpte åldringen. Det genomfördes diskussioner med ansvariga medelstillsdelare i de tre kommunerna i syfte att finna förklaringar till att förhållandet mellan tilldelade hemtjänsttimmar och trygghetstelefon var det omvända mot förväntat. Dessa diskussioner ledde fram till att den vanligaste förklaringen var att personer som lyckats få en trygghetstelefon antingen hade god argumentationsförmåga eller anhöriga som kunde argumentera för behovet av både telefon och fler antal hemhjälpstimmar.

Svensson m.fl. (1991) försökte skatta genomsnittlig service- och omsorgskostnad för populationen äldre med hemtjänst i de tre kommunerna. Den genomsnittliga service- och omsorgskostnaden för pensionärer med hemtjänst skattades till ca 100 000 kronor i 1989 års priser. En regressionsanalys visar att den årliga service- och omsorgskostnaden varierade efter individens funktionsnedsättning. I genomsnitt ökade service- och omsorgskostnaden med 36 000 kronor per ADL-poäng och år (6–18 möjliga ADL-poäng). En psykiskt klar hemtjänsttagare hade i genomsnitt 50 000 kronor högre service- och omsorgskostnad per år än en som inte var psykiskt klar.

Man kan också utläsa att en hemtjänsttagare med trygghetstelefon i genomsnitt hade 40 000 kronor högre årskostnader än pensionärer utan trygghetstelefon. Kostnaden för själva trygghetstelefonen uppskattades till 20 000 kronor per år och telefon. Motsatt effekt på årskostnaden hade bostadsanpassning. För en hemmaboende hemtjänsttagare som flyttar till serviceboende beräknades den totala service- och omsorgskostnaden minska med 46 000 kronor per år. Har en hemmaboende hemtjänsttagare trygghetstelefon skulle flyttningen till serviceboende motsvara en kostnadsminskning på cirka 87 000 kronor per år.

EXEMPEL 2 *Nya innovativa terapier
vid reumatoid artrit (RA)*

År 1999 introducerades det första biologiska läkemedlet, en TNF- α -hämmare, infliximab (Remicade[®]), på den svenska marknaden för behandling av Reumatoid artrit (RA). Vid den tiden fanns redan ett nationellt kvalitetsregister för RA och ett regionalt sådant som skulle få särskild betydelse för uppföljning av de nya läkemedlen. En av dessa studier baserad på register i södra Sverige har analyserat kostnader, nyttor och kostnadseffektivitet av introduktion av TNF-hämmare vid behandling av patienter med RA under ett år i klinisk praxis (Kobelt m.fl. 2004).

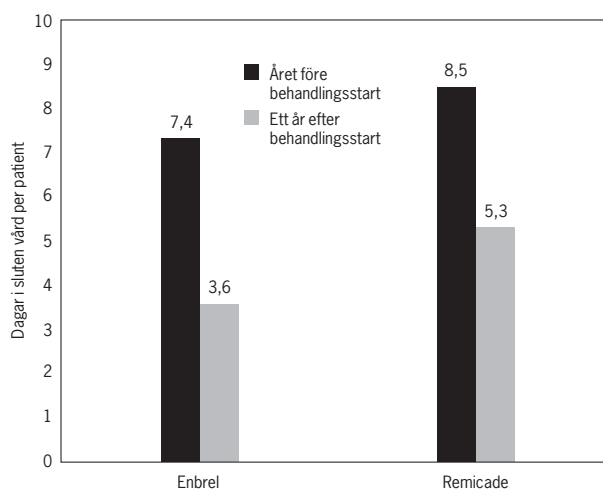
Vid fyra RA-kliniker studerades 160 patienter som behandlats med TNF-hämmare. Patienterna fick antingen infliximab (Remicade[®]) eller etanercept (Enbrel[®]). Den ekonomiska analysen baserades på 116 patienter för vilka data var kompletta och som fick behandling åtminstone ett år. Information om läkemedelsförskrivning, funktionskapacitet, sjukdomsaktivitet och laboratorieresultat var tillgänglig under hela behandlingstiden. Information om resursanvändning och livskvalitet insamlades vid behandlingsstart och därefter över en tidsperiod av ett år. Kostnadseffektanalysen baserades på förändringen i livskvalitet och kostnader jämfört med året före behandlingen. Kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (Quality Adjusted Life Year, QALY) beräknades för hela populationen och för patienter med olika grad av funktionsnedsättning.

Resultatet visade att under det första året med TNF-hämmare minskade de direkta behandlingskostnaderna med 40 procent, men de indirekta kostnaderna för produktionsbortfall påverkades inte nämnvärt. Patienternas livskvalitet förbättrades från en genomsnittlig livskvalitet på 0,28 till 0,65.² Under antagande att förbättringen i livskvalitet inträffade först efter 3 månaders behandling blev kostnaden per vunnet QALY 43 500 euro (2002 års priser,

2. Livskvalitet mäts på en skala från 0,00 till 1,00, där 0,00 motsvarar död och 1,00 fullt frisk.

1 euro = 9,05 SEK). Om förbättringen antas inträffa efter sex veckor blir kostnaden per vunnet QALY istället 36 900 euro. En känslighetsanalys som inkluderade alla 160 patienterna gav en skattad kostnad per vunnet QALY på 53 600 euro. Kostnaden per vunnet QALY var högre för patienter med mindre svår sjukdom (se figur 2.3 och tabell 2.1). Figur 2.3 visar hur behandling med nya biologiska läkemedel leder till minskad slutenvårdskonsumtion för patienter med reumatoid artrit (RA) (Geborek m.fl. 2002).

Tabell 2.2 visar hur viktig sjukdomens svårhetsgrad är för behandlingsresultatet. Den största genomsnittliga hälsoeffekten tillfaller patienter med en Health Assessment Questionnaire (HAQ)-värde på 1,0–2,0. För patienter med lindrigare svårhetsgrad, HAQ-värde under 1,0, blir livskvalitetsvinsten mindre. För patienter med ett HAQ-värde över 2,0 är den genomsnittliga livskvalitetsvinsten återigen lägre. För dessa patienter har RA-sjukdomen utvecklats så länge att den inte längre är endast ett inflammatoriskt problem



Figur 2.3 Slutenvårdskonsumtion för RA-patienter i södra Sverige, 1 år före och efter behandlingsstart med TNF-hämmare.

Källa: Geborek m.fl. (2002).

2. Utvärdering av medicinsk teknologi och hälsoekonomi

Tabell 2.1 Genomsnittlig livskvalitet, arbetskapacitet och kostnad, euro i 2002 års priser och per patient, 4 sjukhus i Skåne.

	Behandlings- start, TNF- hämmare	Efter 12 månader	Skillnad
Livskvalitet	0,28	0,65	+ 0,37
Arbetskapacitet, % av populationen	27	28	+ 1
Indirekt kostnad, euro	21 880	21 739	-141
Läkemedelskostnad (cortisone, NSAID, analgesics. DMARD), euro	566	293	-273
Sjukhuskostnad, euro	3 823	1 963	-1 860
Kirurgikostnad, euro	569	356	+ 207
Öppenvårdskostnad, euro	367	568	+ 201
Akutvårdskostnad euro	246	143	-103
Kostnad för TNF-hämmare, euro	–	14 704	+ 14 704
Total kostnad, euro	27 447	39 630	+12 183

Källa: Kobelt, G., Eberhardt, K., Geborek, P. (2004), »TNF inhibitors in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice: costs and outcomes in the follow up study of patients with RA treated with etanercept or infliximab in southern Sweden«. *Ann Rheum Dis*, 63, s. 4–10.

Tabell 2.2 Kostnadsökning, QALY-vinst och inkrementell kostnad per vunnet QALY efter ett års behandling för patienter med olika svårhetsgrad (HAQ) vid behandlingsstart, euro i 2002 års priser.

Patienters HAQ vid behandlingsstart	Antal patienter	Inkrementell kostnad (euro)	QALY-vinst	Kostnad/ QALY (euro)
<0.6	8	14 131	0.11	128 500
0.6<1.1	21	11 131	0.18	61 800
1.1<1.6	30	15 241	0.25	61 000
1.6<2.1	36	11 176	0.30	37 300
≥2.1	21	6 888	0.16	43 000

Källa: Kobelt, G., Eberhardt, K., P. Geborek (2004), »TNF inhibitors in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice: costs and outcomes in the follow up study of patients with RA treated with etanercept or infliximab in southern Sweden«. *Ann Rheum Dis*, 63, s. 4–10.

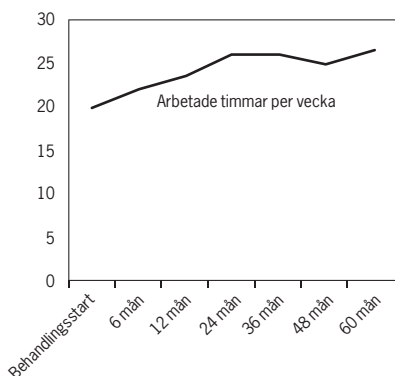
Anm.: QALY = kvalitetsjusterat levnadsår.

utan sjukdomen har också hunnit bidra till deformerade leder.

Det är också intressant att se att det är för de svårast sjuka patienterna som den inkrementella kostnaden är lägst. Det kan förklaras av att det är för dessa patienter som de största kostnaderna för kirurgiska ingrepp och slutna vård kan sparas in till följd av den nya behandlingen med TNF-hämmare. Den inkrementella kostnaden per vunnet QALY är acceptabel för samtliga svårhetsgrader utom för de allra lindrigast sjuka patienterna (Hugosson och Engström 2007).³

Eftersom RA är en sjukdom som förvärras över tiden om inte effektiva behandlingar sätts in är det väsentligt att kostnadseffektanalysen inte avgränsas till ett år. Det behövs en analys över en längre tidsperiod, kanske över åtminstone tio år eller för patientens återstående livstid, för att ge en rättvisande bild av värdet av nya innovativa terapier.

Resultat från längre uppföljningar än ett år är intressanta efter-



Figur 2.4 Behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (RA) ger ökat deltagande i avlönat arbete från i genomsnitt 20 till 26 timmar per vecka och patient.

Källa: Augustsson m.fl. (2009).

3. Utifrån TLV:s tidigare beslut vid svåra sjukdomstillstånd.

som de kan ge en fullständigare bild av vad som händer med patienternas medverkan i avlönat arbete efter behandling med TNF-hämmare.

En studie av Augustsson m.fl. (2009) baserad på STURE-registret i Stockholm och en uppföljning av 528 patienter med RA i 5 år under 2000-talets första hälft visar att det tar flera månader efter behandlingsstart innan det går att uppmäta några förändringar på patienternas deltagande i förvärvsarbete. Ökningen i antal arbetade timmar är signifikant fr.o.m. 6 månader efter behandlingsstart med de nya biologiska läkemedlen vid RA (se figur 2.4). Naturligtvis är dessa resultat inte bara beroende på behandlingsutfallet utan även på förhållandena på arbetsmarknaden.

EXEMPEL 3 *Nya innovativa läkemedel för behandling av schizofreni*

Ett stort problem med de etablerade läkemedelsbehandlingarna för schizofreni är följsamheten. Läkemedelsterapierna är ofta förknippade med biverkningar, t. ex. viktuppgång eller obehagliga muskelrörelser, som gör att patienterna i betydande utsträckning slutar ta läkemedlen när de upplever att det akuta behovet inte längre finns. Denna brist på följsamhet från patientens sida leder ibland till försämring av sjukdomstillståndet så att patienten blir inlagd på sjukhus. Dessa slutenvårdstillfällen utgör en stor ekonomisk kostnad för sjukvården.

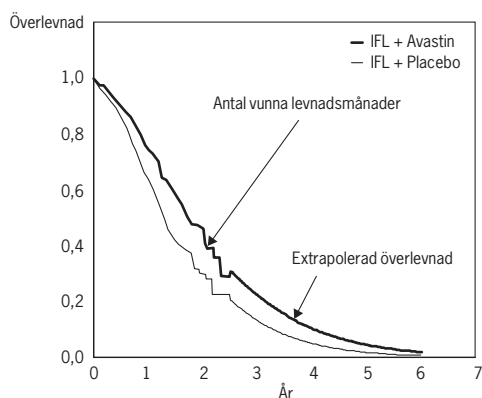
Under senare år har det utvecklats s.k. depo-preparat för schizofrenibehandling som innebär att läkemedlen blir långverkande och avsevärt förbättrar följsamheten och reducerar behovet av slutenvård. I syfte att belysa storleken på kostnadsminskningarna i slutenvård till följd av att patienter med schizofreni bytte till de nya depo-medlen genomfördes en retrospektiv journalstudie omfattande 164 patienter i nio olika geografiska områden där patienterna behandlats i verklig klinisk praxis i Sverige (Willis m.fl. 2010).

Studiens resultat visar att bytet till Risperdal Consta (depo-läkemedlet) var associerat med en signifikant minskning i det ge-

nomsnittliga antalet vård dagar från 39 till 21 dagar per år och patient, dvs. med 45 procent. Det genomsnittliga antalet sjukhusinläggningar minskade med 27 procent från 0,86 till 0,63 per år och patient.

EXEMPEL 4 *Nya terapier vid generaliserad kolorektalcancer*

Det finns olika stadier i koloncancer och cancer i rektum (ändtarmen) men patienter med generaliserad kolorektalcancer har inte någon bra prognos. Under 2000-talet utvecklades bl. a. bevacizumab (Avastin[®]) som en ny läkemedelsterapi vid generaliserad kolorektalcancer. En randomiserad kontrollerad studie där 813 patienter slumpades antingen till traditionell behandling med IFL eller till behandling med IFL och tillägg med bevacizumab visade en statistiskt signifikant förbättrad överlevnad med i genomsnitt 4,5 månader per patient (Hurwitz m.fl. 2004).



Figur 2.5 Total överlevnad vid Bevacizumab (Avastin[®])-behandling vid generaliserad kolorektalcancer.

Källa: Hurwitz m.fl. (2004) och Socialstyrelsen (2007).

Tabell 2.3 Kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY), tusentals kronor, olika antaganden om livskvalitet och förvärvsfrekvens.

Antagen livskvalitet	0,5/0,5	0,75/0,5	0,75/0,75
Patienten jobbar inte	1 388	1 030	925
Patienten jobbar	1 056	784	704

Källa: Socialstyrelsen (2007).

I samband med framtagandet av nationella riktlinjer för behandling av patienter med kolorektalcancer genomförde Socialstyrelsen ett antal hälsoekonomiska analyser varav en syftade till att utvärdera bevacizumab vid generaliserad kolorektalcancer (Socialstyrelsen 2007). De huvudsakliga resultaten återges i figur 2.5 och tabell 2.3.

Livskvaliteten uppmättes aldrig i Hurwitz randomiserade kliniska studie. Inte heller insamlades uppgifter om patienternas förvärvsarbete. Livskvaliteten har därför skattats med hjälp av resultat från andra publicerade studier av kolorektalpatienter i livets slutskede.⁴ En känslighetsanalys genomfördes av Socialstyrelsen där det antogs att patienterna arbetade heltid ända fram till den dag de plötsligt avled alternativt att patienterna inte arbetade alls under de sista månaderna i livet.

Resultaten tolkades av Socialstyrelsen som att ett tillägg med den nya läkemedelsbehandlingen bevacizumab (Avastin[®]) borde tillämpas restriktivt eftersom kostnaden per vunnen QALY sannolikt uppgick till 1 miljon kronor eller mer och att detta ansågs vara en mycket hög kostnad per QALY.

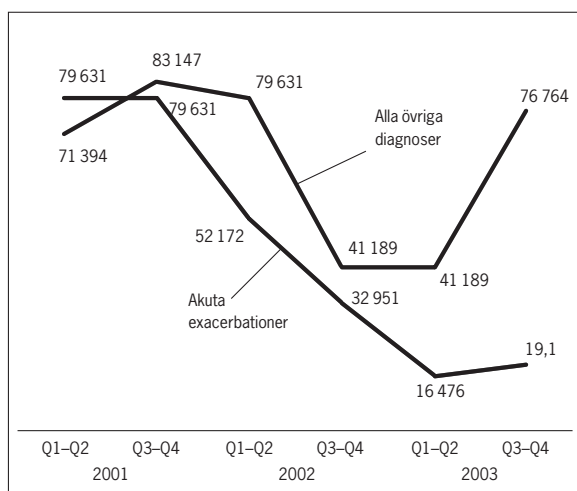
4. TUFTS databas (Harvard): <http://research.tuftsnmec.org/cear/default.aspx>, i samverkan med medicinsk expertis.

EXEMPEL 5 *Ett innovativt managementprogram för patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)*

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en sjukdom som resulterar i betydande kostnader för sluten vård, öppen vård och läkemedel och som beräknas uppgå till 1 procent av de totala svenska sjukvårdskostnaderna (Jansson m.fl. 2002). De höga kostnaderna för sluten vård av patienter med KOL är en följd av otillfredsställande omhändertagande.

Under senare delen av 2001 genomförde man på Simrishamns sjukhus ett strukturerat Disease Management Program (DMP) för KOL-patienter. DMP-programmet kan betraktas som ett försök att utveckla ett strukturerat program för omhändertagande. I likhet med ett vårdprogram var DMP-programmet evidensbaserat och innefattade patientutbildning (sjukdomslära, rökavvänjningsstöd och information om medicinering), teamsamverkan mellan läkare och sköterska samt återkoppling till patienterna. Utöver det som brukar innefattas i ett vårdprogram gav man också KOL-patienter förbättrad tillgänglighet till specialutbildad KOL-sköterska med direkt tillgång till specialistläkare. Det primära syftet var att undersöka om man med hjälp av bättre tillgänglighet, intensiv läkemedelsbehandling och ökat antal uppföljande läkarbesök skulle kunna förbättra vården av KOL-patienterna så att de svåra exacerbationerna (utbrotten) och därmed slutenvården kunde reduceras. Programmet omfattar också en identifiering av patientpopulationen vid programmets start, samt en utvärdering av process och utfall. Totalt involverades 784 patienter.

Simrishamns sjukhus administrativa system producerade data om KOL-patienternas konsumtion av resurser såsom öppen-vårdskonsultationer, sluten vård, tester och läkemedel. KOL-patienternas resurskonsumtion studerades 2001 till 2003. Resurskonsumtionen för första och andra kvartalet 2001 illustrerar vårdutnyttjandet före introduktionen av managementprogrammet. Vårdkonsumtionen fr.o.m. 3:e kvartalet 2001 till och med 4:e kvartalet 2002 betraktades som en introduktions- och inkörningsperiod. Vårdkonsumtionen under hela 2003 betraktades som en period efter introduktion av DMP-programmet.



Figur 2.6 Kostnader för KOL-patienternas slutna vård fördelade på akuta exacerbationer och alla övriga diagnoser, varje halvår före implementeringen av KOL-managementprogrammet och fram till december 2003, euro i 2006 års priser, halvårsvis 2001–2003.

Källa: Tunsäter m.fl. (2006).

Resultaten från analysen för de 784 KOL-patienterna på Simrishamns sjukhus visar att kostnader för läkemedel fördubblades från 14 000 euro till 31 000 euro per år. Samtidigt ökade KOL-patienternas totala antal besök i öppenvården från 580 till 996 per år. Kostnaderna för KOL-patienternas öppna vård ökade från 125 000 euro till 140 000 euro per år.

Konsekvenserna för den slutna vården var dock den omvända. Det totala antalet inläggningar på sjukhus med diagnosen KOL minskade från 67 till 25 per år varav inläggningarna för akuta exacerbationer svarade för den största delen av minskningen. De totala sjukvårdskostnaderna relaterade till KOL beräknades minska från 314 000 euro till 153 000 euro per år, dvs. i det närmaste halveras.

Sammantaget innebär det att sjukvårdens kostnader för dessa 784 patienters KOL-relaterade vård minskade från 469 000 euro till 357 000 euro, dvs. med ca 24 procent (se tabell 2.4 och figur 2.6).

Tabell 2.4 Sjukvårdskostnader för de 784 KOL-patienterna, i 2006 års priser, halvårsvis 2001–2003.

Kostnad, euro	Tidsperiod					
	2001		2002		2003	
	Q1 + 2	Q3 + 4	Q1 + 2	Q3 + 4	Q1 + 2	Q3 + 4
TOTAL KOL-RELATERAD						
SJUKVÅRDSKOSTNAD	224 017	245 122	211 944	175 151	161 563	195 417
<i>Skillnad</i>		21 105	–12 073	–48 866	–62 455	–28 600
ÖPPENVÅRD						
Läkarbesök	47 857	29 344	24 224	42 145	33 480	30 723
KOL-sköterskebesök	8 658	34 634	34 634	34 634	34 634	34 634
Blodgasanalyser	411	347	616	604	629	758
Bröströntgen	1 933	1 933	2 714	2 714	2 584	2 584
<i>Summa</i>	58 860	66 258	62 188	80 097	71 327	68 698
SLUTENVÅRD						
Inläggningar för						
KOL-exacerbationer	79 631	79 631	52 172	32 951	16 476	19 100
<i>Skillnad</i>			–27 459	–46 680	–63 156	–60 532
Alla övriga KOL-diagnoser	71 394	83 147	79 631	41 189	41 189	76 764
<i>Skillnad</i>		11 754	8 238	–30 205	–30 205	5 370
LÄKEMEDEL						
Alla läkemedel	14 133	16 086	17 953	20 915	32 571	30 855
<i>Skillnad</i>		1 953	3 820	6 782	18 439	16 723
ANNAN, EJ KOL-RELATERAD SLUTEN VÅRD						
	307 168	222 706	283 358	287 293	409 181	403 259
<i>Skillnad</i>		–84 463	–23 810	–19 875	102 012	96 090

Källa: Tunsäter m.fl. (2006).

Vad lär man från de fem exemplen?

Effekter på resursutnyttjandet

Betraktar man konsekvenserna av ny teknologi för arbetskraften i sjukvården och i samhället i stort så leder flera av exemplen till besparingar av arbetskraftsresurser och ökat arbetskraftsutbud. Det gäller framför allt introduktionen av serviceboende, nya läkemedel för behandling av patienter med RA och managementprogrammet för behandling av patienter med KOL. Serviceboendet minskade antalet hemhjälpstimmar. Läkemedelsbehandlingen av RA-patienterna och schizofrenipatienterna minskade den slutna vården. Läkemedelsbehandlingen av RA-patienterna ökade också patienternas arbetsförmåga så att de åtminstone efter ett års behandling visade ett ökat deltagande i avlönat arbete. Managementprogrammet halverade den slutna vården. Även om managementprogrammet medförde ökade krav på resurser i den öppna vården var denna expansion av arbetskraft betydligt mindre än inbesparingen i slutenvården varför det blev en nettobesparing av arbetskraftsbehovet i sjukvården.

För introduktionen av trygghetstelefonerna och för introduktionen av det nya läkemedlet för behandling av generaliserad kolorektalcancer blev det inga inbesparingar av arbetskraftsresurser i sjukvården eller omsorgen. Effekterna av introduktionen av trygghetstelefonerna är sannolikt sådan att efterfrågan på fler hemhjälpstimmar ökar när de äldre får större tillgänglighet till omsorgspersonalen och får lättare att ringa efter mer hjälp. Den livsförlängande läkemedelsbehandlingen mot generaliserad kolorektalcancer leder till ökat sjukvårdsutnyttjande till följd av patienternas ökade livslängd samtidigt som det är föga sannolikt att patienterna fortsätter att arbeta i någon större utsträckning under de sista sex månaderna i livet.

Effekter på hälsan

Introduktionen av nytt läkemedel vid RA är ett gott exempel på hur ny teknologi avsevärt kan förbättra livskvaliteten för patienterna. Enligt beräkningarna förbättrades den i genomsnitt från 0,28 till 0,65 vilket måste betraktas som en markant förbättring. Exemplet med läkemedlet vid generaliserad kolorektalcancer ledde huvudsakligen till förlängd livstid även om överlevnadsvinsten var måttlig, dvs. knappt fem månader i genomsnitt. De övriga fallen belyser effekterna på livslängd och livskvalitet endast knapphändigt. I exemplet med kolorektalcancer illustreras livskvaliteten med hjälp av modeller och expertbedömningar. Det är dock troligt att trygghetstelefonerna innebar förbättrad livskvalitet för de äldre som därigenom kunde känna en ökad trygghet och tillgänglighet till vård och omsorg. Detsamma kan gälla de äldre som fick flytta in i bättre handikappanpassade servicelägenheter med bättre tillgång till omsorg och service i närmiljön.

Sannolikt fick även KOL-patienterna uppleva en ökad livskvalitet tack vare att risken för akuta exacerbationer med inläggning på sjukhus som följd minskade. KOL-patienterna fick troligen också ökad livskvalitet som följd av bättre tillgänglighet till kvalificerat omhändertagande. Schizofrenipatienterna kunde med hjälp av behandlingen undvika inläggning på sjukhus, vilket bör höja livskvaliteten även om läkemedelsbehandlingen kan ha inneburit sänkt livskvalitet till följd av biverkningar som t.ex. viktökning. Sammantaget kan introduktion av innovationer eller ny teknologi i vården och omsorgen leda till betydande hälsovinster antingen som följd av ökad livslängd, bättre livskvalitet eller båda delarna.

Spridningen av ny teknologi

Exempen illustrerar hur viktigt det är att spridningen av innovationer sker på ett bra sätt. Äldreomsorgen belyser detta väl. Introduktionen och tilldelningen av servicelägenheter innebar kostnadsbesparingar för äldreomsorgen och sannolikt även förbättrad livskvalitet för de äldre. Introduktionen och tilldelningen av trygghetstelefoner var däremot korrelerat med ett ökat antal hemhjälp-

timmar och ökade kostnader för servicen och omsorgen till de äldre. Detta trots att syftet med trygghetstelefonerna på samma sätt som för servicelägenheterna var att minska behovet av hemhjälpstimmor. Trygghetstelefonerna kan trots detta vara motiverade av den ökade trygghetskänslan och den hälsovinst detta medför för de äldre hemmaboende. Samtidigt är det möjligt att andra kriterier för tilldelningen av trygghetstelefonerna från kommunerna skulle ha kunnat leda till kostnadsbesparingar i form av minskad hemhjälp till de äldre som fick tillgång till trygghetstelefoner.

En lärdom av exemplen från äldreomsorgen är att spridningen av ny teknologi måste styras för att användningen ska bli så kostnadseffektiv som möjligt. Ett sätt att styra fördelningen av resurser och spridningen av ny teknologi är att utnyttja Health Technology Assessment-organisationer (HTA). Under senare år har flera HTA-organisationer tillkommit och några har ändrat karaktär. Traditionellt har HTA-organisationers huvudsakliga syfte varit att försöka besvara frågan om den nya teknologin är säker och effektiv. Numera är det inte endast säkerhet och effekt som är i fokus utan även den alternativa användningen av resurserna, alternativkostnaden. Därmed har utvecklingen gått mot att HTA-organisationer i större utsträckning försöker besvara frågan om den nya teknologin lönar sig eller inte (Drummond m.fl. 2008). Frågan om den nya teknologins kostnadseffektivitet har därmed blivit central.

Värdet av ny teknologi

Serviceboendet för äldre, managementprogrammet för KOL-patienterna och läkemedelsterapin för schizofrenipatienterna är några exempel på nya teknologier som leder till besparingar i resursanvändningen i sjukvården eller i omsorgen. I vissa fall är besparingen så omfattande att den överstiger värdet av den ökade användningen av andra resurser och leder till totalt sett minskad användning av resurser, dvs. nettokostnadsbesparing. Så är fallet för managementprogrammet för KOL-patienter där den ökade tillgängligheten för patienterna visserligen kom att innebära ökade kostnader för konsultationer i öppenvården och ökade läkeme-

delskostnader, men där de insparade kostnaderna till följd av färre inläggningar i slutenvården gav en nettobesparing. Detsamma gäller läkemedelsbehandlingen för schizofreni där minskade kostnader i slutenvård uppvägde de ökade kostnaderna för läkemedelsinnovationen.

Den nya läkemedelsterapin för kolorektalcancer är däremot ett exempel på ny teknologi som inte leder till några nettobesparingar i sjukvården. Den leder knappast heller till lägre kostnader för produktionsbortfall till följd av ökat förvärvsarbete. Däremot har den en positiv hälsoeffekt genom att den ger en statistiskt säkerställd förlängd överlevnad och även om livskvaliteten under denna tid inte är den bästa så måste hälsoeffekten av behandlingen ändå betinga ett värde för patienten. Frågan är om detta värde överstiger det värde som resurserna skulle ha kunnat producera i en alternativ användning. Resurser, t.ex. läkares och sköterskors tid, byggnader, utrustning och läkemedel, som tas i anspråk för behandlingen skulle kanske ha varit mer effektiva i en alternativ användning och där medverkat till att producera mer hälsa eller ett större hälsovärde.

För att bestämma om denna teknologi är lönsam eller inte måste man därför bestämma värdet av hälsoeffekten. Ett sätt att göra detta är att tillämpa ett s.k. värdebaserat prissättningssystem i sjukvården, Value Based Pricing (VBP). Några HTA-organisationer bygger sin verksamhet på VBP-principen, däribland TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) i Sverige som bestämmer om subvention och pris på läkemedel i öppen vård.⁵

Syftet med ett värdebaserat prissättningssystem för ny teknologi i sjukvården är att försöka ta fram efterfrågekurvan, dvs.

5. Egentligen är det inte prissättningen som TLV bestämmer utan hur stor andel av patienterna som ska få subvention vid användningen av den nya teknologin. I Europa sätts priserna på läkemedel av läkemedelsföretagen och utifrån uppskattningar av hur priskänsliga konsumenterna, sjukvårdsproducenterna eller sjukvårdsförsäkringsbolagen är. HTA-organisationer såsom TLV i Sverige kan endast marginellt påverka prissättningen på läkemedel. Anledningen är att det system som finns i Europa tillåter handel även av patenterade produkter över gränserna, s.k. parallellhandel och förekomsten av externa prisjämförelser s.k. externa priskorgar, som underlag för subventionsbeslut i vissa länder.

den av konsumenterna efterfrågade volymen vård eller behandling vid olika priser. Genom att få kunskap om förhållandet mellan pris (värde) och volym för den nya teknologin kan en HTA-myndighet begränsa användningen av den nya teknologin så att den blir kostnadseffektiv och därmed leder till effektiv hushållning av sjukvårdsresurser. En ny teknologi kan alltså självklart vara lönsam även utan att den leder till insparade resurser någon annanstans i samhället.

Managementinnovationer

Managementprogrammet för KOL-patienter i Simrishamn är ett exempel på innovationer i sjukvården som inte inkluderar utveckling av någon ny teknisk eller medicinsk produkt. Denna typ av innovationer kan dock vara minst lika kostnadseffektiva som nya innovativa läkemedel eller andra medicintekniska produkter. Managementinnovationer kan också leda till både besparingar och medföra betydande hälsoförbättringar. Även om de inte mättes upp explicit i exemplet från Simrishamn så är det sannolikt att det minskade antalet akuta exacerbationer innebar betydande positiva hälsoeffekter för KOL-patienterna.

Goda erfarenheter och några problem

Goda exempel

Snabb spridning av teknologin. För det första finns det exempel på att Sverige inom olika terapiområden har en relativt snabb spridning av läkemedel och ny teknologi. Som exempel kan nämnas att Sverige var ett av de länder där spridningen av de nya biologiska läkemedlen för reumatoid artit (RA) var snabbast (Jönsson m.fl. 2008). När det gäller de nya läkemedlen mot cancer finns det belagt att spridningen av ny teknologi i Sverige varken varit speciellt snabb eller speciellt långsam jämfört med andra länder (Jönsson och Wilking 2007), den har dessutom skett med olika omfattning och hastighet i olika delar av landet. Det kan diskuteras vilka fak-

torer som styr detta. En intressant notering är att TLV som ansvarar för subvention av läkemedel i öppen vård nästan alltid fattar sina beslut om subvention av nya läkemedel inom fyra månader efter godkännande. Läkemedlen i slutenvården, hit hör många av cancerläkemedlen, omfattas inte av det nationella förmånssystemet för läkemedel. Subvention av dessa bestäms helt av sjukvårdshuvudmännen.

Samhällsekonometiskt perspektiv. För det andra är Sverige ett av få länder som använder sig av ett brett samhällsekonometiskt perspektiv i sitt arbete med att utvärdera ny teknologi i sjukvården. Anledningen är, som de fem redovisade exemplen visar, att ny teknologi ofta interagerar med användningen av övriga resurser utanför sjukvården, i omsorgen, anhörigas arbetsinsatser och patienternas arbetsförmåga. Om HTA-organisationerna inte har ett tillräckligt brett perspektiv i sina utvärderingar blir resultaten missvisande. TLV och Socialstyrelsen har ett sådant brett samhällsekonometiskt perspektiv och därför minskar risken för att inte alla väsentliga konsekvenser beaktas vid introduktion av ny teknologi.⁶

Hälsovinsten beaktas explicit. För det tredje har Sverige ett system där flera aktörer försöker redovisa värdet av hälsovinsten till följd av ny teknologi. Både TLV och Socialstyrelsen kräver information om hälsovinsten, inte bara beskriven i kliniska termer utan också beskriven som s.k. kvalitetsjusterade levnadsår (QALY:s). Ett vunnet QALY är ett sammanfattande begrepp för vinsten i livslängd och livskvalitet. Vinsten av ett helt QALY tilldelas mer eller mindre explicit ett värde i TLV:s beslutsfattande om läkemedelssubvention. Om kostnaden av ett QALY uppgår till över en miljon kronor är sannolikheten för subvention mycket låg (Hugosson och Engström 2008). Uppgår kostnaden för ett vunnet QALY till låga belopp, kring ett par hundra tusen kronor eller lägre, är sannolikheten för subvention hög. Det betyder att i TLV:s fall finns det incita-

6. För den intresserade hänvisas till de tio argument som Bengt Jönsson presenterar för ett brett samhällsekonometiskt perspektiv (Jönsson 2009).

ment att ta fram kunskap om individers preferenser och uppskatta hälsoeffektens värde så som den uppfattas av patienterna. Därigenom kommer ny teknologi som huvudsakligen ger hälsoeffekter i sig och inte enbart leder till minskad resursanvändning att prioriteras högt, vilket bör vara helt i linje med patienternas efterfrågan.

Goda möjligheter till kostnadskontroll. För det fjärde innebär det nuvarande svenska systemet möjligheter till god kontroll av läkemedelskostnaderna vilket också en genomgång av utgifterna för läkemedel i Sverige sedan 1990-talet visar. Under 1990-talet ökade de löpande kostnaderna för humanläkemedel i Sverige med i genomsnitt 10 procent årligen. År 2002 introducerades TLV (Läkemedelsförmånsnämnden, (LFN, som det då hette) och generisk substitution som medförde att apoteken byter till det billigaste generiska läkemedlet. Sedan 2003 har de totala läkemedelskostnaderna (humanläkemedel) haft en måttlig ökningstakt med 2–3 procent per år 2004–2006 vilket ungefär motsvarar inflationen dessa år. Därefter har kostnadsökningstakten legat runt 5 procent årligen inklusive inflation (vilket betyder en real ökning på ca 3 procent årligen) för att under 2009 åter vara nere på 2,6 procents ökningstakt, (apoteket olika år).

Jämför man kostnadsutvecklingen för hela sjukvården⁷ mellan 2001 och 2007 med kostnadsutvecklingen för läkemedel⁸ motsvarande tid, finner man att kostnaderna för läkemedlen har ökat mindre (31 procent) än vad sjukvårdskostnaderna gjort (33 procent).

En effektiv kostnadskontroll av läkemedel kan mycket väl kombineras med en relativt snabb spridning av nya innovativa läkemedel. Kanske är det så att den effektiva kostnadskontrollen är en förutsättning för den snabba introduktionen och den goda tillgängligheten på nya effektiva läkemedel genom att kostnadsbesparingarna skapar ekonomiskt utrymme för att ta in innovationerna.

7. Enligt hälsoräkenskaperna med definitionen i System of Health Accounts, SHA, Nationalräkenskaperna, SCB olika år.

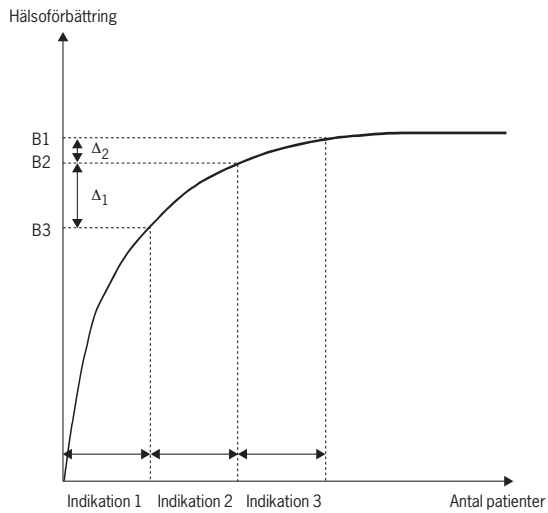
8. Humanläkemedel, ATC-kod A-v, Apoteket AB olika år.

Möjligheter att ge incitament till utveckling av innovationer. För det femte innebär det svenska värdebaserade prissättningssystemet för läkemedel en viktig signal till den forskande industrin om vilka vinster som kan hämtas in om man lyckas utveckla nya effektiva innovationer. Detta ger signaler till industrin om vilken effekt som efterfrågas och fungerar som incitament för produktutveckling. Vilken betydelse industrin tillmäter tydliga signaler i form av tröskelvärden, såsom ekonomiska värden på hälsovinster eller den maximala betalningsviljan för ett vunnet QALY beskrivs av Vernon m.fl. (2009).

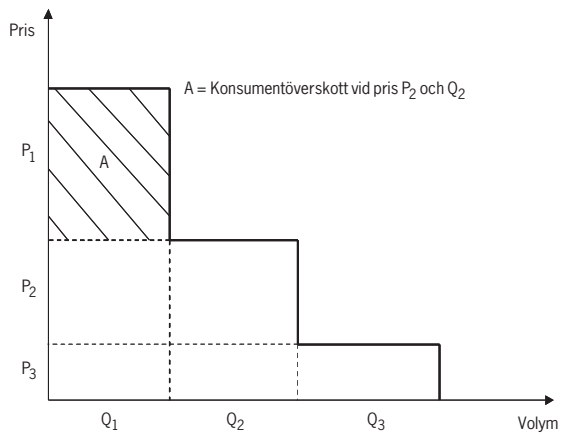
För att ett VBP-system ska fungera väl krävs dock att flera förutsättningar är uppfyllda (Claxton m.fl. 2007). För det första måste ett rimligt gränsvärde för bedömning av kostnadseffektivitet fastställas, vanligtvis uttryckt som samhällets maximala betalningsvilja för ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY). Ju lägre gränsvärdet sätts, desto högre blir kravet på kostnadseffektivitet. Om gränsvärdet sätts för högt så att läkemedlet får subvention med ett högt pris kan det tränga undan konsumtion av andra insatsfaktorer i sjukvården som ger mer hälsa. Om gränsvärdet sätts för lågt kan det medföra att samhället går miste om nyttan av ett läkemedel som skulle kunna ge ökade hälsovinster för samhället.

För det andra kommer hälso nyttan av ett läkemedel att variera för olika indikationer/sjukdomar och patientgrupper. En illustration av denna variation ges i figur 2.7 nedan.

Figur 2.8 som hör ihop med figur 2.7 illustrerar bland annat hur olika priser kan motiveras för olika indikationer och subgrupper. En producent på marknaden som väljer att ansöka om subvention för ett nytt läkemedel med priset P_1 , beviljas endast subvention för indikation 1, vilket motsvarar försäljningsvolymen Q_1 . Om producenten istället väljer att ansöka om subvention med priset P_2 skulle även subvention för indikation 2 godkännas och därmed en ökad försäljningsvolym till Q_2 . På motsvarande sätt skulle priset P_3 ge en försäljningsvolym på Q_3 . Ruta A i figuren illustrerar det konsumentöverskott som skulle uppstå om behandlingen subventioneras för indikation 1 och 2 och säljs till priset P_2 . Konsumentöverskottet avser den »nyttoförtjänst« som i detta fall tillfaller individer



Figur 2.7 Avtagande marginalnytta vid läkemedelsbehandling.



Figur 2.8 Värdebaserad prissättning (Value Based Pricing, VBP), kostnadseffektivitet och konsumentöverskott.

med indikation 1 som får tillgång till en behandling som för dem har ett högre värde än det subventionerade priset.

I grunden är det svenska systemet för läkemedelssubvention produktorienterat, dvs. utgångspunkten är att subventionen av ett läkemedel avser alla godkända indikationer. TLV har möjlighet att begränsa subventionen till att gälla endast för en särskild indikation eller subgrupp. Vid läkemedelsföretagens ansökan om pris och subvention hos TLV förväntas i regel att en kostnads-effektivitetsanalys med subgruppsanalys skickas med ansökan. Det är en följd av att terapins marginalnytta ska vara ett kriterium att beakta i beslutsprocessen. Ett beslut om pris och subvention där hänsyn har tagits till en avtagande marginalnytta kan medföra att någon subgrupp går miste om en ny behandling till subventionerat pris eftersom behandlingen inte är kostnadseffektiv för denna patientgrupp.

För det tredje krävs ett samhällsekonomiskt perspektiv, vilket innebär att man i sina bedömningar tar hänsyn till hela bilden av kostnader och nytta av ett läkemedel oavsett var dessa effekter uppstår i samhället.

För det fjärde krävs utförliga underlag i form av hälsoekonomiska studier. Hälsoekonomiska simuleringsmodeller med data från randomiserade kliniska studier (RCT) har kommit till stor användning eftersom data med långtidsuppföljning över läkemedlens verkliga effekt saknas vid introduktion. RCT-data motsvarar emellertid sällan eller aldrig den kliniska verkligheten och därför är beslut om subvention ibland villkorad med att företaget lämnar information om läkemedlens effekt i klinisk verklighet efter ett antal år för fortsatt subvention av läkemedlet.

Det värdebaserade prissystemet för läkemedel innefattar alla de tre egenskaper som krävs för en hållbar läkemedelsmarknad, dvs. kostnadseffektivitet, kostnadskontroll och främjande av innovationer. De tidiga kostnadseffektbedömningarna säkerställer en introduktion av nya kostnadseffektiva teknologier. Genomgång av sortimentet är verktyget som används för att utränga äldre, mindre kostnadseffektiva läkemedel och därmed kontrollera de totala läkemedelskostnaderna, medan gränsvärdet och ett sam-

hällsekoniskt perspektiv markerar samhällets betalningsvilja för hälsa och främjar nya innovationer.

Det svenska systemet för värdebaserad prissättning av läkemedel har också uppmärksamrats i andra länder till följd av kombinationen av en låg kostnadsutveckling samtidigt som många nya läkemedel snabbt tas in i subventionssystemet och används inom vården (Sörensson m.fl. 2008).

Några problem

Silotänkande. Först finner vi exempel på problem genom att det inte alltid är ett brett samhällsekoniskt perspektiv som gäller vid utvärdering och introduktion av ny teknologi i svensk sjukvård. För läkemedlen vid behandling av RA uppstår sannolikt de största kostnadsbesparingarna utanför sjukvården genom att man kan förhindra sjukskrivning och förtidspensionering. Rationell läkemedelshantering kräver då att även kostnadsbesparingar utanför sjukvårdens budgetar beaktas i prioriteringarna.

Nyligen uppstod en debatt i Läkartidningen om vilket perspektiv som skulle användas vid introduktion av nya läkemedel i Stockholms län.⁹ Mycket förenklat kan debatten sammanfattas i att Gustavsson m.fl. hävdade att ett sjukvårdsperspektiv var att föredra medan Lundqvist och Henriksson hävdade samhällsperspektivet.

Kostnadskontroll för enskilda produktionsfaktorer såsom läkemedel, byggnader eller sjuksköterskor (»silotänkande«) ger dåliga resultat på kostnadseffektiviteten. En god kostnadseffektivitet kräver att samtliga relevanta konsekvenser beaktas, inte enbart de som ingår i en beslutsfattarens budget. Gustavsson m.fl. som hävdar ett sjukvårdsekoniskt perspektiv vid introduktion av ny teknologi ska dock inte kritiseras för det. Snarare är det helt logiskt att de hävdar sjukvårdsperspektivet med tanke på att sjukvårdens huvudmän har det ekonomiska budgetansvaret. Det har inte HTA-myndigheter som TLV:s läkemedelsförmånsnämnd och Socialstyrelsen vid utarbetande av behandlingsriktlinjer. Debatten i Läkar-

9. Gustavsson m.fl. (2008), Lundqvist och Henriksson (2009), Gustavsson m.fl. (2009).

tidningen illustrerar snarast den inneboende konflikt som finns mellan de två målen kostnadskontroll och kostnadseffektivitet.

När TLV fattar sina subventioneringsbeslut och när Socialstyrelsen gör sina prioriteringar av behandlingar i utformningen av nationella behandlingsriktlinjer är kostnadseffektivitet ett viktigt kriterium. Kostnadskontroll är inte viktigt för TLV eller Socialstyrelsen även om båda myndigheterna efterfrågar information om budgetkonsekvenserna, t.ex. från de läkemedelsföretag som ansöker om subvention. Socialstyrelsen tar själv fram informationen och redovisar budgetkonsekvenserna i ett speciellt avsnitt i riktlinjerna men utfallet är inte avgörande för prioriteringen. Syftet är snarast att uppmärksamma sjukvårdshuvudmännen, som är avnämare till de nationella behandlingsriktlinjerna, på vilka budgetkonsekvenser som följer om de prioriterar enligt riktlinjerna.

Ett exempel på problem som uppstår till följd av silotänkande är att omfördelning av resurser från ett område till ett annat ibland går trögt. Det kan yttra sig i betydande skillnader mellan olika landsting och regioner när det gäller upptaget av ny medicinsk teknologi. Redan introduktionen av trygghetstelefonerna på 1980-talet visade stora variationer mellan kommuner i Sverige (Svensson m.fl. 1991). Det tog många år innan trygghetstelefonerna blev vitt spridda över alla landets delar. Ett aktuellt exempel på att upptaget av ny teknologi går olika fort i olika regioner även nu-förtiden är de nya biologiska läkemedlen. Variationer av förskrivningen av de nya biologiska läkemedlen för behandling av RA är betydande mellan regioner och landsting. Som exempel kan nämnas att kostnaderna för de fyra biologiska läkemedlen för RA uppgick under tidsperioden september 2006–september 2007 till ca 200 000 kronor per 1 000 invånare i Skåne och till ca 75 000 kronor per 1 000 invånare i Sörmland (PharmEx 2007).

Avsaknad av ekonomiska incitament eller möjligheter till immateriella rättigheter. Ett tredje exempel på problem är att det ofta saknas ekonomiska incitament att utveckla och introducera management-innovationer. För produkter som läkemedel och medicinteknik finns det immateriella rättigheter som t.ex. patent. Patent innebär

att produkten får en viss skyddad marknad utan konkurrens från andra producenter under den tid patentet gäller. Syftet är att patentet ska stimulera utvecklingen av nya produkter genom att förbättra möjligheterna att göra en vinst vid försäljningen som ska kunna täcka de stora utvecklingskostnaderna från tidigare år. Utan patent skulle någon annan producent än den som utvecklat produkten kunna tillverka produkten och ta in en stor del av intäkterna utan att behöva finansiera utvecklingskostnaderna. Ett system utan patent skulle medföra att färre skulle våga ta risken med ett långvarigt och kostsamt utvecklingsarbete som det ofta är frågan om vid utveckling av ny medicinsk teknologi och läkemedel.

Managementinnovationer innebär kanske sällan några långvariga och kostsamma utvecklingskostnader. I vårt exempel av managementinnovationen för hjärtsviktpatienter i Simrishamn drevs den fram av att verksamhetsansvariga ville hitta argument för fortsatt drift av kliniken i Simrishamn och lägga fram detta i förhandlingar om vårdavtal med region Skåne. Det var alltså ekonomiska argument som låg bakom utvecklingen av managementprogrammet. Sannolikt har svensk sjukvård gått miste om många kostnadsbesparingar på grund av för svaga ekonomiska incitament.

Brist på transparens avseende hälsans värde. Ett fjärde exempel på problem är att beslutsfattare på efterfrågesidan, dvs. sjukvårdshuvudmännen och nationella sjukvårdsmyndigheter inte är tillräckligt tydliga när det gäller frågan om hur mycket av våra resurser samhället vill spendera på sjukvård och förbättrad hälsa. Läkemedelsbehandlingen vid kolorektalcancer utvärderades av Socialstyrelsen och bedömdes som mycket dyr per vunnen QALY och rekommendationen var att läkemedelsbehandlingen skulle användas mycket restriktivt eftersom den skulle ta resurser från andra angelägnare behandlingar.

En lägre prissättning av produkten skulle kunnat medföra en positiv rekommendation från Socialstyrelsen vilket i sin tur kunde ha medfört en större marknad för produkten och kanske lika stora eller ännu större totala intäkter för läkemedelsföretaget. Problemet här är att det är svårt för läkemedelsföretaget att veta hur

mycket sjukvården vill betala för en ny innovation som ger de hälsoeffekter som det här var frågan om. Därför är det svårt att initialt sätta »rätt« pris på behandlingen. Naturligtvis kan företaget när det ser att prisen blivit fel justera denna och därmed öka sin försäljning. Risk för parallellhandel m.m. gör det dock svårt att avvika från den europeiska priskorridoren.

Slutsatser och förslag

Koppla TLV:s beslut om läkemedelssubventioner till landstingens statsbidrag för läkemedel

De här presenterade exemplen på läkemedelsterapier, behandling av RA, schizofreni och kolorektalcancer illustrerar olika utfall på kostnaderna. Läkemedel mot RA minskade kostnaderna för sjukskrivningar och förtidspensioner. Läkemedelsbehandlingen vid schizofreni minskade kostnaderna för slutenvård och cancerbehandlingen medförde inga kostnadsbesparingar men ökad livslängd.

Den statliga myndigheten TLV:s beslut om subvention till dessa läkemedel får då olika konsekvenser för sjukvårdshuvudmännen. Subventionsbeslutet är inte att betrakta som en behandlingsrekommendation utan har samma status som en lag. Subventionen av RA- och cancerläkemedlen leder därför till ökade kostnader för sjukvårdshuvudmännen som en följd av lagändringen. Subventionsbeslutet om schizofrenibehandlingen gör det däremot inte. Ökade läkemedelskostnader för schizofreniläkemedlet kan sjukvårdshuvudmannen täcka med hjälp av minskade kostnader i den slutna vården. Omfördelning av resurser från slutenvård till läkemedel har regionerna och landstingen själva full kontroll över.

I de fall staten får minskade kostnader för sjukskrivningar och förtidspensioner till följd av sjukvårdshuvudmannens ökade läkemedelskostnader kan det vara motiverat att staten också skickar med ersättning för de ökade läkemedelskostnader som TLV:s beslut innebär. På samma sätt kan det vara motiverat att staten ställer upp med resurser om TLV skulle ge subvention till läkemedel mot kolorektalcancer.

Naturligtvis finns det också exempel på subventionsbeslut som leder till minskade kostnader för läkemedel. TLV:s genomgångar av läkemedel mot högt blodtryck och blodfetter (kolesterol) är två exempel. TLV:s beslut förväntades leda till minskade kostnader på cirka 400 miljoner kronor per år för blodtrycksläkemedlen och ytterligare 120 Mkr per år för blodfettsläkemedlen. I sådana fall är det logiskt att ersättningarna går åt andra hållet dvs. att sjukvårdshuvudmännen skickar tillbaka pengar till staten. Det finns redan ett instrument för dessa ersättningar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen och det är statsbidraget för läkemedel. Mitt förslag är därför att utreda hur TLV:s beslut om läkemedelssubventioner kan kopplas till landstingens statsbidrag till läkemedel. Detta följer för övrigt den s.k. finansieringsprincipen – alla statliga beslut som kräver resurser i kommuner och landsting ska följas av mer pengar.

En direkt koppling av TLV:s beslut till statsbidragen för läkemedel skulle kunna stimulera regionerna och landstingen att implementera nya kostnadseffektiva terapier och att gallra bort gamla terapier som inte längre är kostnadseffektiva. Samtidigt undanröjer man därigenom en del av problemet med en inneboende konflikt mellan kostnadseffektivitet (dvs. rationell läkemedelshantering) och strävan efter kostnadskontroll (dvs. att hålla budgeten). Till viss del löser det även problemet med att sjukvårdshuvudmännen gärna vill besluta utifrån ett snävt sjukvårdsekonomiskt perspektiv och inte ett brett samhällsekonomiskt perspektiv som beaktar alla relevanta ekonomiska konsekvenser. En koppling mellan TLV:s beslut och statsbidragen för läkemedel skulle bidra till att lösa problemet med silotänkande och därmed eliminera svårigheterna med att snabbt omfördela resurser till nya terapiområden när det tillkommer nya kostnadseffektiva innovationer.

En komplikation med detta förslag skulle kunna vara att TLV:s nämnd för läkemedelsförmånen inte ges mandat att fatta beslut som kan innebära ett faktiskt resurstillskott till hälso- och sjukvården. Beslut om resurstillskott till vården kan betraktas som beslut som endast politiker kan fatta och att en delegation av subventionsbeslut med åtföljande resurstillskott kan vara demokratiskt

problematiskt. Samtidigt sker liknande delegation från politiker till beslutande nämnd eller församling när det gäller Riksbankens beslut om styrräntan. Det betyder inte att politikerna har överlämnat hela ansvaret men däremot att de delegerat vissa instrument för att nå de av politikerna fastställda långsiktiga inflations- och sysselsättningsmålen.

Beslut om vilka läkemedel som ska omfattas av läkemedelsförmånen och den statliga tandvårdsförmånens utformning har redan delegerats till de två nämnderna inom TLV. Syftet med dessa delegationer var att frikoppla politikerna från det löpande arbetet men behålla den övergripande kontrollen. Det innebär att det finns likheter mellan politikers delegation av beslut till TLV och till Riksbanken.

*Vidareutveckla det värdebaserade
prissättningssystemet för läkemedel så att det
blir effektivare och omfattar fler delar av sjukvården*

Jag föreslår att det värdebaserade prissättningssystemet utökas till att även omfatta läkemedel i slutenvård och medicintekniska produkter. Genom att utvärdera även annan teknologi (inte bara läkemedel) ur ett brett perspektiv skulle man undvika »silotänkande« och suboptimering. Användning av VBP-principen kan bidra till dynamiska positiva effekter därför att priser baserade på denna princip ger långsiktiga ekonomiska incitament för utveckling av produkter och innovationer som ger god kostnadseffektivitet.

Tydliggör efterfrågan på hälsa i ekonomiska termer

Signalera tydligt hur stor betalningsviljan är för nya innovationer, t.ex. med ett explicit tröskelvärde för hur mycket vården är beredd att betala för ett QALY. Värdebaserad prissättning syftar till att beräkna värdet av den nya terapin. För sjukvård är det idag en etablerad metod att göra detta utifrån en explicit formulerad betalningsvilja för ett QALY. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i England använder ett värde av 30 000 pund för

ett vunnet QALY vid utformning av sina behandlingsriktlinjer. TLV i Sverige har inte varit lika explicita i motiveringen till sina subventionsbeslut, men TLV:s egen genomgång av tidigare fattade beslut visar att subvention inte har getts till nya läkemedelsbehandlingar där kostnaden per vunnet QALY överstigit 900 000 kronor (Hugosson och Engström 2008). För hälsotillstånd där patienternas svårighetsgrader bedömts som ringa har det krävts en lägre kostnad per vunnet QALY för att subvention skulle beviljas. Det innebär att TLV:s accepterade kostnad per QALY, det s.k. tröskelvärdet, har varierat beroende på patienternas svårighetsgrad. Även NICE:s tröskelvärde på 30 000 pund varierar beroende på omständigheterna (Rawlins och Culyer 2004).

Som ett första steg i strävan efter att ytterligare tydliggöra hur mycket svensk sjukvård är beredd att betala för hälsa bör TLV, Socialstyrelsen och andra nationella och regionala organ som tar beslut om subvention eller utfärdar behandlingsriktlinjer tydligare än idag redovisa hur hälsan implicit värderats. Alla prioriteringsbeslut innehåller en värdering av hälsovinsten som kan variera från att hälsan i sig inte tilldelas något värde alls till det att t.ex. avlägsnande av smärta eller livsförlängning i storleksordningen två månader tilldelas ett värde av miljonbelopp. I ett andra steg bör man diskutera om denna värdering är riktig eller lämplig. Då handlar det om ifall hälsans värdering ska sättas utifrån tidigare fattade TLV-beslut (på kort sikt) så att det åtminstone blir logik i besluten, eller (på lång sikt) utifrån enskilda individers preferenser, dvs. individernas betalningsvilja för hälsovinster. Ett alternativt till att utgå från individers betalningsvilja för hälsa är att utgå från sjukvårdbudgetens marginalnytta (Claxton m.fl. 2008, McCabe m.fl. 2008). Förespråkare för detta alternativ utgår från ett antagande om att politikerna redan gjort rätt avvägning mellan hur mycket resurser som ska gå till National Health Service (NHS) och all annan produktion i samhället, dvs. att den andel av våra inkomster som går till offentligt finansierad hälso- och sjukvård är den rätta och att ytterligare sjukvård bör individerna inte kunna köpa även om betalningsviljan finns.

En diskussion om dessa tre metoder för att bestämma efterfrå-

gan på hälsa, dvs. utifrån myndigheters tidigare fattade beslut, individers preferenser eller politikers avvägningar, skulle kunna bli intressant och klargörande.

I ett tredje steg kan man knappast undgå att ställa frågan om myndigheters tidigare beslut eller politikers prioritering om hur mycket av våra resurser som allokeras till offentligt finansierad sjukvård överensstämmer med individers preferenser. Det finns redan ett pågående internationellt forskningsprogram som kallas EuroVaQ, som försöker besvara frågan om värdet av ett QALY utifrån individers preferenser, hur värdet varierar beroende på omständigheterna och hur det överensstämmer med värdering av hälsovinster inom andra sektorer, som t.ex. vägtrafiken.

För att ett värdebaserat prissystem ska fungera bra krävs en explicit efterfrågekurva för hälsovinster. Detta syftar till stimulering av rätt (efterfrågad) typ av innovationer. Det handlar om att undvika att hamna i samma hopplösa läge som på antibiotikamarknaden, där marknaden för att stimulera innovationer havererat.

Främja utvecklingen av managementinnovationer

Det kan vara svårt att tillgodogöra sig ekonomiska vinster från managementprogram och därför saknas viktiga drivkrafter för att utveckla sådana innovationer. Mot den bakgrunden är det viktigt att skapa incitament för att utveckla managementinnovationer. Det är förmodligen svårt att utnyttja immaterialrätten så att managementinnovationer kan rymmas inom denna rätt, t.ex. med hjälp av någon form av patent. Ett mer närliggande förslag är att utnyttja patienternas rätt till vårdval samtidigt som man ger innovativa sjukvårdsföretag möjligheter att fritt designa attraktiva strukturerade program för omhändertagande av väl definierade patientgrupper. Det är viktigt att sjukvårdshuvudmännen inte sätter upp regler för att hindra utveckling av sådana managementinnovationer även om utformningen av vårdprogrammen går utöver den befintliga kontexten att bedriva hälso- och sjukvård. Det skulle t.ex. kunna innebära att ett vårdföretag specialiserar sig på astmapatienter, diabetespatienter, hjärtsviktpatienter eller KOL-patienter och via

vårdcentraler erbjuder specialdesignad vård och omhändertagande för en av dessa patientgrupper. Sådan specialisering skulle kunna ge både betydande hälsovinster, bli attraktiva för listning av patienter och medföra stordriftsfördelar i produktionen och/eller lägre kostnader på längre sikt. Tillsammans skulle detta kunna skapa finansiellt utrymme för att stimulera innovationer. Frihet att designa managementprogrammet bör kombineras med krav på offentlig utvärdering.

REFERENSER

- Augustsson, J., Neovius, M., Cullinane-Carli, C., Eksborg, S. och R.F. van Vollenhoven (2009), »Rheumatoid arthritis (RA) patients treated with TNF-antagonists increase their participation in the work-force – potential for significant long-term indirect cost gains. Data from a population-based registry«, *Ann Rheum Dis* (DOI=10.1136/ard.2009).
- Claxton, K. (2007), »Oft, Vbp, Qed?« *Health Econ*, 16(6), s. 545–558.
- Drummond, M., Schwartz, S., Jönsson, B., Luce, B., Neumann, P., Siebert, U. och S. Sullivan (2008), »Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions«, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24:3, s. 244–258.
- Edebalk, P.G. och U. Persson (1990), *Ålderdomshem eller hemmaboende? Ett räkneexempel grundat på samhällsekonomiskt synsätt*. Lund: IHE arbetsrapport, 1990:1.
- Edebalk, P.G., Persson, U. och M. Svensson (1990), *Hemtjänstinsatser i tre kommuner*. Lund: IHE arbetsrapport 1990:6.
- EuroVaQ, European Value of a Quality Adjusted Life Year, <http://research.ncl.ac.uk/eurovaq/more/overview.html>
- Geborek, P., Eberhardt, K. och T. Saxne (2002), »Etanercept and infliximab treatment reduces hospital care in arthritis patients« *Ann Rheum Dis*, 6, Suppl 1:192.
- Gustavsson, L. och B. Wettermark (2008), »Modell för strukturerad introduktion av nya läkemedel«, *Läkartidningen*, 1005, s. 2917–2922.

- Gustavsson, L., replik. »Rationell introduktion av läkemedel kräver både ett sjukvårds- och samhällsekonomiskt perspektiv«, *Läkartidningen* 2009;106:52.
- Hugosson, K. och A. Engström (2007), »Threshold value for a QALY – Correlation with disease severity and decision uncertainty«, Toronto: Poster vid ISPOR, International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research.
- Jönsson, B., Kobelt, G. och J. Smolen (2008), »The burden of Rheumatoid arthritis and access to treatment: uptake of new therapies«, *Eur J Health Econ*, 8 (Suppl 2), s. S61–S86.
- Jönsson, B. (2009), »Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations«, *Eur J Health Econ*, 10, s. 357–359.
- Jönsson, B. och N. Wilking (2007). »A global comparison regarding patient access to cancer drugs«, *Annals of Oncology*, 18 (Supplement 3): iii1, doi:10.1093/annonc/mdm095.
- Kobelt, G., Eberhardt, K. och P. Geborek (2004), »TNF inhibitors in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice: costs and outcomes in a follow up study of patients with RA treated with etanercept or infliximab in southern Sweden«, *Ann Rheum Dis*, 63, s. 4–10.
- Lundkvist, J. och F. Henriksson (2009), »Strukturerad introduktion av nya läkemedelsbehandlingar. Värdefullt initiativ – tranparens krävs«, *Läkartidningen*, 106, s. 51.
- McCabe, C., Claxton, K. och A. Culyer (2008), »The NICE Cost-Effectiveness Threshold. What it is and What that Means«, *Pharmacoeconomics* 26 (9), s. 733–744.
- OFT (2007), *The Pharmaceutical Price Regulation Scheme – An OFT market study*. 2007, London: Office of Fair Trading.
- Persson, U., Nordling, S. och B. Pettersson (2009), »Kostnadseffektivitetsanalyser – ett instrument för en långsiktigt hållbar läkemedelsmarknad?« *Ekonomisk Debatt*, 3, s. 42–53.
- Rawlins, M. och A. Culyer (2004), »National Institute for Clinical Excellence and its value judgments«, *BMJ* 329, s. 224–227.
- Socialstyrelsen (2007), *Nationella Riktlinjer för kolorektalcancer. Medicinskt och hälsoekonomiskt faktaunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sorenson, C.K.P. och M. Drummond (2008), *Ensuring value for money in the health care: The role of HTA in the European Union*. Copenhagen, Den-

- mark: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series No 11.
- Svensson, M., Edebalk, P.G. och U. Persson (1991), *Vad kostar hemtjänsten? Resultat från en enkätundersökning i tre kommuner*. Lund: IHE arbetsrapport 1991:2.
- Svensson, M., Edebalk, P.G. och U. Persson (1991), »Home Service Costs: The Swedish Experience«, *Health Policy*, 19, s. 197–209.
- TUFTS databas (Harvard), Hälsorelaterade preferensvikter: <http://research.tufts-nemc.org/cear/default.aspx>
- Tunsäter, A., Moutakis, M., Borg, S., Persson, U., Strömberg, L. och A. Lassen Nielsen (2007), »Retrospective incremental cost analysis of a hospital-based COPD disease management programme in Sweden«, *Health Policy*, 81, s. 309–319.
- Vernon, J., Goldberg, R. och J. Golec (2009), »Economic Evaluation and Cost-Effectiveness Thresholds. Signals to Firms and Implications for R&D Investment and Innovation«, *Pharmacoeconomics*, 27(10), s. 797–806.
- Vollenhoven, R., Carli, C., Augustsson, J., Bratt, J. och L. Klareskog (2005), »Patients treated with TNFalfa Antagonists Increase their Participation in the Work-force – Potential for Significant Long-Term Indirect Cost Gains. Data from a Large Population-Based Registry«. Poster ACR.
- Willis, M., Svensson, M., Löthgren, M., Eriksson, B., Berntsson, A. och U. Persson (2010), »The impact on schizophrenia-related hospital utilization and costs of switching to long-acting risperidone injections in Sweden«, *European Journal of Health Economics*,
Published online 19 January 2010 DOI 10.1007/s10198-009-0215-9.

Kapitel 3

Vad ska vi välja? Om vårdens prioriteringar

PER CARLSSON

Sveriges riksdag beslutade 1997 om principer och riktlinjer för prioritering av hälso- och sjukvård. Dessa var tänkta att utgöra ett beslutsstöd när inte resurserna räcker till i vården utan något måste väljas bort. Riksdagen uttalade också att prioriteringar bör ske öppet och systematiskt så att medborgarna ska kunna förstå på vilka grunder dessa sker. En sådan öppenhet antas vara en förutsättning för att medborgarna i det långa loppet ska känna förtroende för den offentliga vården. Öppna prioriteringar är emellertid komplicerade att genomföra och uppfattas av många som något problematiskt. Det har därför tagit lång tid att omsätta riksdagens riktlinjer i praktiken. Under senare år finns det dock flera exempel på prioriteringar, både nationellt och lokalt i landstingen, som skett på ett mer öppet och systematiskt sätt än någonsin tidigare. Beslut i flera landsting har mottagits väl av både personal och medborgare. Med dessa erfarenheter är Sverige ett av de ledande länderna i världen med öppna prioriteringar och har förhållandevis goda förutsättningar att ta sig an den stora uppgiften att definiera det offentliga uppdraget inom välfärden.

Varför har landstinget i Västerbotten börjat prioritera?

Det är troligt att man om några år kommer att betrakta 2008 som ett genombrottsår för det systematiska arbetet med prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård. Givetvis kommer landstinget i Östergötlands första öppna prioriteringsbeslut 2003 att bli ihågkommet som ett pionjärarbete (Bäckman m.fl. 2004). Det var första gången

som landstingspolitiker i Sverige ställde sig bakom ett prioriteringsbeslut som innebar en tydlig avgränsning av det offentliga åtagandet. Beslutet resulterade i stor medial uppmärksamhet. För många blev uppmärksamheten och kritiken från en del håll liktydigt med ett mindre lyckat resultat (Bäckman m.fl. 2005). Många andra, däribland vårdyrkesförbund och handikapporganisationer, applåderade initiativet. Uppmärksamheten resulterade i att prioriteringsfrågan hamnade på den sjukvårdpolitiska »agendan«, men många sjukvårdspolitiker tvekade inför uppgiften.

Nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg (PrioriteringsCentrum) genomförde på uppdrag av Socialstyrelsen en kartläggning 2006 av hur långt riksdagens intentioner, i beslutet om prioriteringar från 1997, hade implementerats i landsting och kommuner. Kartläggningen visade att det då fanns få exempel på öppna systematiska prioriteringar på landstingsnivå och att det saknades strategier i landstinget för att verksamheten skulle utvecklas (PrioriteringsCentrum 2007). Kommunerna kände sig inte alls berörda av riksdagsbeslutet. Sedan dess har det emellertid hänt en hel del. Västerbottens läns landsting visade under 2008 att det går att arbeta med prioriteringar på ett öppet sätt utan att möta livliga protester vare sig från den egna personalen eller från medborgarna. Beslutet att ta bort åtgärder motsvarande drygt 100 miljoner kronor till förmån för nya verksamheter för ungefär lika stort belopp har inte heller väckt några upprörda känslor utanför Västerbotten. Utvärderingar visar att det öppna prioriteringsarbetet har ett brett stöd bland medverkande personer i landstinget (Waldau 2009, Broqvist m.fl. 2009).

Det allmänna intrycket av detta relativt framgångsrika första försöket att prioritera öppet i Västerbotten har bidragit till att andra landsting har blivit intresserade och dessutom vågat följa efter. Landsting som har genomfört ett utvecklingsarbete liknande det i Västerbotten är Jämtland, Kronoberg, Västmanland och Göteborg. I samtliga av dessa landsting har arbetet resulterat i konkreta bortval – vilka politikerna fattat beslut om eller ställt sig bakom. Flera ytterligare landsting har startat eller befinner sig i startgroparna för att påbörja ett prioriteringsarbete. Varför har

en sådan omsvängning skett från situationen 2006? Det finns antagligen flera orsaker bakom varför det under senare år skett en snabb spridning av öppna prioriteringar i praktiken. En orsak är att många ledande personer är överens om att det kommer att saknas pengar i landsting och kommuner för att möta en kraftigt ökad efterfrågan på vård på lång sikt. Men det tycks dock vara förväntade budgetunderskott på kort sikt som är den »utlösande faktorn« för att komma igång med prioriteringsarbete. Det är dock viktigt att hålla i minnet att prioriteringar inte bara handlar om att välja vad som i första hand ska tas bort vid besparingar och neddragningar i en verksamhet. Öppna systematiska prioriteringar är minst lika viktiga i tider av ekonomisk tillväxt och expansion, då väljer man att investera i vissa nya medicinska metoder före några andra.

Många har insett att trots en svag ekonomisk tillväxt i samhället, och därmed mindre pengar till vården, måste hälso- och sjukvården hitta former för att ändå kunna investera i ny medicinsk teknologi. Landstinget i Västernorrland, som är ett av de landsting som har påbörjat arbetet med öppna prioriteringar, skriver på sin hemsida:

Resurserna inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården krymper. Samtidigt utvecklas kontinuerligt nya läkemedel, arbetssätt samt metoder – både vad gäller behandling och teknik. Sammantaget ger det möjlighet att rädda liv och ge högre kvalitet till fler patienter. Men det ger också högre kostnader.

(http://www.lvn.se/templates/Page_____11051.aspx?epslanguage=EN)

Detta sätt att resonera är inte nytt men det är nytt att landstingen så tydligt kommunicerar behovet av prioriteringar till sin befolkning. Den här typen av budskap kan dock ge en alltför statisk bild av sambandet mellan tillgängliga resurser/utbud och behov/efterfrågan av hälso- och sjukvård i befolkningen. I själva verket talar praktiken för något helt annat. Givna resurser kan användas på mer eller mindre ändamålsenligt sätt. Förbättringsarbete och effektiviseringar kan bidra till ett ökat utbud av vård utan tillskott av ekonomiska resurser. Detta är viktigt att framhålla när man re-

sonerar om prioriteringar och omfördelningar. I hög grad hänger dessa processer ihop. De refererade prioriteringsarbeten som har genomförts i svenska landsting har alla resulterat i en stor mängd effektiviseringsförslag som en synergieffekt. Varken behovet eller efterfrågan av vård är något absolut utan påverkas av en mängd faktorer som ständigt förändras.

Trender och utmaningar som påverkar behovet av prioriteringar

Efterfrågan på vård är synnerligen dynamisk. En stor del av patienters efterfrågan och förväntningar på sjukvården styrs av utbudet av vård. Informationen till medborgare och patienter om nya metoder inom medicinen har vuxit kraftigt. Patienterna blir alltmer välinformerade. Dessutom påverkas efterfrågan av läkare och andra vårdgivare (s.k. *supplier induced demand*). Patienten tar i regel den första kontakten med vården. Det är sedan läkare och annan vårdpersonal som avgör vilka undersökningar och andra åtgärder som är rimliga att utföra vid det aktuella tillståndet och i förhållande till förväntad patientnytta och kostnader.

Den uppmärksamhet som medicinska framsteg och hälsofrågor får idag skapar stora förväntningar på vården och bidrar till att sjukvården anses som det viktigaste politikområdet av svenskarna. I en undersökning från SOM-institutet 2008 svarade 25 procent att sjukvården var den enskilt viktigaste politiska frågan för dem (Holmberg och Weibull 2009). Det var den högsta andelen av alla ämnen. Det är emellertid en nedgång från toppnivåer kring 40 procent i början av 2000-talet. Frågan är dock vilken politik svenskarna vill se utvecklad. Handlar det om att förstärka en utveckling mot att betrakta hälsa och sjukvård som en medborgerlig rättighet? Kan detta ske utan komplikationer, måste inte den enskildes rätt till god vård vägas mot intressen och behov hos andra medborgare. Eftersom resurserna inom den offentliga sektorn är begränsade, hamnar rätten för någon person att få tillgång till bästa möjliga vård i direkt konflikt med andras motsvarande rät-

tigheter. Ska krav och önskemål för alla individer i samhället balanseras måste de flesta dela ett antal gemensamma värderingar. Undersökningar visar att flertalet medborgare uppfattar sjukvård som en medborgerlig rättighet men samtidigt beskrivs morgondagens hälsokonsumenter som »illusionslösa individualister« (Olsson 2008). En majoritet anser visserligen att vård och omsorg är en medborgerlig rättighet men att den kommer att begränsas i framtiden. Samtidigt kommer möjligheterna att få betala för vård och omsorg, som det offentliga inte tar ansvar för, att öka.

Den kraftiga ökningen av mediernas bevakning av hälsofrågor med lovande rapporter om nya möjligheter leder å ena sidan till fler kunniga och krävande patienter. Rapporter som inte motsvaras av faktiska förbättringar i vården kan å andra sidan leda till desillusionerade patienter och undergräva förtroendet hos medborgarna för sjukvårdssystemet och politikerna. Företrädarna för systemet är i underläge från kommunikationssynpunkt. Sjukvård innehåller ett antal paradoxer som gör det svårt att skapa tydliga och enkla budskap, t.ex. att nya behandlingar kan kräva att man avstår från något annat. Om medborgarna ska acceptera förändringar som upplevs som försämringar, t.ex. avveckling av en verksamhet på det lokala sjukhuset, måste de på ett tydligt sätt baseras på, och reflektera, allmänna åsikter om grundläggande värden som jämlikhet, kvalitet och tillgänglighet. Detta förutsätter antagligen att medborgare och patienter på ett helt nytt sätt måste bli informerade och delaktiga i prioriteringsbeslut än som har varit fallet hittills.

En förutsättning för verklig medborgerlig delaktighet i beslutsprocesser är god tillgång till relevant information om hur hälso- och sjukvården faktiskt fungerar, om vilka resurser som finns och vilka resultat som uppnås. Början på en sådan utveckling mot större reell delaktighet sker i flera länder. Det finns t.ex. en större öppenhet hos myndigheter, liksom hos läkare och andra vårdgivare, att rapportera vad de gör. Det finns också allt fler bevis på verkliga skillnader i utbud, kvalitet och resultat i vården.

Offentliggörande av utfallet är inte okontroversiellt och kan skapa minskat förtroende för det egna sjukhuset när det visar sig

ha dåliga resultat i något avseende. Men med en politik som syftar till att utjämna skillnader i vården måste politikerna fortsätta att agera för att öka insynen för allmänheten genom att stimulera vårdgivare att ta fram bättre och standardiserad dokumentation om sina tjänster. Denna utveckling har även den svenska regeringen i skrivande stund velat påskynda genom förslag om inrättande av en ny nationell myndighet som ska koncentrera sig på uppföljningar av vården med syfte att stödja medborgarna som hälsokonsumenter. Huvudmålsättningen för myndigheten ska vara att följa upp, utvärdera och redovisa förhållanden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, med konsumenter och medborgare som primär målgrupp (Socialdepartementet 2009). En god förutsättning för detta uppdrag är den unika tillgång till register som finns i Sverige.

Sedan slutet av 1980-talet har nationella myndigheter tillsammans med landsting och den medicinska professionen byggt upp kvalitetsregister. Idag finns det ett sjuttioal register som finansieras delvis genom staten. En del har funnits i mer än tjugo år, men innehållet är fortfarande relativt okänt för allmänheten och beslutsfattare i sjukvården. Rapporteringen har gradvis blivit mer lättillgänglig och därmed mer känslig på grund av att skillnader i vårdkvalitet vid olika kliniker blottläggs. Regeringen har nyligen gett en arbetsgrupp i uppdrag att kartlägga nuvarande användning, problem och utvecklingsmöjligheter av registren för olika intressenter. Arbetsgruppen ska dessutom utreda den gemensamma organisationen och ge förslag till ansvarsförhållanden och framtida finansiering. Balansen mellan öppenhet och professionellt självstyre är en intrikat fråga i detta sammanhang. Insyn i vårdens inre liv riskerar också att komma i konflikt med den autonomi som vårdpersonalen traditionellt åtnjutit. Sjukvården bärs upp av professioner som förutsätts agera utifrån etiska värden, och som grupp ta ett ansvar för utveckling och kontroll. En långt driven öppenhet minskar autonomin och skulle kunna leda till en oönskad deprofessionalisering. Dessutom kan felaktig information spridas på grund av brister i grunddata, och onödiga missförstånd kan uppstå vid tolkningen av dessa data som är långt ifrån enkel. Såda-

na missförstånd kan bidra till att undergräva förtroendet för vården och vårdpersonalen. Det är därför angeläget att stödja forskning som pågår vid t.ex. Lunds universitet och Uppsala universitet där konsekvenser av den öppenhetsreform som pågår i Sverige studeras. Se även kapitel 7.

Införandet av olika typer av vårdval är aktuella exempel på politikernas försök att stärka enskilda patienters inflytande i vården. Vårdgivare måste i detta nya system vara mer lyhörda när det gäller patienternas önskemål. Valfrihet och konkurrens mellan vårdgivare är alltså tänkt att i bästa fall leda till ökad tillgänglighet och effektivitet. Samtidigt riskerar en mer efterfrågestyrd vård att förstärka inflytandet från redan starka konsumenter på bekostnad av de svaga. Många ser därför att det finns en konflikt mellan vårdvalsreformer och riksdagens intentioner när det gäller prioriteringar, t.ex. Halldin (2010):

Avslutningsvis: Är det verkligen rätt att lämna över en så central del av vår välfärd som sjukvården utgör till en marknad som tillåts styra på marknadens villkor – vilket speciellt är fallet med Vårdval Stockholm?

Måste inte dagens sjukvårdspolitikerna ta sitt ansvar och se till att vi i Sverige och inte minst i Stockholm får en sjukvård som grundas på hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen och att de med störst vårdbehov ges företräde?

Källa: Halldin, 2010

Orättvisan kan lura runt hörnet även om det ännu finns få belägg för detta. Ett annat exempel på konflikt mellan tillgänglighet och rättvis fördelning är regeringens starka ekonomiska styrning av landstingen för att minska väntetiderna. I vilken utsträckning kommer sådana kraftfulla punktinsatser att bli bestående och hur mycket av resultaten i form av kortare väntetider kolliderar med målet om vård på lika villkor? Kortare väntetider till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården kan eventuellt på kort sikt bidra till att upprätthålla medborgarnas förtroende för den offentliga vårdsektorn och därmed öka stödet för att politiskt omfördela mer pengar till den offentliga sjukvården. I teorin är det fullt möj-

ligt att genom omfördelning öka vårdens andel av de offentliga utgifterna. Frågan är om det är politiskt möjligt.

Samband mellan medicinska framsteg och förbättring av hälsan är svåra att fastställa både på en övergripande samhällsnivå och för enskilda innovationer. Det finns dock begränsade data som visar att den medicinska forskningen både resulterar i hälsoförbättringar och i positiva samhällsekonomiska effekter (Roback och Carlsson 2009, UK Evaluation forum 2008). Den universitetsbaserade medicinska forskningen och biomedicinska företag kommer att fortsätta att prestera innovationer med tydlig patientnytta och andra innovationer där patientnyttan är svår att värdera. Ibland riskerar sjukvården till och med att införa nya behandlingar och undersökningar som gör mer skada än nytta. Mycket av ny teknologi, t.ex. inom ett hett område som genteknik, har hittills bidragit mest till förbättringar inom diagnostik snarare än behandling. Likaså gör den kraftfulla utvecklingen av avbildningstekniker att sjukvården kan ställa mer korrekta diagnoser. Allt flera screeningprogram leder till tidigare upptäckter av allvarliga sjukdomar, men bara några få av de personer hos vilka man upptäckt sjukdom eller hög risk för framtida sjukdom kommer att ha någon nytta av detta. En stor studie av screening för prostatacancer visar att cancer upptäcks i genomsnitt tio år tidigare än vad som annars skulle ha varit fallet, utan att det går att visa att överlevnaden totalt förbättrats. Några få har dock verkligen nytta av en sådan undersökning. För att förebygga dödsfall orsakat av prostatacancer krävs det emellertid att drygt 1 400 har undersökts och att 48 män genomgår en kurativt syftande behandling som vanligtvis är en stor operation (Schröder m.fl. 2009).

Inte bara när det gäller prostatacancer utan vid många diagnostiska interventioner kommer ett stort antal män och kvinnor enbart att bli medvetna om sin sjukdom tidigare än vad annars skulle vara fallet utan att det bidrar till någon hälsovinst. Mycket talar för att vården generellt blivit relativt bättre på att diagnostisera snarare än att lindra och bota sjukdomar. En sådan utveckling leder till kostnadsökningar som inte svarar mot bättre hälsa i befolkningen utan paradoxalt nog ger mer upplevd ohälsa. Hälsoindikatorer

som dödlighet och livslängd har fortsatt att förbättras, medan andelen av befolkningen som upplever hälsobesvär ökar, framför allt bland yngre än 65 år (Socialstyrelsen 2009). En förklaring kan vara att mer ohälsa upptäcks. Men även andra faktorer i form av ökad stress m.m. i samhället bidrar till att fler upplever hälsobesvär.

Förväntningar på hälso- och sjukvården håller på att förändras från hjälp med basala behov, som att minska lidande och undanröja livshotande tillstånd, till att mer handla om välbefinnande och förbättringar. Det är idag självklart att försöka behandla sjukdomar och deras symptom långt upp i åldrarna. Höftledsoperationer på 90-åringar är inte längre ovanligt. Det är självklart att kompensera synförsämring och nedsatt hörsel med hjälpmedel i hög ålder. Med tanke på tillflödet av fler äldre i samhället med krav att förbli »unga« kan man fråga sig i vilken utsträckning det är möjligt och rimligt att kompensera för åldrande. Det går inte att förutse vilka nya möjligheter som kommer att stå till buds mer än att utbudet av produkter och tjänster till äldre kommer att öka. Många forskningsprojekt är idag inriktade mot att stödja äldre i deras hem med olika tjänster. Jag tror att det relativt snart kommer att bli nödvändigt att formulera generella gränser för vad som ska räknas till rimliga behov och som den offentliga sektorn är mest lämplig att ta ansvar för, och vad som är orimliga behov eller där individen är mest lämplig att ta ansvar för sin egen vård. Gränsen för vad som är rimligt måste också diskuteras i specifika fall. Svåra gränsdragningar mellan vad den offentligt finansierade vården ska svara för och var det privata ansvaret tar vid gäller företeelser i alla åldrar och inbegriper alla sjukvårdens verksamheter.

Ett sådant exempel där debatten lever vidare åtta år efter att dåvarande Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) avslog subvention gäller Viagra. Viagra började marknadsföras 1998 och var initialt subventionerat av staten. Kostnaden steg snabbt till knappt 200 miljoner kronor. Regeringen beslutade 2001 att ta bort Viagra ur läkemedelsförmånerna. Användningen minskade kortvarigt men sedan dess har den privata konsumtionen av impotensmedel stadigt ökat. Kostnaden 2009 var drygt 300 miljoner kronor. Nöjesprofilen Bert Karlsson är en av dem som återkommande inter-

vjuas och tillsammans med vissa läkare anser att beslutet är felaktigt. Ett återinförande av dessa preparat skulle säkerligen innebära att mängden uttagna läkemedel skulle öka kraftigt liksom kostnaderna. Här finns det ett val. Den fråga som bör ställas är vad som i så fall skulle tas bort från dagens sjukvård om Viagra ska subventioneras. Någon måste fatta den här typen av ransoneringsbeslut och alla kommer inte att vara eniga. Det handlar snarare om att fatta besluten på ett sådant sätt att de kan få en bred acceptans tack vare att beslutsprocessen uppfattas som legitim och att processen har genomförts på ett rättvist sätt.

Förutom den efterfrågan som individen själv artikulerar kommer hälso- och sjukvården att ansträngas av den kommande demografiska förändringen som sådan med fler äldre som lever längre och behöver samhällets insatser i ökande grad. I nuvarande samhällskontrakt ingår att medborgaren förväntar sig att samhället solidariskt svarar för att tillgodose behov av insatser på grupp- och samhällsnivå som förväntas leda till bättre hälsa och ett bättre liv för alla.

En central fråga är om ökad öppenhet räcker för att vidmakthålla förtroendet för den svenska modellen med en hög andel solidariskt finansierad sjukvård om sektorn inte kan växa i takt med behovet och efterfrågan på dess tjänster. Än så länge finns det ett stort förtroendekapital. I Sverige uppger fortfarande medborgarna att de har ett högt förtroende för sjukvården. I de återkommande undersökningar som som-institutet genomför var förtroendet för sjukvården särskilt högt under några år i början av 1990-talet. Sedan dess har det skett en nedgång; 2007 var förtroendet något lägre än under mitten av 1980-talet (Holmberg och Weibull, 2008). Motsvarande förtroende är betydligt lägre för andra demokratiskt valda institutioner – riksdagen, regeringen och EU-parlamentet. När det gäller förtroende för olika yrkeskategorier hamnar sjukvårdspersonal högst upp på listan och politiker är i botten. Det är en bild som varit befast under lång tid. Dessa resultat borde få konsekvenser för utformningen av hälso- och sjukvårdspolitik. Hur mycket utrymme för åtgärder som uppfattas som negativa bland medborgarna har egentligen politikerna? När det gäller

prioriteringar är det tydligt att politikerna har ett lågt förtroende (Arvidsson m.fl. 2009). Hur ska de nödvändiga men obekväma besluten då fattas? Kommer det att vara möjligt att ändra denna stabila trend av misstro mot politiska institutioner eller handlar det om att skapa allianser mellan olika aktörer? Är det ett verkligt problem att allmänhetens förtroende är lägre för de politiska institutionerna i en demokrati i förhållande till de institutioner som är upptagna med att genomföra politiken? Det är antagligen i ljuset av denna utveckling som politiker agerar och försöker vara mer lyhörda för vad väljarna vill ha. Frågan är om det räcker med att lyssna till rösterna från den bullriga majoriteten? Måste inte minoriteterna också höras och deras rätt till lika vård försvaras?

Vad är det som gör det så svårt med prioriteringar?

Alla former av prioriteringar görs i syfte att välja något framför något annat. Att bestämma sig för vad som är viktigast kan vara svårt ibland men det är knappast en ovanlig situation för beslutsfattare. Prioriteringar i meningen att välja något framför något annat sker hela tiden i sjukvården på alla nivåer. Det svåra tycks vara att bli medveten om och kunna redogöra för vad som väljs bort och förmedla beslutet till andra. Det finns en stor uppslutning bakom nödvändigheten av att göra prioriteringar, men det är få personer som känner sig bekväma med att göra det på ett öppet sätt. Prioriteringar förutsätter hänsyn till både värderingar och fakta. Förenklat brukar man säga att politiska beslut styrs av värderingar medan medicinska beslut huvudsakligen baseras på fakta. I realiteten baserar givetvis politikern också sina beslut på fakta liksom att läkaren i hög grad styrs av värderingar i sitt beslutsfattande. Många komplicerade prioriteringar, om de ska ske öppet, förutsätter både ett stort mått av värderingar och djup faktakunskap. Det är sällan möjligt för en grupp medicinska specialister eller folkvalda generalister att på egen hand kunna hantera både och. Därför blir ansvarsfrågan för prioriteringar helt central. Vem ska ta ansvar för

prioriteringarna? Politiker pekar ofta ut hälso- och sjukvårdens företrädare, dvs. läkare och andra vårdprofessioner som de som måste göra de »medicinska prioriteringarna«. Politiker vill själva inte ta ställning till detaljer i verksamheten utan vill möjligen göra prioriteringar på en övergripande nivå. Ett bekymmer är därför att reda ut vad som egentligen menas med »medicinska prioriteringar« respektive »övergripande nivå« och hur dessa begrepp hänger ihop.

Vårdpersonalen å sin sida efterlyser större ansvarstagande vid prioriteringar från politikerna (Arvidsson m.fl. 2007). Om politikerna ska kunna fatta impopulära, men nödvändiga beslut måste de skapa en legitimitet för sina beslut. Alla begränsningar av offentliga tjänster leder antagligen till missnöje, och särskilt missnöje bland de grupper som direkt påverkas. För att få acceptans för svåra politiska beslut bland aktörer med ett »utifrånperspektiv« som sporadiskt kommer i kontakt med sjukvården måste antagligen politikerna hämta stöd från grupper som har ett »inifrånperspektiv«, dvs. hälso- och sjukvårdspersonalen. Frågan är om sjukvårdspersonalen vill medverka vid öppna prioriteringar. Det är inte alls självklart. I en debattartikel av fyra chefer i Västerbotten som medverkat i prioriteringsarbetet ställer de sig tveksamma till att delta i horisontella prioriteringar, dvs. omfördelning av resurser mellan olika verksamhetsområden:

Från arbetsmiljösynpunkt är det olämpligt att chefer på samma nivå ska »tävla« med varandra om resurser, samtidigt som de förväntas vara solidariska och ställa sig bakom ett gemensamt gruppbeslut. I ett värsta scenario kan »förhandlingen« få formen av en »Robinson-övning« där det gäller att rösta ut den svagaste (Bergström m.fl. 2009).

Det är dock min uppfattning att hälso- och sjukvårdspersonal bör medverka även vid s.k. horisontella prioriteringar som inkluderar flera sjukdomsgrupper eller verksamhetsområden. Detta är delvis en ny roll för sjukvårdens professioner. Exakt hur rollfördelningen bör vara mellan verksamhetsföreträdare, tjänstemän och politiker får fortsatta försök och utvecklingsarbete utvisa.

Leder större öppenhet och ökad delaktighet till större förtroende?

Det pågår försök att utveckla principer och pröva nya arbetsformer för öppna och systematiska prioriteringar i svensk sjukvård. Detta har stått på den politiska dagordningen sedan början av 1990-talet, men har visat sig vara komplicerat att uppnå i praktiken. År 1997 beslutade den svenska riksdagen om en etisk plattform för prioriteringar i vården. Det finns fortfarande få exempel där plattformen praktiserats i sjukvården, och många frågor återstår att besvara när det gäller dess tillämpning. En fråga handlar om graden av öppenhet. Leder verkligen ökad öppenhet om prioriteringar till större förtroende eller är det tvärtom? På den punkten finns det olika åsikter bland hälso- och sjukvårdsforskare. En liten experimentell empirisk studie visar att större öppenhet inte tycks ge mer förtroende medan procedurens utformning tycks ha betydelse (de Fine Licht 2008). Detta behöver studeras ytterligare. Tillsvidare är beslutsfattare och forskare hänvisade till teoretiska utgångspunkter och erfarenheter från andra områden.

Bo Rothstein har analyserat förtroendet för demokratiska samhällen baserat på teorin om socialt kapital och dess vidare konsekvenser (2005). Han hävdar att det är uppenbart för de flesta att samhället drar nytta av ett fungerande rättssystem, ett finansiellt system och ett socialförsäkringssystem som mår om äldre och sjuka. Effektivt samarbete i strävan efter ömsesidigt mål kräver dock ett stort mått av förtroende för andra människor och samhällets institutioner. Om en medborgare inte kan lita på de andra medborgarna i samhället, då förefaller det rationellt att agera egoistiskt, vilket på lång sikt leder till sämre resultat för samhället i stort. Enligt den svenska demokratiutredningen från 2000 finns det ett antal förutsättningar som bör vara uppfyllda för att åstadkomma ett demokratiskt styrelseskick. En sådan är att det måste finnas rikligt med socialt kapital — dvs. en anda av ömsesidig respekt och tillit som hålls vid liv i familjen, på arbetsplatserna, i skola och i politiken (Integrations- och jämställdhetsdepartementet 2000). En kärnfråga är då vad det är som bidrar till att skapa och

underhålla det sociala kapitalet i samhället. Enligt Robert Putman (2000) handlar det om i vilken utsträckning människor är organiserade i frivilligorganisationer och ekonomiska förhållanden. Deltagandet i t.ex. föreningar skapar ett socialt kapital som förstärker känslan av förtroende och förmågan att samarbeta.

En delvis konkurrerande teori för att förklara varför förtroende uppstår i samhället bygger på tesen att människor har en stark uppfattning om likabehandling inför lagen och möjlighet att göra sin röst hörd (Tyler och Huo 2002). Om människor uppfattar orättvisor rörande hur man blir behandlad i rättssystemet påverkar det deras uppfattning av hela det politiska systemet på ett negativt sätt. Även Elinor Ostrom (1990) lyfter fram institutionernas betydelse. Enligt henne skapas förtroendet på grundval av hur institutioner agerar och hur individer värderar detta agerande. Ostrom hävdar att beslutssituationen har en avgörande roll för individernas syn på vad som ligger i deras egenintresse och deras förmåga att tänka kollektivt. De har utifrån sitt kortsiktiga egenintresse motiv att handla osolidariskt, men när människor tvingas argumentera offentligt och moraliskt stå tills svars för sitt handlande blir de sociala normerna en avgörande motkraft till alltför egoistiska beteenden. Det kan handla om att undvika överutnyttjande av t.ex. naturresurser, lika väl som användningen av sociala välfärdssystem. Politikernas uppgift är att uppmuntra användarna av olika system att sätta upp egna regler och själva bevaka att reglerna efterlevs. Inom hälso- och sjukvård har en stor del av fördelningen av resurser överlämnats till autonoma professionella grupper som förväntas agera på ett oegennyttigt sätt för det gemensamma bästa. Där emot är det svårare att hitta exempel på sammanhang där användare eller patienter är med och formulerar regler för utnyttjande av begränsade resurser. Det skulle kunna handla om att skapa regler för det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården.

Det går att skönja två olika inriktningar för att skapa tillit och förtroende i samhället. Den ena handlar om att engagera medborgare i beslutsprocessen. Det gäller då inte bara att dessa ska ta ställning till färdiga förslag utan att själva debatten ska kunna bidra till att omforma människors åsikter och därmed bidra till nya

förslag och samarbetslösningar. Överfört på hälso- och sjukvården skulle det innebära mer av medborgardialoger som prövades flitigt i början av 2000-talet.

Den andra inriktningen handlar mer om att hälso- och sjukvårdspolitiken formuleras av institutioner som har hög legitimitet både hos hälso- och sjukvårdens aktörer och uppfattas som rättmätiga beslutsfattare av medborgarna. För svenska medborgare är direkta kontakter med offentliga myndigheter vanligare än kontakterna med de politiska institutionerna – och kanske de till och med spelar en större roll. Detta gäller i synnerhet hälso- och sjukvård. Ytterst få medborgare har kunskap om hur den demokratiska styrningen i ett landsting går till och de har mycket begränsad egen erfarenhet av att kunna påverka hälso- och sjukvårdens innehåll genom direktkontakter med sina folkvalda politiker, medan nästan alla personer har egna erfarenheter av vården som patienter eller genom anhöriga som vårdats. Det är därför lätt att förstå varför förtroendet hos allmänheten för sjukvården som organisation kan vara högt medan förtroendet för sjukvården som politisk institution och politiker som aktörer kan vara lågt. Bristen på legitimitet för politiska beslut bottnar antagligen i en mängd faktorer, exempelvis okunskap om hur sjukvårdspolitiken utformas (Broqvist och Garpenby 2007), missnöje över faktiska beslut som patienter och medborgare tycker är orättvisa eller på grund av liten delaktighet i beslutsprocessen. I valet mellan dessa två inriktningar för att skapa tillit tror jag mer på en strategi som syftar till att skapa institutioner som uppfattas ha en hög legitimitet än på en strategi som syftar till att direkt involvera medborgarna i prioriteringsarbetet. I praktiken har det visat sig svårt att engagera medborgare i allmänna diskussioner om vårdens utformning.

För att medborgarna även fortsättningsvis ska ha förtroende för den offentliga sjukvården är det rimligt att tro att prioriteringsbeslut på ett tydligt sätt måste återspegla allmänt accepterade sociala värden. Människor är inte bara intresserade av slutresultatet av sina personliga kontakter utan de är också intresserade av om resultatet tillkommit på ett rättvist sätt. Har de blivit behandlade som andra i förhållande till rådande praxis och regelverk? En ofta

refererad och studerad modell för rättvisa beslutsprocesser vid prioriteringar är det ramverk för prioriteringar inom sjukvården som föreslagits av Norman Daniels och James Sabin (2002). De förespråkar en deliberativ ansats, dvs. ett öppet samtal i samhället där olika former av makt och intressekamp är frånvarande. Deras utgångspunkt är att människor inte kan enas om abstrakta etiska principer. Istället anser de att det är möjligt att skapa *beslutsprocesser* som människor i allmänhet upplever är rättvisa och legitima. För att åstadkomma en sådan acceptans ska fyra villkor vara uppfyllda:

1. *Offentlighet*: grunderna för prioriteringar och beslut skall vara offentliga.
2. *Relevans*: grunderna och motiven för prioriteringsbeslut (bevis, argument och principer) måste anses relevanta av »fair minded people« dvs. människor karaktäriseras av att de försöker vara rättvisa och resonabla och alltid lyssnar på andras åsikter och argument.
3. *Omprövning*: det måste finnas möjlighet att överklaga beslut och granska dem i ljuset av nya fakta.
4. *Mekanism för genomförande*: det måste finnas antingen frivillig eller offentlig reglering av beslutsfattande processer för att säkerställa att de tre första villkoren är uppfyllda.

Utveckling av den här typen av legitima beslutsprocesser kräver såväl utveckling av allmänt accepterade bevis, argument och principer som fungerande mekanismer för genomförande.

Det är svårt att fastställa om den här typen av procedurer vid prioriteringar verkligen uppfattas som mer rättvisa. De prioriteringsprojekt som har genomförts i svenska landsting under senare år har lagt sig vinn om att skapa nya typer av beslutsprocesser för prioriteringar som bygger på större öppenhet och mer systematik än vad som tidigare har varit fallet. I flera avseenden innehåller dessa processer huvudkomponenterna i Daniels och Sabins modell. Den berörda personalen, som också har svarat på uppföljande enkäter, stödjer i stort sett arbetssättet. Öppenheten har handlat både om öppenhet för processen och för resultatet. Kritik från

medborgare har nästan uteblivit helt trots offentliggörande av beslut som omfattar många bortval.

Värdegrund och gemensamma principer för prioriteringar

På grundval av en etisk analys, ett stort antal intervjuer med representanter för landsting, kommuner, statliga myndigheter och yrkesorganisationer samt tidigare uppföljningar, har PrioriteringsCentrum analyserat innehållet och tillämpningen av riksdagens riktlinjer för prioriteringar. Intervjuerna visade att principer och riktlinjer tolkas på många olika sätt.

I en rapport till Socialstyrelsen föreslås att de nuvarande principerna och riktlinjerna borde förtydligas (PrioriteringsCentrum 2007). Vidare föreslås ett tillägg i form av en ansvarsprincip. Resonemanget för en sådan princip utgår från att alla människor har ett visst ansvar både för sin hälsa och för sin vård utifrån sina individuella förutsättningar. Utgångspunkten är att människor bör kunna ta ansvar för sådant som de har reella förutsättningar att kunna ta ansvar för. Ansvarsprincipens plats i den etiska plattformen för vägledning av beslut om resursfördelning motiverades utifrån tre etiska skäl. För det första så föreskriver människovärdesprincipen att samhället bör respektera människor genom att betrakta dem som fria och kapabla individer som tar ansvar för sitt, och till viss del andras, liv och konsekvenserna av sitt handlande utifrån individuella förutsättningar. Det andra skälet är kopplat till patienters autonomi inom hälso- och sjukvården som bl.a. innebär ett ökat inflytande för patienterna med större möjlighet till insyn och påverkan på prioriteringar, liksom demokratisk förankring. För det tredje, kräver individens värdighet och integritet både respekt för individens rätt att bestämma över sitt liv och tillskrivande av ansvar utifrån individuella förutsättningar.

Att vara *ansvarig för sin hälsa* innebär dels att se till att ohälsa inte uppstår dels, om den uppstått, att försöka återskapa hälsa i så stor utsträckning som möjligt. Rapporten framhåller att tillämp-

ningen av denna princip kräver att stränga villkor är uppfyllda men att detta sällan kommer att vara fallet i praktiken. Istället framhålls tillämpningen av *ansvar för egen vård*, som har ett betydligt vidare användningsområde. Eftersom en stor del av den vård som utförs i samhället faller inom ramen för egen vård är det angeläget att utveckla allmänt accepterade och kända kriterier som avgör när förutsättningar för egen vård är uppfyllda.

Egen vård kan handla om att ombesörja, utföra (egenvård) eller finansiera vården. I vissa fall ingår alla tre delarna. Det är inte många som tänker på att en hel del av den vård medborgare konsumerar redan idag sker utanför den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. En betydande andel av kostnaden för läkemedel och hälsoprodukter betalar vi själva för. Smärtstillande läkemedel tycker många att det är rimligt att kunna köpa utan ett recept. Alternativet att en läkare ska fatta beslut för att man ska få den här typen av läkemedel subventionerad verkar opraktiskt. De allra flesta kan utan svårighet på egen hand fastställa att de har behov av vård (huvudvärk), besluta om den lämpliga åtgärden (handla smärtstillande läkemedel), klara av finansieringen och utföra själva behandlingen (ta tabletten). Dessutom är det möjligt att följa upp om insatsen var verksam (mindre värk eller smärtfri) och eventuellt ompröva beslutet dvs. pröva något annat. Egen vård är en sektor som växer inte bara gällande läkemedel. Patienter betalar för en rad vårdtjänster inom hjälpmedelsområdet och vuxentandvården för att nämna ett par exempel. Glasögon är ett hjälpmedel som flertalet behöver i sitt arbetsliv och på sin fritid. Det är för de flesta en mycket kostnadseffektiv åtgärd att införskaffa glasögon för att korrigera synnedsättning.

Ansvarsfördelningen mellan privat och offentligt för specifika vårdtjänster skiljer sig åt mellan länder och inom landet, vilket uppfattas av många som problematiskt. Varför görs det åtskillnad på hörapparat och glasögon och varför är subventionsreglerna för hörapparat olika i olika delar av landet? Borde inte den här typen av hjälpmedel behandlas lika?

De prioriteringsprinciper som finns idag är bara delvis till hjälp vid den här typen av ransoneringsbeslut. Ett problem är att de inte

tar hänsyn till att vissa vårdtjänster är av ett sådant slag att de med fördel kan fördelas på en marknad istället för i ett administrativt system. Ofta görs misstaget att betrakta hälso- och sjukvård som en homogen verksamhet med tjänster som genomgående har egenskaper som skiljer sig från annan konsumtion. Sjukvård är visserligen en typ av tjänster som värderas högt och som alla ska ha rätt till, men det finns andra basala behov i form av vatten, mat, husrum etc. som man själv får svara för. I själva verket utgörs hälso- och sjukvården av en mängd tjänster av mycket olika natur med avseende på deras lämplighet att fördelas på en marknad. Förutsättningarna att kunna agera som en suverän konsument skiljer sig enormt mellan en situation där man drabbats av livshotande brännskador och behöver akut hjälp och en situation där medborgare behöver förbättra sin synförmåga med hjälp av glasögon. Det saknas dock ett etablerat

FAKTARUTA 1 Attribut för vårdtjänster som kan vara lämpliga för privat finansiering.

1. **TILLRÄCKLIGA KUNSKAPER**
Vårdstjänsten bör vara av sådan karaktär att den möjliggör för enskilda individer att korrekt bedöma sitt eget behov och tjänstens kvalitet både före och efter nyttjande (konsumtion).
2. **INDIVIDENS SJÄLBESTÄMMANDE**
Vårdtjänsten bör vara avsedd att brukas av individer som besitter en viss grad av autonomi och rationell kapacitet.
3. **EXTERNA EFFEKTER**
Vårdtjänsten bör vara förknippad med en låg grad av positiva externa effekter.
4. **TILLRÄCKLIG EFTERFRÅGAN**
Vårdtjänsten bör vara förknippad med efterfrågan av tillräcklig storlek och regelbundenhet för att en privat marknad ska kunna uppstå.
5. **RIMLIG KOSTNAD FÖR DEN ENSKILDE**
Vårdtjänsten bör vara förknippad med en kostnad som är överkomlig för flertalet i målgruppen.
6. **LIVSSTILSFÖRBÄTTRING**
Vårdtjänst som företrädesvis bidrar med livsstilsrelaterad förbättring (t.ex. kosmetiska ingrepp) snarare än symptomlindring och återställande till en normal funktionalitet bör finansieras privat.

Källa: Tinghög m.fl. 2009.

sätt att kategorisera olika tjänster utifrån ett prioriteringsperspektiv med avseende på individens förmåga att ta ett eget ansvar.

Teoretiska utgångspunkter för ett sådant förslag har redovisats i en vetenskaplig artikel (Tinghög m.fl. 2009). I artikeln presenteras ett ramverk som består av sex attribut hos tjänsten/varan som bör finnas för att göra privat finansiering moraliskt rättfärdigad (se faktaruta 1).

Det föreslagna ramverket är än så länge ett förslag som endast prövats i liten skala och som behöver diskuteras och testas mer i praktiken. Den här typen av ramverk ger heller inget tydligt besked om exakt *var* gränsen mellan det gemensamma och det individuella ansvaret bör dras. Denna gräns måste styras av gemensamma värderingar och hur mycket resurser som faktiskt finns att tillgå för den offentliga vården vid olika tidpunkter. Likaså spelar politiska beslut rörande villkor för etableringen av privata sjukvårdsföretag roll. Utbudet av alternativ utanför den offentliga vården varierar mellan olika delar av landet. Syftet med att introducera förslag till vad som bör beaktas vid prioriteringar är att bidra till att etiskt relevanta aspekter används som utgångspunkt och därmed bidra till mer rättvisa beslut.

Fakta, kritisk granskning av fakta och värdering av fakta

För att prioriteringsbeslut ska uppfattas som legitima av sjukvårdspersonal och medborgare förutsätts det att de grundas både på allmänt accepterade värderingar och tillgång till relevanta fakta. Inom hälso- och sjukvården finns det en bred acceptans för att såväl policybeslut som individuella behandlingsbeslut så långt som möjligt bör grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Under de senaste tjugo åren har hälso- och sjukvården genomsyrats av ett allt mer systematiskt tänkande kring dessa frågor. Evidensbaserad medicin (EBM) och evidensbaserad hälso- och sjukvård är idag etablerade begrepp även bland tjänstemän och politiker. Utbudet av utvärderingar växer snabbt. För många är bedömning av »evidens«

liktydigt med prioriteringar. Ofta kan man höra påståenden som: »Är det visat att en åtgärd har en medicinsk effekt ska den användas och om det inte finns tillräckliga bevis på effekt ska den inte heller användas«. Det kan vid ett första påseende förefalla som ett förnuftigt sätt att resonera. Andra uppfattar påståendet som ett uttryck för »EBM-fundamentalism«. I praktiken är verkligheten oftast mer komplicerad än så. Vetenskapliga fakta är alltid förknippade med en viss osäkerhet och ger alltid utrymme för tolkningar. Steget från forskningsresultat till beslut om tillämpning av en viss behandling kan ibland vara stort. Det finns många åtgärder i vården som inte heller lämpar sig för vetenskapliga utvärderingar. Dessutom finns det många behandlingar i vården som aldrig studerats i strikt vetenskaplig mening, men som alla är överens om gör nytta och ska användas. I andra fall berör åtgärden så få att det är ekonomiskt orimligt att genomföra en klinisk utvärdering. I situationer där en ny behandling riktas till svårt sjuka patienter, är mycket dyr och centrala fakta om patientnytta är svaga blir prioriteringsbeslutet extra besvärligt. Införande av nya särsläkemedel, dvs. sådana läkemedel som riktas till små patientgrupper med allvarlig sjukdom, är därför från prioriteringssynpunkt ett särskilt komplicerat område.

Vid prioriteringar uppstår ofta en konflikt mellan den allt starkare ambitionen att alla åtgärder som används i sjukvården ska vara evidensbaserade och den önskan som finns att ge råd och riktlinjer om hur olika åtgärder ska användas även när det saknas evidens.

Ett problem är att det saknas strikt vetenskaplig evidens för en stor andel (det mesta?) av det som idag görs inom hälso- och sjukvården. Urvalet av verksamheter/åtgärder som prioriteras lågt kommer därför att till stor del bygga på ett skakigt beslutsunderlag, den stora svårigheten ligger i att inte sortera bort viktiga insatser med motiveringen »brist på evidens«.

Källa: Bergström m.fl. 2009.

Citatet ovan härrör från en artikel som diskuterar prioriteringsarbetet i Västerbottens läns landsting. Författarna pekar på ett viktigt problem som de träffade på, nämligen att många behandlingar som används i vården idag aldrig har utvärderats vetenskapligt.

Här måste man fråga sig om det går att begära att det ska finnas ett vetenskapligt underlag för att en åtgärd, som många är överens om har låg prioritet, ska kunna avvecklas. Svenska psykiatriska föreningen är kritisk i sitt remissvar till Socialstyrelsens riktlinjer för depression där de argumenterar för att prioriteringar och tillhörande rekommendationer ska vara baserade på vetenskaplig evidens.

Vi är medvetna om att vetenskaplig evidens mätt på t.ex. SBU-vis inte direkt låter sig översättas till prioriteringsnivåer utan endast är en del av de argument som leder till en slutgiltig prioritering. Men behandlingsåtgärder som skall rekommenderas inom sjukvården bör trots allt vara evidensbaserade. Detta är en uppfattning som Socialstyrelsen i allmänhet propagerar *för*:

(Svenska psykiatriska föreningen 2009)

Här finns ett svårlöst dilemma. Antingen kan man inta positionen att vid öppna prioriteringar ska endast sådana åtgärder som är vetenskapligt studerade komma ifråga för en rangordning, eller också görs prioriteringen så bra det går utifrån de fakta som finns. Utgår man från Daniels och Sabins relevanskriterium så menar de att grunderna och motiven för prioriteringsbeslut (bevis, argument och principer) måste anses relevanta av personer med sinne för rättvisa för att beslutet ska uppfattas som rättvist. Det är med andra ord viktigt att grunda prioriteringsbesluten på bra fakta. Å andra sidan är det så att när man avgränsar öppna prioriteringar till endast det man har vetenskapligt stöd för så överlämnas de övriga besluten till att bli dolda prioriteringar gjorda av enskilda personer.

I praktiken tvingas dock beslutsfattare att ta många beslut under osäkerhet. Ofta saknas långtidsuppföljningar när t.ex. nya läkemedel introduceras i Sverige. För att inte fördröja tillgången på de nya och effektivare läkemedlen tvingas man göra antaganden om nytta även på långre sikt. Med andra ord är det sällan som det finns både evidens och fullständig information om alla relevanta effekter och konsekvenser. Vid prioriteringar måste det alltid ske en sammanvägning av det man vet om effekter och kostnadseffektivitet och vad man tror.

Emellertid ökar medvetenheten om både svårigheten att bestämma exakt vilken typ av vetenskapliga bevis som ska räknas och vad som krävs för att en ny behandlingsmetod ska rekommenderas. Det märks t.ex. vid utformningen av GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) som är ett nytt men redan väl spritt system för evidensgradering. Systemet har utvecklats för att kunna användas vid bedömning av olika kategorier av medicinska metoder, och bedömningarna är tänkta att vara ett stöd för beslutsfattande på olika nivåer. GRADE är mer flexibelt när det gäller typer av studier som kan inkluderas i bedömningen och innehåller moment av expertbedömningar. I Sverige har SBU beslutat att pröva en anpassad version och Socialstyrelsen har modifierat sina arbetsmallar efter GRADE.

Sammanfattningsvis konstaterar jag att bra vetenskapliga fakta är en viktig förutsättning för att prioriteringsbeslut ska uppfattas som legitima och rättvisa av sjukvårdens professioner, patienter och medborgare, men många gånger måste prioriteringar göras trots avsaknad av gott vetenskapligt faktaunderlag. Då bör istället bästa tillgängliga underlag användas.

Procedurer för genomförande av rättvisa prioriteringar

Statens roll är att stödja landstingen med underlag för prioriteringar. Det sker bland annat genom de kunskapsöversikter som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) producerar och Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer. I riktlinjerna görs en rangordning men det framgår inte var gränsen bör dras för offentlig finansiering. Avseende läkemedel i öppen vård och åtgärder som ingår i det statliga tandvårdsstödet svarar staten för prioriteringsbeslut genom Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) (se även kapitel 2).

SBU drar slutsatser om kunskapsläget rörande patientnytta, kostnadseffektivitet etc. men beslutar eller rekommenderar inte direkt vilka metoder som ska användas i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som delvis baseras på underlag från SBU, tar i större utsträckning än SBU hänsyn till prioriteringsaspekter. Socialstyrelsen tar fram prioriteringar för olika sjukdomsgrupper, t.ex. diabetes, eller verksamhetsområden, t.ex. missbruksvård. Där rangordnas de olika prioriteringsobjekten mellan 1 och 10 och ställningstaganden görs om att vissa metoder inte bör användas alls (»icke-göra-lista«) eller inte ännu är mogna att föras in i rutinsjukvård (FoU-lista). De nationella riktlinjerna innehåller visserligen alla typer av teknologier men är liksom SBU:s utvärderingar långt ifrån heltäckande. Till bilden hör också att riktlinjerna i allt större utsträckning fokuserar på åtgärder som är kontroversiella på något sätt, t.ex. om ett införande eller utökad användning innebär kraftiga kostnadsökningar för sjukvården. Antalet sjukdomsområden som omfattas av nationella riktlinjer är relativt få till antalet, men omfattar vanliga sjukdomar. Det är en stor utmaning för Socialstyrelsen att kunna tillhandahålla aktuella riktlinjer/rekommendationer inom många områden samtidigt och klara av den framtida uppdateringen. I alla händelser kan inte landstingsnivån förlita sig enbart på staten utan måste utveckla arbetsformer för att implementera statens rekommendationer, ta fram egna kunskapsunderlag och göra prioriteringar.

De nationella riktlinjerna tycks under de allra senaste åren ha fått bred acceptans på den politiskt-administrativa nivån. När det gäller läkarkåren varierar acceptansen. Kardiologer tycks vara relativt tillfreds med riktlinjerna (Ekerstad m.fl. 2009). Hela 81 procent av Sveriges kardiologer uppger att de använder riktlinjerna flitigt i sitt kliniska beslutsfattande. Inom psykiatri har det däremot funnits många kritiska röster som är negativa till riktlinjerna, både till dess innehåll och till den använda arbetsmetoden (Svenska psykiatriska föreningen 2009).

För läkemedel finns det sedan många år ett system för utprovning av effekt och säkerhet med hjälp av randomiserade studier innan de godkänns och introduceras på marknaden. Det finns också en etablerad struktur med nationella läkemedelsmyndigheter för utvärdering av effekt och säkerhet och godkännande rörande marknadsföring. Sedan 2002 har dessutom nya läkemedel grans-

kats i ett bredare perspektiv genom den värdering av patientnytta och kostnadseffektivitet som TLV gör idag. Ett avslag om subventionering hindrar inte att produkten kan saluföras och användas i Sverige, antingen i den slutna vården eller i öppen vård, om patienterna betalar hela priset själva. Det är även i överensstämmelse med lagen att enskilda landsting kan träda in och subventionera läkemedel som fått avslag av TLV. Enligt den överenskommelse som finns mellan staten och landstingen ska dessa undantag kunna gälla i specialfall. För produkter som finns på marknaden förekommer förskrivning utanför de av Läkemedelsverket angivna indikationerna likväl i situationer där de villkor som TLV beslutat om inte är uppfyllda. Erfarenheterna hittills visar att TLV:s arbete med prioriteringar innehåller de komponenter som Daniels och Sabins modell för rättvisa procedurer föreskriver (Anell och Jansson 2005).

Behovet av ett system för nationella utvärderingar för andra sjukvårdsteknologier än läkemedel har aktualiserats. Bland andra har Sveriges Läkarförbund föreslagit att en behandlingsförmånsnämnd inrättas för att göra prioriteringar på nationell nivå. Flera av förslagsställarna tänker sig att nämnden ska ta ställning till vilken vård som ska subventioneras oavsett om det gäller ett läkemedel, en medicinteknisk produkt eller en kirurgisk operation. En sådan förändring kräver genomgripande förändringar av statens roll när det gäller finansiering av hälso- och sjukvård. Oavsett vilken systemlösning man tänker sig reser förslaget att reglera andra teknologier än läkemedel en mängd frågor. Finns det överhuvudtaget förutsättningar för att likställa »övriga teknologier« med läkemedel? Vad avses egentligen med »övriga teknologier« – är det *alla* typer eller är det särskilt vissa typer som skulle vara aktuella för någon typ av subventionsbeslut?

Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, SBU och TLV har gemensamt gett Linköpings universitet i uppdrag att genomföra en förstudie som belyser problem och analyserar förutsättningarna för nationella utvärderingar inom området (Carlsson m.fl. 2010). Syftet är att beskriva hur utvärdering, prioritering och införandebeslut av nya icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier genomförs i

Sverige och andra länder idag för att kunna ta ställning till om frågan bör utredas ytterligare. Förstudien visar på svårigheter att definiera vad som menas med andra sjukvårdsteknologier än de som är baserade på läkemedel och avgränsa de teknologier som kan tänkas bli föremål för reglering. En sammanställning från SBU Alert som gör tidiga utvärderingar av nya teknologier visar att kombinationen kirurgisk åtgärd och medicinteknisk utrustning dominerar. Därefter följer kirurgisk åtgärd och insättning av aktivt implantat.

Studien redovisar också ett antal centrala komponenter som identifierats i andra länder och som bör beaktas vid en utformning av ett nationellt system för utvärdering, prioritering och införandebeslut av nya icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier, se faktaruta 2.

Sammanfattningsvis konstaterar rapporten att de studerade länderna strävar mot ökad grad av utvärdering och prioritering vid beslut avseende införande av andra sjukvårdsteknologier än

FAKTARUTA 2 Frågeställningar för ett framtida nationellt system för prioritering.

ORGANISATORISK NIVÅ: På vilken organisatorisk nivå bör införandebeslut av icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier ske?

OMFATTNING: Bör man vara allomfattande eller selektiv vid inklusion/urval av sjukvårdsteknologier för utvärdering?

BASPAKET: Bör det finnas en baslista som visar vad som finansieras med offentliga medel eller är det tillräckligt att enbart redovisa nya beslut på marginalen?

MÅNGFALD AV AKTÖRER: Bör det vara en eller flera aktörer som svarar för utvärdering, prioritering och beslut om finansiering?

FAKTAPRODUCENT: Vem är lämpligast att tillhandahålla faktaunderlaget?

ÖPPENHET: Hur öppen bör man vara i sin redovisning av beslutsprocess och resultat?

POLITISK INVOLVERING: Hur politiskt oberoende bör besluten vara?

BUDGETANSVAR: Bör det finnas ett budgetansvar hos den enhet som rekommenderar eller fattar införandebeslut?

NYTT OCH GAMMALT: Bör besluten gälla både införande av nya teknologier och utmönstring av gamla?

VÄRDEGRUND: Bör det finnas en explicit värdegrund för prioriteringar och hur bör den utformas?

OMPRÖVNING: Bör det finnas en mekanism för omprövning av beslut?

läkemedel. Samtliga system är under utveckling och har ännu inte funnit sina slutliga former. Om staten i Sverige i framtiden ska tilldelas en roll som »godkännare« av nya icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier inom ramen för dagens sjukvårdssystem förutsätter det en bred och kraftfull uppslutning kring en sådan lösning från sjukvårdshuvudmännens sida.

Utveckling av strukturer för prioriteringar på den nationella nivån blir knappast framgångsrika om det inte finns motsvarande aktiviteter och strukturer på landstingsnivån. Den kartläggning som PrioriteringsCentrum genomförde 2006 gav en tämligen samstämmig bild av hur landstingen arbetade med prioriteringar (PrioriteringsCentrum, 2007). Resursfördelningen skedde fortfarande till övervägande del efter den historiska budgeten med vissa justeringar när förändringar i verksamheten har inträffat eller förväntas ske. Dessutom förekommer specialsatsningar då särskilda behov uppmärksammas eller nya medicinska möjligheter till vård och behandling uppkommit. Andra faktorer som också kunde utgöra underlag till resursfördelning var exempelvis befolkningssammansättning, nationella jämförelser, tidigare års produktion t.ex. antal vårdtillfällen, mottagningsbesök eller operationer, samt lokal geografisk hänsyn.

I detalj kan tillvägagångssättet vid fördelningen skilja sig åt beroende på det styrsystem som landstinget har. De politiska besluten handlade nästan alltid om tillskott av resurser till olika verksamhetsområden. Politiska beslut om minskning av verksamhet eller bortval uppfattades som ovanliga. Resursfördelningen på kliniknivån kunde också se olika ut. I regel skedde fördelningen utifrån föregående års budget med hänsyn tagen till förändringar i verksamheten. I ökad utsträckning beslutade sjukhusledning respektive klinikledningar självständigt om resursfördelningen inom sin budgetram. Den helt dominerande bilden var att prioriteringarna skedde osystematiskt och var dolda för de flesta. Underlagen var i regel inte allmänt kända. Tydliga alternativa investeringar ställdes sällan mot varandra för en öppen prioriteringsdiskussion.

Det har funnits och finns fortfarande en utbredd hållning hos

landstingsledningarna att i det längsta försöka hålla sig utanför alla diskussioner om resursfördelning på detaljnivå och därmed ransonering av knappa resurser på verksamhetsnivå – dvs. sjukhuskliniker och vårdcentraler. Ändå tvingas de hela tiden göra undantag. Det handlar dels om utökningar som inte sällan gäller mer pengar till en verksamhet för att täcka underskott på grund av att ett nytt dyrt läkemedel till en stor grupp av patienter införts, t.ex. Lucentis för behandling av ögats gula fläck, dels om etiskt känsliga insatser kopplade till livets början och slut. Dessutom blir politikerna alltid berörda vid bestämning av avgifter t.ex. för konstgjord befruktning, hjälpmedel etc. Jag tror att det kommer att bli allt viktigare att försöka utveckla principer och kriterier för att identifiera prioriteringar som kan sägas vara politiska och andra som inte är det. I slutändan måste det nämligen ske en tydligare ansvarsfördelning mellan den politiska organisationen och verksamheten än vad som förekommer idag.

Beskrivningen av hur landstingen prioriterar bygger på intervjuer från 2006. Bilden har antagligen inte förändrats på ett dramatiskt sätt. Det finns dock flera tecken under senare tid som pekar på att landstingen omorienterar sina styrformer, som jag beskrivit ovan, och på bred front påbörjat ett utvecklingsarbete kring öppna prioriteringar. En påtaglig förändring är landstingens mer öppna inställning till samordning av aktiviteter kopplat till kunskapsstyrning i bred bemärkelse. Sedan årsskiftet 2008/2009 finns en nationell samordningsgrupp för kunskapsstyrning (NSK) med deltagare utsedda av landstingen. En hög ambition till samordning mellan landstingen och samarbete med staten framgår även av en rapport som bygger på intervjuer av landstingsledningar (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 2009). För att nå framgångar med prioriteringsarbetet i Sverige krävs ett betydligt mer strukturerat samarbete med olika aktörer.

Slutsatser och förslag

Det återstår ett fortsatt och långsiktigt reformarbete i den svenska sjukvården innan riksdagens intentioner från 1997 års riksdagsbeslut om prioriteringar är uppfyllda. Jag har i detta kapitel pekat på några förbättringsområden och långsiktig inriktning på detta arbete. Utvecklingen bör ske på flera områden parallellt för att stärka värdegrund, faktabas och beslutsprocesser för prioriteringar. Alla nivåer i sjukvården omfattas och måste samverka. Utvärderingar visar att det öppna prioriteringsarbetet har gott stöd bland medverkande personer i landstingen, likaså finns det stöd för de prioriteringar som sker nationellt. Det återstår dock många frågor att besvara rörande hur prioriteringarna bör gå till i detalj och vem som bör ha ansvar för vad.

Ännu viktigare är att skapa en gemensam bild av syftet med att arbeta med prioriteringar. I riksdagsbeslutet och förarbetena om prioriteringar framgår att syftet med ökad öppenhet är att vidmakthålla högt förtroende för vården.

För att befolkningen skall ha högt förtroende för vården måste prioriteringsgrunderna diskuteras öppet och de värderingar som styr såväl tillgången till vård som de prioriteringsbeslut som fattas måste kunna delas av flertalet i befolkningen för att kunna uppfattas som rimliga och rättfärdiga. De verksamheter inom hälso- och sjukvård har till uppgift att informera om de resonemang som förs för att underlätta förståelsen för prioriteringar.

Källa: Socialdepartementet, 1997.

Utvecklingsarbetet i Sverige för att skapa förtroende för svåra beslut följer två olika inriktningar. Den ena handlar om att engagera de berörda i beslutprocessen. Det gäller då inte bara att deltagarna ska ta ställning till färdiga förslag utan att själva debatten ska kunna bidra till att omforma människors åsikter och därmed bidra till nya förslag och samarbetslösningar. Överfört på hälso- och sjukvården skulle det innebära mer av medborgardialoger liknande de som prövades i början av 2000-talet.

Den andra inriktningen handlar mer om att hälso- och sjukvårdspolitiken formuleras av institutioner som har hög legitimitet

såväl hos hälso- och sjukvårdens aktörer och uppfattas som rättmätiga beslutsfattare av medborgarna. I valet mellan dessa två riktningar tror jag mer på en strategi som i första hand syftar till att skapa beslutsprocesser för prioriteringar som uppfattas ha hög legitimitet bland sjukvårdens aktörer och med målet att på längre sikt involvera medborgarna i prioriteringsarbetet. Idag har få medborgare kunskap om hur den demokratiska styrningen i ett landsting går till och de har mycket begränsad egen erfarenhet av att kunna påverka hälso- och sjukvårdens innehåll genom direkt-kontakter. Det krävs därför processer som skapar förutsättningar för ett reellt medinflytande.

Hur bör då uppbyggnaden av legitima beslutsprocesser för prioriteringar fortsätta? En grov ansvarsfördelning för prioriteringar är att staten i första hand ska ta fram verktyg och beslutsunderlag. Det gäller principer och riktlinjer för prioriteringar, faktasammansättningar av den typ som SBU tar fram och förslag till prioriteringar av den typ som nationella riktlinjer representerar.

När det finns problem med att tolka och använda de etiska principerna och när de uppfattas som ofullständiga bör de förtydligas, förklaras eller kompletteras. Ett sådant exempel, som många är överens om, är frågan om hur kostnadseffektivitetsprincipen ska förhålla sig till behov och solidaritetsprincipen. Det är också angeläget att regeringen tar initiativ för att revidera de nuvarande riktlinjerna för prioriteringar. Socialstyrelsen lämnade ett sådant förslag till Socialdepartementet i maj 2007 (Socialstyrelsen 2007). Oavsett om regeringen tar initiativ i frågan om prioriteringsprinciper är det angeläget att kriterier för gränsdragning av det offentliga åtagandet diskuteras men också fastställs av staten. Det är också helt i linje med Socialstyrelsens förslag till regeringen.

Det finns andra som menar att det är fel att spilla krut på att revidera de nuvarande principerna (SMEI 2009). De förespråkar att man ska satsa mer tid och kraft på implementering av de nuvarande principerna i landstingen. Jag uppfattar ingen konflikt i att arbeta både med implementering av principer och riktlinjer och förbättringar av de delar som inte fungerar tillfredsställande. För det första har flera landsting snabbt kommit igång med om-

fattande utvecklingsarbeten. Efterfrågan på tydliga riktlinjer och enhetlig metodik har ökat. För det andra tar en bred diskussion om värdegrunden för prioriteringar lång tid att genomföra, vilket talar för att ett sådant arbete bör komma igång snarast. Jag är övertygad om att människor som är engagerade i prioriteringsarbete mycket väl kan hålla isär de principer som gäller idag i den nuvarande plattformen och förslag på förändringar. Vi för diskussioner om förändringar av regler och lagar inom många samhällssektorer trots att det redan finns ett regelverk. Varför skulle det inte vara möjligt att göra det även inom prioriteringsområdet? En debatt på riksplånet om vilka etiska principer som bör gälla och deras tolkning kommer troligen att öka medvetenheten och förståelsen för dessa ibland komplicerade och abstrakta principer.

Staten bör fortsätta att stärka beslutsförmågan hos sjukvårdens aktörer. Det betyder att tillhandahålla information, utbildning, kunskap och andra resurser till beslutsfattare på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Ett sätt är att visa hur vägledande riktlinjer på nationell nivå sammanhänger med värderingar och verklighet hos olika aktörer. Det kan ske genom att involvera sjukvårdens professioner och yrkesgrupper i arbetet med att hitta praktiska lösningar för prioriteringar. Sådant arbete pågår redan med olika vårdyrkesföreningar och det bör intensifieras, nationellt och lokalt.

Sverige bör fortsätta att utveckla former för prioritering av nya icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier. Det finns många frågor att ta ställning till i det sammanhanget, inte minst gäller det rollfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. I en tidigare skrift från SNS Förlag efterlyser författarna en översyn av sjukvårdens finansierings- och prioriteringsprinciper (Arvidsson m.fl. 2007). De konstaterar att dagens budgetsysteem inte är utformade för öppna prioriteringar när det gäller introduktion av ny medicinsk teknologi. Forskningen visar att de ekonomiska incitamenten är avgörande för spridningen av innovationer. Det måste finnas en finansiering för att kunna införa nya teknologier. Delvis har landstingen uppmärksammat denna problematik när de har börjat arbeta med öppna prioriteringar i syfte att omfördela re-

surser från det minst angelägna till investeringar i nya teknologier. Arvidsson m.fl. (2007) efterlyser mer statlig inblandning i detta sammanhang.

En möjlighet att snabbt öka transparens skulle vara att nya teknologier, läkemedel liksom andra produkter, skulle kunna finansieras via en separat budget under de första tre till fem åren. Under denna tid kan kunskap utvecklas om de rätta indikationerna och data samlas om effekterna. De första åren skulle alltså vara en kombination av sjukvårds- och forskningsfinansiering.

Källa: Arvidsson m.fl. 2007.

Jag tror att någon typ av lösning, liknande den som Arvidsson m.fl. diskuterar, kan vara en framkomlig väg om icke-farmakologiska teknologier, liksom läkemedel, ska bli föremål för ett beslut om införande på nationell nivå.

I fråga om insatser från landstingens sida för kommunikation med allmänheten kring prioritering råder stor osäkerhet om hur det ska gå till. Även om det finns en hel del forskning kring demokratiskt deltagande är resultaten motsägelsefulla och det finns ingen given strategi för hur prioriteringar ska kunna uppfattas som legitima hos allmänheten. En framkomlig väg skulle kunna vara att landstingen bedriver sin kommunikation med en mer systematisk ansats än idag. Det är angeläget att landstingen följer upp och analyserar effekter av vårdval och kösatsningar utifrån prioriteringsperspektiv. Hittills har den typen av uppföljningar varit sällsynta. Så länge som fakta saknas om konsekvenser finns det utrymme för farhågor.

Kunskapsstyrningens betydelse för sjukvården har uppmärksamrats under senare år. En växande vilja till samordning mellan landstingen och ökat samarbete med staten för framtagning av kunskapsunderlag är lovande. För att nå framgångar med prioriteringsarbetet krävs det antagligen ett betydligt mer strukturerat samarbete mellan olika aktörer än vad som har skett hittills. Fortfarande finns det landsting som inte tagit ställning till om de ska bedriva ett systematiskt prioriteringsarbete. Det är antagligen en

fördel att några landsting går före och ger möjligheter till ett gemensamt lärande. Men man kan fråga sig om det är förenligt med riksdagens intentioner och hälso- och sjukvårdslagen när vissa landsting i det långa loppet väljer att avstå från att utveckla arbetsformer för öppna prioriteringar.

REFERENSER

- Anell, A. och S. Jansson (2005), *Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna legitima beslutsprocesser i Läkemedelsförmånsnämnden*. Linköping: PrioriteringsCentrum Rapport 2005:1, Landstinget i Östergötland.
- Arvidsson, E., André, M., Borgquist, L., Carlsson, P. och K. Lindström (2007), *Så resonerar läkare och sjuksköterskor vid prioriteringar av patienter i primärvård*. Linköping: CMT rapport 2007:6, Linköpings universitet.
- Arvidsson, E., André, M., Borgquist, L., Lindström, K. och P. Carlsson (2009), »Primary care patients' attitudes to priority setting in Sweden«, *Scand J Prim Health Care*, 27, s. 123–128. Arvidsson, G., Bergström, H., Edquist, C., Högberg, D. och B. Jönsson (2007), *Medicin för Sverige! Nytt liv i en framtidsbransch*. Stockholm: SNS Förlag.
- Bergström, E., Boman, K., Dahlqvist, R. och L. Slunga Birgander (2009), »Seriöst prioriteringsarbete kräver kunskap och öppna etiska principer«, *Läkartidningen*, 3, s. 126–127.
- Broqvist, M. och P. Garpenby (2007), *Rättvisan finns i betraktarens öga – Röster från medborgare om rättvisa i vården*. Linköping: Rapport PrioriteringsCentrum 2007:6, Landstinget i Östergötland.
- Broqvist, M., Garpenby, P., Lund, K. och K. Bäckman (2009), *Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008, Del 11. Olika tankar om processen*. Linköping: Rapport PrioriteringsCentrum 2009:2.
- Bäckman, K., Andersson, A. och P. Carlsson (2004), *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del 1. Den politiska beslutsprocessen*. Linköping: PrioriteringsCentrum Rapport 2004:4, Landstinget i Östergötland.

- Bäckman, K., Lindroth, K. och P. Carlsson (2005), *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del 11. Massmediernas rapportering av beslutsprocessen*. Linköping: PrioriteringsCentrum Rapport 2005:7, Landstinget i Östergötland.
- Carlsson, P., Broqvist, M., Eklund, K., Hallin, B. och C. Jacobsson m.fl. (2007), *Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård*. Linköping: PrioriteringsCentrum Rapport 2007:1, Landstinget i Östergötland.
- Carlsson, P., Alwin, J., Brodkorb, T.-H., Heintz, E., Persson, J., Roback, K. och G. Tinghög (2010), *Nationellt system för utvärdering, prioritering och införande beslut av ickefarmakologiska teknologier – en förstudie*. Linköping: CMT rapport 2010:2, Linköpings universitet.
- Daniels, N. och J. Sabin (2002), *Setting limits fairly. Can we learn to share medical resources?* Oxford: Oxford University Press.
- Ekerstad, N., Löfmark, R. och P. Carlsson (2009), »Elderly people with multi-morbidity and acute coronary syndrome: Doctors' views on decision-making«, *Scand J Public Health*. 2009 30 nov. [Epub ahead of print]
- de Fine Licht, J. (2008), *Om detta må vi inte berätta? En experimentell undersökning om legitimiteten för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Göteborg: Masteruppsats vid Statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet.
- Halldin, J. (2010), »Vårdval Stockholm skapar en orättfärdig och ojämlik vård«, *Läkartidningen* 107:119–120.
- Holmberg, S. och L. Weibull (red.) (2008), *Svenska trender 1986–2007*. Göteborg: SOM-Institutet, Göteborgs universitet.
- Integrations- och jämställdhetsdepartementet (2000), *En uthållig demokrati! – Politik för folkstyrelse på 2000-talet*, Stockholm: Slutbetänkande från Demokratiutredningen SOU 2000:1.
- Olsson, M. (2008), *Morgondagens hälsokonsumenter – Illusionslösa individer*, Opinion hälsa – Del 1. Stockholm: Kairos Future.
- Ostrom, E. (1990), *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*. New York: Cambridge University Press.
- PrioriteringsCentrum (2007), *Vårdens alltför svåra val?* Linköping: PrioriteringsCentrum Rapport 2007:2, Landstinget i Östergötland.
- Putman, R. (2000), *Bowling Alone. The collapse and revival of the American community*. New York, London, Toronto, Sydney, Singapore: Simon & Schuster.

- Roback, K. och P. Carlsson, *Kunskapsöversikt om samhällsekonomiska effekter av klinisk forskning*. Bilaga 3. I Klinisk forskning – Ett lyft för sjukvården. Slutbetänkande av Utredning av den kliniska forskningen. sou 2009:43.
- Rothstein, B. (2005), *Social Traps and the problem of trust*. Cambridge University Press.
- Schröder, F., Hugosson, J., Roobol, M., Tammela, T., Ciatto, S. och V. Nelen m.fl. (2009), »Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study«, *N Engl J Med*, 360, s. 1320–1328.
- SMER (2009), *Om PrioriteringsCentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Bilaga till beslut av Statens medicinska rådet (S 1985:A) den 23 januari 2009, Dnr 03/09.
- Socialdepartementet (1997), *Regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet, prop 1996/97:60.
- Socialdepartementet (2009), *Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, Förslag till uppdrag och plattform*. Stockholm: Socialdepartementet, S2009/9762/Hs.
- Socialstyrelsen (2009), *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2009), *Mot en effektivare Kunskapsstyrning, Kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik, i hälso- och sjukvården*.
- Socialstyrelsen (2007), *Prioriteringar i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten »Vårdens allt för svåra val?»*. Stockholm: Skrivelse till regeringen. Artikelnr 2007-103-4.
- Svenska psykiatriska föreningen (2009), *Remissvar om Socialstyrelsens preliminära nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom*. Göteborg 2009-06-18.
- Tinghög, G., Carlsson, P. och C.-H. Lyttkens (2009), »Individual responsibility for what? – A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system«, *Health Econ Policy Law*, 2, s. 1–23.
- Tyler, T. och H. Yuen (2002), *Trust in the Law: Encouraging public cooperation with police and courts*. New York: Russell Sage Foundation.
- UK Evaluation Forum (2008), *Medical Research: What's it worth? Estimating the economic benefits from medical research in the UK*.

3. Vad ska vi välja?

Waldau, S. (2009), *Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008. Del I. Procedur, genomförande och uppföljning*. Linköping: Rapport PrioriteringsCentrum 2009:1, Landstinget i Östergötland.

Den nuvarande modellen för offentlig finansiering av svensk sjukvård kommer i framtiden att bli alltmer otillräcklig. Problemet är delvis en följd av den åldrande befolkningen, med fler pensionärer och ökat vårdbehov, men framför allt av den medicinska utvecklingen. Denna är en mycket positiv faktor, som innebär att vi blir friskare och lever längre, men den medför också att nya dyra behandlingsmetoder ska finansieras. Effektivisering av vården kan bara hjälpa till viss del. Förhoppningen är – liksom i Per Borgs ESO-rapport om välfärdspolitikens framtid – att de politiska partierna med en statlig utredning som grund kan komma fram till en bred överenskommelse om att öka inslaget av privat finansiering i vården. Och att man liksom i pensionsreformen ger medborgarna tid till anpassning. Därmed säkras ett i grunden offentligt finansierat system och god vård för alla.

Den svenska sjukvården står inför stora ekonomiska utmaningar. Sjukvårdsutgifternas andel av BNP har stigit under flera decennier i alla höginkomstländer och inget talar för att utvecklingen skulle stanna av. Finansiella problem har utvecklats till en kronisk sjukdom bland landsting och sjukhus. Kraven på att alla ska ha tillgång till nya och dyra medicinska teknologier kommer att finnas kvar och innebära allt större finansieringsbehov, samtidigt som andelen skattebetalare i befolkningen sjunker och andelen vårdkrävande äldre stiger. Den svenska välfärdsstaten har emellertid visat förbluffande förmåga att reformera sig själv, och måhända kan den göra så igen. Det är tack vare denna förmåga att anpassa sig till ganska radikala förändringar som välfärdsstaten har kunnat fort-

leva.¹ En annan grund till optimism är att viljan att betala mer för sjukvården nog finns i befolkningen.

Pessimisten, å andra sidan, kan peka på att förutsättningarna för breda politiska uppgörelser kan vara på väg att försämrats med ändrade villkor för det svenska utredningsväsendet (Bergh och Erlingsson 2008; Riksrevisionen, 2004). Under tiden uppkommer det marknadslösningar som reaktion på dålig tillgång till offentlig vård – allt fler ser sig motiverade att skaffa privata sjukvårdsförsäkringar så att de slipper vänta i vårdköerna. Denna marknad är ett synligt och entydigt tecken på att många uppfattar den offentliga vårdens tillgänglighet som undermålig, liksom på marknadens förmåga att tillgodose de behov som uppstår.

Detta kapitel handlar om de långsiktiga finansieringsproblemen i svensk sjukvård. Det ska inte uppfattas som att jag vill förringa de kortsiktiga finansieringsproblem som också finns. Landsingen liksom kommunerna är ålagda budgetbalans, och kan inte samla överskott under goda år för att använda under år när inkomsterna sjunker. Och sjunker gör skatteinkomsterna oundvikligen i lågkonjunkturer. Samtidigt är flera av de kommunala uppgifterna av en karaktär som gör det direkt olämpligt att låta ambitionen variera med konjunkturcykeln, jämfört med att spara under år med höga inkomster för att kunna hålla oförändrad konsumtionsnivå under lågkonjunktur. Detta gäller i högsta grad sjukvården. Från medborgarsynpunkt skulle man till exempel definitivt önska sig att det vore möjligt att ge cancerpatienter samma behandling även när arbetslösheten är stor. Detta är elementär försäkringslogik, och den skatt individen betalar till landstinget kan ses som försäkringspremier, som hon betalar bland annat just för att ha konstant (och god) tillgång till sjukvård.

I de närmast följande avsnitten diskuterar jag orsaken till sjukvårdens långsiktiga finansiella problem. Detta intresserar många aktörer i samhället, inte minst eftersom många är med och beta-

1. Välfärdsstaten fortlever i bemärkelsen att staten fortfarande tar ansvar för att alla individer är garanterade en skälig levnadsnivå, oavsett om de är arbetslösa eller inte, även under ålderdomen, samt har tillgång till god vård, skola och omsorg.

lar för sjukvården. Vad sjukvården kostar och hur dessa kostnader fördelas är sålunda av intresse för patienter, landsting, kommuner, staten, försäkringsbolag och arbetsgivare. Samma utveckling kan te sig helt olika för olika aktörer. En utveckling som innebär att patienter använder mera eller dyrare läkemedel, och tack vare det blir mindre sjukskrivna, kan av landstinget uppfattas som besvärligt kostnadsdrivande samtidigt som Försäkringskassan upplever att trycket lättar. Kostnadernas fördelning påverkar också sjukvårdsproducenternas situation och avgör om dessa kommer att ha incitament att bete sig på ett samhällsekonomiskt effektivt sätt.

Sjukvårdens finansiella problem är, vill jag hävda, betydande. Den offentliga sjukvården är enligt min bedömning underfinansierad idag (mer om detta nedan), och allt talar för att detta kommer att förvärras om inget tämligen radikalt görs. Efter detta konstaterande kommer några alternativa lösningar att diskuteras, liksom vad som troligen kommer att hända om allt förblir vid det vanliga.² Avslutningsvis återkommer jag till diskussionen om tidigare reformeringar av välfärdsstaten. Frågan är om »Sverige kan görat igen«? Jag kan redan nu utlova en försiktig optimism på den punkten.

Befolkningspyramiden blir en tratt

En genomgående trend i den industrialiserade världen är att befolkningen åldras. Med detta konstaterande menas vanligen att andelen äldre ökar och/eller att genomsnittsåldern stiger. Detta är i allt väsentligt en följd av att barnafödandet har minskat i dessa länder. En annan vanlig trend – den att människor lever längre – har emellertid rätt obetydlig inverkan på befolkningspyramiden.

2. Det vanliga i sjukvårdssverige är för övrigt att man genomför ständiga »reformer«, vilka sällan har någon större utsikt att påverka finansieringssituationen (även om de kan ha en del ganska betydande effekter på andra förhållanden i sjukvården). Man påminner sig till exempel husläkarreformen, DRC-system, beställar–utförarmodeller, »outsourcing« av hotteltjänster, intraprenad, Dalamodellen, Dagmarreformen, och nu senast »lean production« och vårdval. Det finns dock skäl att skilja på det som beslutas och vad som faktiskt genomförs (Anell, 2004, s. 12).

Den åldrande befolkningen leder till problem med sjukvårdens finansiering genom att andelen skattebetalare minskar i befolkningen. Allt färre ska bekosta sjukvården åt, framför allt, de äldre. Redan detta är bekymmersamt och kommer att leda till krav på skatteökningar. Det är också troligt att vårdkonsumtionen kommer att öka med stigande genomsnittsålder.

Medborgarna blir allt äldre

Den förväntade livslängden i befolkningen ökar med i storleksordningen tre månader per ettårsklass (Oeppen och Vaupel, 2002).³ Många tror att det faktum att människor lever längre kommer att leda till kraftigt ökade sjukvårdsutgifter. En sådan tro är helt naturlig, eftersom det är lätt att konstatera att per capita-kostnaderna för sjukvård stiger brant med åldern (bland dem som är 60 år eller äldre). Om man alltså vet att det kostar mycket per 83-åring, och antalet som lever så länge att de hinner bli 83 ökar kraftigt, så ligger det nära till hands att tro att vårdkostnaderna totalt skulle öka.

Så är emellertid inte med nödvändighet fallet. Ekonomer har konstaterat att det i huvudsak är de två sista åren i livet som drar stora sjukvårdskostnader, oavsett om man dör ung eller gammal. Så att sjukvårdskostnaderna per capita är höga i ålderklassen 83-åringar skulle helt enkelt kunna bero på att det är relativt många som dör i den åldern, jämfört med exempelvis 52-åringar.⁴

En central fråga är om den ökande livslängden leder till att den sjuka perioden mot livets slut blir längre eller kortare.⁵ Vinner man friska dagar eller sjuka dagar? Ett antal studier har pekat på att det snarast är avståndet till döden, inte åldern, som avgör sjuk-

3. Resultatet avser egentligen »best practice«-överlevnad på jordklotet, vilket sedan ett antal år representeras av Japan, men något liknande gäller för svenska förhållanden.

4. Per capita-kostnaderna sjunker dock för de allra äldsta i befolkningen (Lindgren och Lyttkens 2010).

5. Även om man skulle kunna visa att den sjuka perioden blir kortare är det inte därmed säkert att sjukvårdskostnaderna i framtiden kommer att minska. Orsaken till de färre sjuka dagarna kan ju vara att man satsat stora vårdresurser på de äldre (Payne m.fl. 2007, s. 245).

vårdskostnadernas storlek. Payne m.fl. (2007) ger en bra översikt och visar att bevisläget är något oklart, delvis därför att man huvudsakligen har studerat sjukhusvård. På grundval av existerande studier kan man konstatera att det alltså är något oklart om kostnaderna för just sjukhusvård stiger i någon betydande grad med åldern.

Samma fråga är betydligt mindre studerad beträffande öppenvård och social omsorg. Sannolikheten talar för att dessa kostnadsposter faktiskt stiger med åldern. Detta gäller i all synnerhet som »ålder« i dessa sammanhang egentligen rimligen står som en markör för ohälsa. Om ökande ålder överhuvudtaget ska leda till ökande sjukvårdskostnader måste det rimligen vara till följd av att hälsan försämras med åldern.

Att individens hälsa är den viktigaste förklaringsfaktorn till mängden konsumerad sjukvård är a priori uppenbart och också välbelagt i litteraturen (Gerdtham 1997, Bolin m.fl. 2008, Gravelle m.fl. 2003). Shang och Goldman (2008) visar att ålder inte förklarar sjukvårdskostnader om man tar hänsyn till förväntad livslängd, och den senare har mycket lite med sjukvårdskostnader att göra om man i sin tur tar hänsyn till individens hälsa. Nyligen genomförda svenska simuleringstudier av konsumtionen av sjukhusvård, där individens hälsa är en viktig förklaringsfaktor, pekar på att även antalet dagar med sjukhusvård kommer att stiga i takt med att antalet äldre ökar – en 30-procentig ökning mellan 2000 och 2040 (Lindgren och Lyttkens 2010).

Sammantaget pekar de studier som har gjorts på att effekten av den ökande livslängden på mängden sjukhusvård inte med nödvändighet blir dramatisk, men att det dock sannolikt kommer att bli en ökning. Därtill kommer öppenvården, och det förefaller troligt att denna typ av »vardagssjukvård« ökar med åldern.⁶ För svensk del måste man, vad gäller kostnadernas fördelning på olika aktörer, också notera att det blir allt vanligare att de äldre så att säga dör i kommunal regi, dvs. inte på sjukhus.

6. Ju äldre man blir desto fler kroniska krämpor hinner man skaffa sig. För yngre personer gäller i stället Lyttkens princip – den som framstår som fullt frisk är helt enkelt inte tillräckligt noggrant undersökt.

Sambandet mellan sjukvårdsutgifter och ålder är dessutom inte stabilt över tiden. I takt med att de äldre blir en allt större andel av befolkningen kommer deras politiska inflytande att öka. Detta kommer troligen att öka sjukvårdsutgifterna bland äldre, i takt med att till exempel implicit åldersdiskriminering blir sällsyntare. Dock fann Gerdtham m.fl. (2005) att landsting med en större andel äldre hade färre dagar på sjukhus per åldring, samt att andelen äldre inte hade någon positivt signifikant effekt på skattenivån, vilket författarna tolkar som att de äldre som grupp eventuellt bär hela kostnaden för att befolkningen åldras (fler äldre leder inte till att sjukvårdsresurserna ökar och för de äldre minskar mängden vård per sjukdomsperiod).

Läkaren säger att du ska röntgas (60-talet),
undersökas med CT (80-talet), med MR
(90-talet), med PET-CT (2000-talet).
Och i morgon då?

De teknologiska framstegen förklarar kostnadsutvecklingen

Nya teknologier ger ofta stora hälsovinster till gagn för patienter och därmed samhället, som visades i kapitel 1 och 2. Människor lever längre och blir friskare. Samtidigt innebär de nya behandlingsmetoderna ofta att sjukvårdskostnaderna stiger. Det blir dyrare och dyrare att ge »bästa möjliga vård«, eftersom det sker en ständig medicinsk-teknologisk utveckling, som ger oss nya möjligheter och behandlingsmetoder.

Röntgendiagnostisk verksamhet ger slående exempel. Att röntga lungorna innebar för 30 år sedan att två (!) bildprojektioner togs. Idag görs en datortomografi som resulterar i mer än 250 bilder som ska granskas i tre plan och med olika inställningar. Vid cancerdiagnostik kan det ofta bli tal om undersökning med magnetkamera med över 1 000 bilder, som dessutom kan granskas på olika sätt.

Den teknologiska utvecklingen i sjukvården torde vara den en-

skilt klart starkaste drivkraften bakom den fortlöpande ökning i sjukvårdskostnader man har kunnat iaktta sedan 1950-talet, en ökning inte bara i absoluta termer utan även som andel av BNP (som kapitel 1 visade). Ett ytterligare exempel är läkemedelsområdet, som för närvarande diskuteras flitigt, bland annat till följd av de dyra nya läkemedlen för cancerbehandling (Cutler 2008).

I det så kallade RAND Health Insurance Experiment som genomfördes i USA på 1970-talet undersökte man hur priskänslig och inkomstkänslig konsumtionen av sjukvård var. Man kunde konstatera att från 1950 till 1984 hade sjukvårdskostnaderna per capita ökat med en faktor sju. Av denna ökning kunde ett förbättrat försäkringsskydd förklara kanske en tiondel. Ökade inkomster kunde förklara kanske ytterligare en faktor någonstans mellan 0,6 och 3 (Manning m.fl. 1987). Återstod att förklara en ökning på drygt en faktor 3, och allt talar för att det huvudsakligen var den teknologiska utvecklingen som låg bakom denna utgiftsökning.

Man har i ett flertal studier funnit att sjukvårdskostnaderna över tiden har en tendens att stiga ungefär i takt med inkomstnivån i olika länder.⁷ Men observera att denna utveckling är betingad av den teknologiska utvecklingen. Med oförändrad medicinsk teknologi hade med all säkerhet sjukvårdsutgiften inte alls ökat i den takt som den faktiskt har gjort.

De flesta ekonomer ser framsteg i medicinsk teknologi som den viktigaste kostnadsdrivande faktorn de senaste 50 åren (Fuchs 1996 och 1999, Newhouse 1992). Fuchs argumenterar för att det förekommer en 4–5 procent årlig ökning i per capita sjukvårdsut-

7. Att så mycket av kostnadsökningen i USA kunde hänföras till den tekniska utvecklingen har bland annat att göra med att bara en begränsad del av kostnadsökningarna kunde hänföras till att människors inkomster stigit under perioden. I RAND-experimentet fann man visserligen att höginkomsttagare konsumerade mer sjukvård än andra, men konsumtionen ökade procentuellt sett betydligt mindre än inkomsten (den så kallade inkomstelasticiteten låg kring 0,2 på individnivå). Det är i och för sig fullt rimligt att inkomstelasticiteten är större på ländernivå, eftersom individen har sjukvårdsförsäkring och betalar mycket lite för vården när den väl behövs, vilket innebär att inkomsten inte spelar så stor roll för sjukvårdskonsumtionen. På ländernivå ser man oundvikligen hela kostnaden för vårdkonsumtionen. Det bör tilläggas att inkomstelasticitet egentligen är en oegentlig benämning i dessa länderstudier. Inkomstelasticitet är ett efterfrågebegrepp, och det man mäter är ju sjukvårdsutgifter vilka är en funktion av såväl efterfråge- som utbudsfaktorer.

gifter bland de äldre till följd av nya teknologier och ökat användande av existerande teknologier.⁸ Till bilden hör att teknologier ofta först används för en specifik patientgrupp, för att så småningom spridas till allt fler patienter. Dozet m.fl. (2002) visar exempelvis att sannolikheten att genomgå en bypassoperation för en svensk 82-åring ökade med en faktor fem från 1990 till 1994.

Även teknologier som i förstone ser ut att vara kostnadsbesparande visar sig ofta vara kostnadsdrivande genom att de appliceras på nya diagnoser, nya patientgrupper etc. Ett exempel på detta är så kallad ballongvidgning av hjärtats kranskärl (PTCA). När den nya tekniken kom trodde många att den skulle bli kostnadssänkande genom att ersätta de dyra öppna hjärtoperationerna (bypassoperationer). Cutler och Huckman (2003) har studerat utvecklingen av användningen av PTCA i USA under perioden 1982–2000. De fann att av 100 PTCA ersatte 25 de dyrare bypassoperationerna, och utgjorde därmed en besparing. Men 75 stycken, alltså $\frac{3}{4}$ av de PTCA som utfördes, utgjorde »treatment expansion«, dvs. gjordes på patienter som annars skulle ha fått (billigare) läkemedelsbehandling. Observera att detta i princip är en framgångssaga, eftersom författarna visar att bruket av PTCA ökar produktiviteten i vården och utgör ett kostnadseffektivt sätt att öka befolkningens hälsa. Men icke desto mindre ökade kostnaderna. Vid ett tillskott på 100 nya PTCA ökade de totala sjukvårdskostnaderna med 528 000 dollar i 1985 års penningvärde.⁹

8. Svenska erfarenheter visar att den offentliga konsumtionen ökar betydligt snabbare än vad som motiveras av den demografiska utvecklingen (Borg 2009, s. 31–32). Borg (s. 42) hänvisar också till internationella studier som pekar på att de medicinska framstegen de senaste 20 åren har medfört två procents årlig ökning av sjukvårdsutgifterna.

9. Observera att dessa siffror inte kan överföras direkt till svenska förhållanden, bland annat eftersom kostnaderna för läkartid och andra insatsfaktorer är betydligt högre i USA än i Sverige.

En del teknologier har passerat bäst före-datum

Nya teknologier börjar ofta användas utan att det föregås av någon formell kontroll, såvida det inte råkar vara ett läkemedel. Det är ett avgrundsdjup i skillnad mellan hur nya läkemedel hanteras (formell process som pågår under många år) och den lätthet med vilken andra nya teknologier sätts in. Denna skillnad är frapperande och möjligen inte helt rationell, även om förutsättningarna för att kunna göra utvärderingar kan skilja en del mellan områden (Drummond m.fl. 2008). Detta observeras alltmer, och en av reaktionerna är den spontana utvecklingen av HTA-(Health Technology Assessment) organisationer (se kapitel 2) och att system för mini-HTA diskuteras, med tanken att inga nya teknologier med »betydande« effekter ska få införas utan att man först belyser deras konsekvenser. En annan reaktion är att SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården (tidigare Statens beredning för medicinsk utvärdering) har inrättat Alert, som är ett system för identifiering och tidig bedömning av nya metoder som är på väg att etableras i svensk sjukvård.

Det faktum att nya metoder kan provas utan långtgående dokumentation och randomiserade studier har både för- och nackdelar (se kapitel 3). Å ena sidan kan patienter få del av de tekniska framstegen mycket snabbare än vad som är fallet med läkemedel, där det utan vidare kan dröja 10 år eller mer från patent till att läkemedlet når marknaden. Å andra sidan ökar risken för misstag, av den typ som tidigare förekom på läkemedelsområdet. I USA blev karotistrombendartärektomi snabbt populärt i början av 1980-talet. Det innebar att man kirurgiskt »sotade« de blodkärl som för blod till hjärnan, för att ta bort avlagringar som annars skulle kunna lossna och fara upp och fastna i hjärnans blodkärl, med tråkiga konsekvenser. Bra idé, eller hur? Det tyckte man i USA, tills noggranna studier mot slutet av 1980-talet visade att nyttan för patienterna var tveksam, exempelvis riskerade man att med själva ingreppet lösgöra de avlagringar man skulle ta bort, vilka for upp i hjärnan osv. För ordningens skull – och för att undvika panik bland potentiella patienter – bör det påpekas att senare studier

har visat att åtgärden visst är bra för vissa patienter, det gäller bara att begränsa åtgärden till rätt grupper.¹⁰

Bristen på dokumentation när det gäller såväl effekter som kostnadseffektivitet för många behandlingsmetoder innebär att det kan finnas en betydande besparing i att utstränga vissa metoder från sjukvården. I Läkartidningens första nummer 2010 kunde man läsa att »en fjärdedel av all vård är onödigt eller skadlig.»¹¹ Man refererar till en studie i *Lancet* (Grol och Grimshaw 2003) där man fann att en fjärdedel av vården var patientskadlig och 30–40 procent inte var vetenskapligt fastställd, och till en studie i Umeå som »visade samma tendens».¹² I artikeln nämns exemplet korsbandskirurgi, där det i Sverige årligen utförs 3 000 operationer »som vållar smärta och obehag», trots att det saknas evidens för att kirurgi är bättre än andra behandlingar och trots att det finns observationsstudier som visar att det kan räcka bra med ett träningsprogram.

Nya teknologier utvecklas inte slumpmässigt

Framsteg i medicinsk teknologi sker hela tiden, men vilken typ av framsteg som görs är inte en slump. Tvärtom, det finns få incitament till att utveckla kostnadssänkande nya teknologier (Weisbrod 1991, Lyttkens 1999). En ny teknologi kommer knappast till användning om den inte utlovar ett bättre resultat för patientens hälsa. En ny teknologi som skulle ge sämre hälsoeffekt men är mycket billigare skulle knappast ens övervägas. Hälsoförbättrande teknologier däremot sätts gärna in även om de skulle leda till högre kostnader.

Man har talat om ett »teknologiskt imperativ» i vården – att all-

10. Utvecklingen i Sverige följde samma mönster, men på en långt mindre dramatisk nivå. Se Tu m.fl. (1998) och Nystedt och Lyttkens (2003).

11. www.lakartidningen.se/includes/07printArticle.php?articleId=13521. Åtkomst 2010-02-16.

12. Det är dessutom välkänt att användningen av medicinska teknologier varierar kraftigt såväl mellan som inom länder (Bech m.fl. 2009, Escarce 1996, McPherson 1982). Andelen kejsarsnitt av det totala antalet förlossningar varierade till exempel 2004 inom Sverige mellan 21 procent (Stockholm) och 13 procent (Kalmar).

tid ge den bästa vård som är tekniskt möjlig (Fuchs 1968), och det kan också finnas ett »professionellt imperativ« att alltid välja den metod som ger störst hälsoeffekt oavsett dess kostnader (Lyttkens 1999). Den viktigaste effekten beträffande vårdkostnader är emellertid inte vad som händer idag, utan hur vårt beteende idag påverkar innovationsprocessen. Med andra ord, hur det påverkar vilka teknologier som kommer att finnas tillgängliga. Det avgör vad som kommer att vara möjligt i framtiden.

Om man idag bara vill introducera teknologier som utlovar bättre hälsoresultat än man har uppnått tidigare (och till exempel inte kostnadssänkande teknologier som ger ett marginellt sämre hälsoresultat) innebär det att man styr utvecklingen mot kostnadsökande nya teknologier. Både vinstdrivande företag och altruistiska universitetsforskare torde rimligen vara intresserade av att finna metoder som i praktiken kommer att användas. Dessa tendenser understöds naturligtvis kraftigt av att det i många sjukvårdssystem är så att varken läkare eller patient har någon nämnvärd anledning att bry sig om kostnaderna för en behandling – patienten är försäkrad och läkaren påverkas inte ekonomiskt av valet av behandling (eller tjänar på att volymen ökar). I viss utsträckning har incitamenten för vårdproducenter ändrats genom organisatoriska reformer och nya betalningssystem,¹³ men globalt sett råder det knappast någon tvekan om att utvecklingen fortfarande går mot kostnadsökande teknologier. I Sverige finns heller inga direkta incitament att avstå från en dyr teknologi.¹⁴

13. Såsom diagnosrelaterade grupper (DRG), managed care i USA, försök med kapitationsersättning och kvasimarknader i Europa.

14. Det talas idag mycket om vikten av klinisk forskningstid. En aspekt på detta är att tid för reflektion i sjukvårdsvardagen kanske just gynnar kostnadssänkande innovationer (processinnovationer) medan att utveckla nya behandlingsmetoder och produkter oftast bär sin egen belöning (patent, status etc.). Kostnadssänkande innovationer (till exempel management-innovationer) är nog också svårare att direkt överföra mellan länder, eftersom vad som är billigast beror på de relativa kostnaderna för olika personalkategorier och så vidare. Detta talar för att just denna typ av forskning kan behöva utföras i det egna landet.

Kombinationen åldrande befolkning och teknologiska framsteg leder till finansieringsproblem

Att bromsa eller ställa sig vid sidan av denna utveckling torde vara minst sagt svårt (och för den delen knappast önskvärt). Teknologier utvecklas i många länder och som Anders Anell framhåller i kapitel 1 sprids resultaten och informationen snabbt via internet, konferenser, vetenskapliga tidskrifter osv. till både producenter och patienter. Man har i huvudsak svårt att tänka sig att individer frivilligt skulle acceptera försäkringskontrakt som inte erbjuder dem den vård som har störst möjligheter att förbättra deras hälsa (möjligen kan man tänka sig att man är villig att välja bort behandling av mycket ovanliga tillstånd). Om ett landsting försökte begränsa tillgången till en viss teknologi finns ju alltid möjligheten att åka till Danmark, Tyskland, Thailand osv. Även om svenska landsting försöker begränsa sådana beteenden betvivlar jag att det i längden är politiskt möjligt att inte försöka förse medborgarna med tillgång till »bästa möjliga« teknologi.¹⁵ I sista hand är det naturligtvis en fråga om prioriteringar.

I ljuset av den teknologiska utvecklingen är den viktigaste aspekten på den ökade livslängden och den åldrande befolkningen kanske inte att dessa faktorer skulle öka vårdkostnaderna, utan det viktiga är att de definitivt inte sänker kostnaderna. Därmed ger de oss ingen hjälp med att hantera de ökande kraven på resurser som de nya teknologierna kommer att ge upphov till.¹⁶ Jag vill än en gång påminna om att många nya teknologier medför stora hälsovinster; icke desto mindre måste någon betala för dem.

Samtidigt är köerna betydande i Sverige – mitt intryck är att svensk sjukvård håller hög kvalitet, men det kan ta tid att få tillgång till den, vilket också framgick av kapitel 1. Jag finner det nu-

15. Jag tänker mig här en högröstad och kravställande 40-talist som nu blivit vårdbehövande åldring. Äldre generationers far- och morföräldrar var – möjligen enligt vandrings-sågner – nöjda med lite, kanske lite smärtstillande och en kopp kaffe (om de var från Säfte).

16. Borg (2009, s. 27) påpekar att om den offentliga konsumtionen (där vården ingår) ska kunna växa i takt med BNP och finansieras skattevägen leder detta till helt orimliga skattehöjningar, såsom en kommunalskatt på 40 procent redan 2020.

mera problematiskt att med tanke på väntetiderna i vården svara jakande på frågan från utländska kollegor om huruvida svensk sjukvård fungerar bra. Nyttoförlusterna som följer av de långa kötiderna mildras rimligen en del av de privata sjukvårdsförsäkringarna, en marknad med syfte att ta folk förbi vårdköerna. Denna privata marknad, som existerar vid sidan av den offentliga (omkring 400 000 individer), kommer sannolikt att fortsätta att växa, om inte den offentliga vården blir mer tillgänglig.

Allt detta talar sammantaget för att vårdkostnaderna skulle behöva öka i Sverige, inte minska, redan med nuvarande tekniska möjligheter och demografiska struktur. Hur ska Sverige kunna finansiera öka(n)de kostnader?

Kan prevention eller omorganisation sänka kostnaderna?

Prevention är med viss rätt populärt i folkhälsokretsar. Det verkar ju betydligt rationellare att satsa pengar på att förhindra att folk blir sjuka än att låta dem bli sjuka och först därefter lägga pengar på dem i form av sjukvård. Prevention kan medföra stora hälsovinster och kan också vara ett kostnadseffektivt sätt att göra befolkningen friskare. Det kan göra att människor inte behöver vara sjukfrånvarande från sitt arbete, varigenom den gemensamma kakan blir större. Men sedan kommer den tråkige ekonomen och påpekar att allt detta är sant, men att det inte innebär att prevention med nödvändighet minskar just sjukvårdskostnaderna särskilt mycket. Det som är samhällsekonomiskt vällovt behöver inte hjälpa landstingsekonomin. Att utnyttja preventionens effekter, såsom ökad livslängd, kan ju tvärtom kräva ökade sjukvårdsresurser.

Jag noterade ovan att det är de två sista levnadsåren som drar stora sjukvårdsresurser. Om nyttan med prevention är att människor lever längre kvarstår det sjukvårdsfinansiella problemet att alla faktiskt dör så småningom. Och då drabbas samhället av stora sjukvårdskostnader. Så för att prevention ska ha stor effekt på sjukvårdskostnaderna krävs att patienterna tack vare preventio-

nen – rätt uttryckt – dör i något billigare.¹⁷ I dagsläget är det därför svårt att se livsförlängande prevention som nyckeln till sjukvårdens framtida finansiering. Däremot kan prevention leda till besparingar om den gör att vi lever friskare.

Ett generellt problem i många sjukvårdssystem, inklusive det svenska, är att intäkter och kostnader ofta faller på olika aktörer, vilket försvårar ett från samhällssynpunkt rationellt beslutsfattande (kostnader och intäkter ska här förstås i vid bemärkelse, till exempel ingår effekterna på patientens livskvalitet). Att anlägga ett samhällsekonomiskt perspektiv innebär att ta hänsyn till alla välfärdseffekter för alla berörda parter. Risken finns att en åtgärd kan se landstingsekonomiskt dyr och oattraktiv ut, trots att en samhällsekonomisk kalkyl visar att den är lönsam. I fallet med kolorektal cancer beskrev Ulf Persson (kapitel 2) hur läkemedelskostnaden föll på sjukvårdshuvudmannen medan en del av intäkterna – minskat produktionsbortfall genom sjukskrivning – syns hos Försäkringskassan.¹⁸ I den mån landstingen svarar för lejonparten av sjukvårdskostnaderna medan intäkterna faller på andra aktörer talar även detta för att kostnaderna sannolikt borde ha varit högre idag för att vara samhällsekonomiskt effektiva.¹⁹

Kan kloka organisatoriska förändringar lösa finansieringsproblemen? Det är fullt tänkbart (läs sannolikt) att vården skulle gå att producera billigare än idag.²⁰ Det är också möjligt att kösituationen delvis kan lösas genom tämligen billiga koordinationsåtgärder. Samtidigt ska man komma ihåg att snart sagt alla höginkomstländer har försökt begränsa kostnadsutvecklingen i sjukvården åtminstone sedan 1980-talet, men på lång sikt har detta inte

17. Prevention kan också åstadkomma en temporär kostnadsminskning genom att skjuta vårdkostnader framåt i tiden.

18. Ett annat exempel är att det tog rätt lång tid innan man vid organiseringen av mammografiscreeningen för bröstcancer tog hänsyn till att det är en betydande livskvalitetsförlust att behöva vänta mer än nödvändigt på ytterligare utredningar, ifall själva mammografin tydde på bröstcancer.

19. Problemet med samhällsekonomiskt felaktiga beslut minskar om kostnader och intäkter så långt möjligt faller på samma aktör. Den överflyttning av läkemedelskostnader från staten till landstingen, som ägde rum för en del år sedan, är en åtgärd i denna riktning.

20. Se även diskussionen i Borg (2009), avsnitt 4.3.

Tabell 4.1 Totala hälsoutgifter som andel av BNP.*

	1970	1980	1990	1995	2000	2005
OECD genomsnitt	–	6,6	6,9	7,6	7,8	8,9
Australien	4,6	6,3	6,9	7,4	8,3	8,7
Österrike	5,1	7,4	8,3	9,5	9,9	10,4
Belgien	4,0	6,3	7,2	8,2	8,6	10,3
Kanada	7,0	7,0	8,9	9,0	8,8	9,9
Danmark	8,0	8,9	8,3	8,1	8,3	9,5
Finland	5,6	6,3	7,7	7,9	7,2	8,5
Frankrike	5,4	7,0	8,4	10,4	10,1	11,1
Tyskland**	6,2	8,4	8,3	10,1	10,3	10,7
Grekland	6,1	5,9	6,6	8,6	7,9	9,4
Island	4,7	6,3	7,8	8,2	9,5	9,4
Irland	5,1	8,3	6,1	6,7	6,3	7,3
Italien	–	–	7,7	7,3	8,1	8,9
Japan	4,5	6,5	6,0	6,9	7,7	8,2
Holland	6,9	7,4	8,0	8,3	8,0	9,8
Nya Zeeland	5,1	5,9	6,9	7,2	7,7	9,1
Norge	4,4	7,0	7,6	7,9	8,4	9,1
Portugal	2,6	5,3	5,9	7,8	8,8	10,2
Spanien	3,6	5,3	6,5	7,4	7,2	8,3
Schweiz	5,5	7,3	8,2	9,6	10,2	11,2
Sverige	6,9	8,9	8,2	8,0	8,2	9,2
Storbritannien	4,5	5,6	5,9	6,8	7,0	8,2
USA	6,9	9,0	12,2	13,6	13,6	15,7

* Det förekommer ett antal brott i statistikserierna vilka minskar jämförbarheten över tiden. För svensk del gäller detta exempelvis 1985 då omsorgen om de psykiskt handikappade slutade räknas som hälso- och sjukvårdsutgifter (motsvarande 0,5 procent av BNP).

** Före 1990 avses Västtyskland

Källor: OECD (2005, 2009b).

lett till att ökningen i sjukvårdsutgifter stannat av. Vad talar för att just Sverige skulle lyckas?

Detta illustreras i tabell 4.1, som visar hälsoutgifternas andel av BNP för perioden 1970–2005 som genomsnitt för OECD-området och för 22 enskilda OECD-länder. Eftersom det ofta förekommer brott i tidsserierna bör tidsutvecklingen tolkas med viss försiktighet (i svensk statistik sker exempelvis flera brott 1985–1992). Förvisso har enskilda länder upplevt perioder när ökningen i sjukvårdskostnadernas andel av BNP avstannat eller till och med minskat. Icke desto mindre är den helt dominerande bilden att

sjukvårdskostnadernas andel av BNP på lång sikt stiger stadigt i OECD-länderna.

Man bör dessutom ha i åtanke att många länder på samma välståndsnivå som Sverige har högre sjukvårdsutgifter per capita – av 13 OECD-länder på likartad inkomstnivå hade åtta stycken högre sjukvårdsutgifter än Sverige 2005.²¹

Icke desto mindre bör man givetvis undersöka möjligheterna att effektivisera vården. Det finns ett antal skäl att tro att potentialen finns, även om det är långt mindre självklart att man kan realisera den.²² Ekonomisk teori talar för att offentliga verksamheter och privata icke-vinstdrivande dito lätt kan dra på sig för stora produktionskostnader. Andra studier visar att effektiviteten varierar en hel del mellan olika landsting i deras förmåga att förse medborgarna med sjukvård (Gerdtham m.fl. 1999, Gerdtham, Rehnberg, Tambour 1999, Janlöv 2008). Om besparingar ska göras finns det måhända skäl att särskilt fokusera på sjukhussektorn. Liksom i Holland och Turkiet steg just kostnaderna för sjukhusvård snabbt i Sverige 1995–2006, och sjukhusvård är betydligt dyrare i Sverige än i Finland (OECD 2009a).

För den amerikanska miljön visar en del studier att förekomsten av vinstdrivande sjukhus (konkurrensen från sådana) gör att kostnaderna för hjärtinfarktvård sjunker i de icke-vinstdrivande sjukhusen (Duggan 2002, Kessler och McClellan 2001). Storbritannien har prövat med kvasimarknader – konkurrens mellan självständiga men icke-vinstdrivande och offentligt ägda sjukhus. Det tycks som om konkurrensen i vissa fall leder till sänkta priser, men också att den kan leda till sänkt kvalitet, åtminstone i hjärtinfarktvården (Propper 1996, Propper m.fl. 2004). Det senare resultatet kan delvis bero på att man i Storbritannien valde att inte offentliggöra information om vårdkvaliteten på olika sjukhus (vilket vi ju knappast gör i Sverige heller).

21. Där »likartad« definieras som ± 10 procent i BNP per capita, se Lindgren och Lyttkens (2010).

22. Borg (2009, avsnitt 4.5) argumenterar för ett brett effektivitetsprogram inom välfärdspolitiken, men noterar också stora skillnader mellan vad som är teoretiskt möjligt och vad som är praktiskt möjligt att uppnå.

Trots att resultaten inte är entydigt positiva borde man rimligen utnyttja det decentraliserade svenska sjukvårdssystemet till lite experimentell verksamhet (riktiga utvärderingar kräver dock viss koordination, så att vissa inför nya organisationer medan andra behåller det gamla). Samtidigt får man vara beredd på att det kan gå åt pipsvängen – att reformera utan att råka ut för oväntade effekter är svårt (kom ihåg Murphys lag).

Att utnyttja konkurrens som ett instrument eller en mekanism är också tämligen meningslöst om man inte är beredd att »straffa« dem som inte klarar sig i konkurrensen. Detta har visat sig svårt genom att existensen av ett eget sjukhus tillmätts stort värde i de lokala politiska sammanhangen – en sorts omvänd NIMBY-princip.²³ Kanske skulle vi börja tala om RIMS – Rör Inte Mitt Sjukhus.

Goda exempel, såsom sjukhus som uppvisar låga kostnader och god kvalitet, skulle mer systematiskt än hittills kunna utnyttjas till att pressa kostnaderna i den offentliga vården. När privata producenter kan uppvisa högre effektivitet kan de utnyttjas som måttstock. Det förutsätter givetvis att man registrerar prestationerna på ett rimligt och adekvat sätt (se kapitel 7 för en diskussion om att mäta resultat i vården).

Det blir intressant att följa effekterna av de pågående reformerna inom öppenvården, där patienten själv ska få välja vårdgivare, det ska bli fritt tillträde till marknaden och konkurrens om patienterna. Kommer det att pressa kostnaderna eller – som de amerikanska sjukhuserfarenheterna från 1970- och 1980-talet – att leda till kvalitetskonkurrens med tjugigare väntrum, generösare öppettider, etc. (Robinson och Luft 1987, Pope 1989)?

Dock ska man nog vara måttligt optimistisk när det gäller möjligheten att med sådana lösningar helt lösa sjukvårdens framtida finansieringsproblem. En annan väg att gå är att finna nya finansieringskällor, och det är den vägen jag tror att Sverige (också) måste gå. Jag skulle personligen tro att betalningsviljan för

23. NIMBY = Not In My Back Yard. Ett uttryck för att man gärna ser att det finns anläggningar som sopstationer, kärnkraftverk m.m., bara de inte ligger just där jag bor.

sjukvård är stor i befolkningen²⁴ och att det som problemet gäller är att lösgöra denna betalningsvilja. På kort sikt sitter vi som individer naturligtvis fast i invanda konsumtionsmönster (Lindblad och Lyttkens 2002) och behöver tid att anpassa oss, om sjukvård plötsligt skulle börja kosta mycket mer än tidigare.

Vilka är då möjligheterna att överföra ytterligare resurser till sjukvården? Utrymmet för konventionella skattehöjningar är starkt begränsat med tanke på de stora marginaleffekterna i det svenska skattesystemet (Hansson 2010).

Frågan är hur vi själva som medborgare vill betala vården, direkt ur egen plånbok som patientavgifter, som försäkringspremier, eller som skattebetalningar. Det finns framför allt inte någon annan som kan betala vården åt oss. Och om skattehöjningar är alltför samhällsekonomiskt destruktiva måste resurstillskott till sjukvården finansieras på annat sätt.

Det förtjänar att poängteras att med offentlig finansiering av vården krävs oundvikligen offentliga beslut om prioriteringar inom sjukvårdsbudgeten.²⁵ Det är då angeläget att principerna för prioriteringar diskuteras öppet (kapitel 3 ovan). Även etablerade vårdformer kan komma att börja ifrågasättas då vinsten i form av förbättrad hälsa kommer med ett högt pris. Ett sådant exempel är högdosprofylax för blödarsjuka (Persson 2010), där solidariteten sätts på prov.

Bör vissa typer av vård finansieras privat?

En möjlighet är att sluta skattefinansiera vissa specifika typer av vård. Det som vanligen diskuteras är plastikkirurgi, provrörsbefruktning o.dyl., men jag tänkte här snarare på vissa typer av rutinsjukvård.

24. Detta stöds av enkätundersökningar (Borg 2009, s. 44–45).

25. Alla sjukvårdssystem i höginkomstländer försöker begränsa patienternas sjukvårdskonsumtion, även om metoderna varierar. Även icke-beslut innebär en prioritering, så prioriteringar sker hela tiden inom vården – det nya idag är en ökad benägenhet att acceptera en öppen debatt om prioriteringarna.

Viss vård kan vara lämpligare än annan att överlåta till individen att själv betala ur egen ficka. Man kan peka på ett antal kriterier som bör vara uppfyllda för att det ska kunna vara (förhållandevis) lämpligt att lyfta bort viss typ av vård från den offentliga finansieringen (Tinghög, Carlsson och Lyttkens 2010). Det bör vara vård som är sådan att man kan räkna med att det dyker upp privata producenter som erbjuder vården i fråga ifall den inte tillhandahålls offentligt. Dvs. att det uppstår en privat marknad som erbjuder denna typ av vård. Detta är kanske det mest grundläggande kravet för att man ska kunna tänka sig att överlåta åt individen att själv ta ansvar för vissa typer av vård (det är ju inte lätt att ta ansvar för något som det inte går att få tag i). Uppenbarligen ligger det närmare till hands för primärvård än för t.ex. lungtransplantationer. Här finns också ett latent glesbygdsproblem – det är naturligen i tätbefolkade områden som man i första hand kommer att finna privata producenter.²⁶

Man kan också tycka att vården inte bör vara dyrare än att de allra flesta har råd med den, antingen direkt eller genom att köpa en privat sjukvårdsförsäkring som täcker vården i fråga. Vidare bör patienterna vara rimligt väl informerade om sjukvårdens egenskaper, förstå vad man köper och vilken nytta det kan göra. Slutligen bör vården inte vara förknippad med det ekonomer kallar positiva externaliteter. Dvs. om andra har nytta av att jag konsumerar sjukvård så konsumerar jag spontant för lite, eftersom jag inte tar hänsyn till att andra också har nytta av att jag är frisk. Ett klockrent exempel på detta är influensavaccinering. Andra löper mindre risk att bli sjuka om jag vaccinerar mig. De har alltså nytta av att jag konsumerar sjukvård. Sjukvård med sådana egenskaper bör subventioneras.

26. Även vid utvärderingar av vad som ska prioriteras i offentlig vård bör man ta hänsyn till vilka vårdtyper som skulle tillhandahållas privat om de sorteras bort från det offentliga åtagandet (Hoel, 2007).

Eller bör vi bära en större andel av vårdkostnaderna privat?

En annan möjlighet är att överföra en del av det totala finansieringsansvaret direkt till individen. Ett möjligen ganska rättframt sätt att överföra en del av finansieringsansvaret på den enskilde vore att höja taket i högkostnadsskyddet. Professor Lars Söderström framförde redan för snart tjugo år sedan i en SNS-rapport tanken att man skulle kunna höja taket till några procent av årsinkomsten.²⁷ Det skulle underlätta finansieringen på två sätt. Dels genom att förstärka sjukvårdsbudgeten, dels genom att minska sjukvårdskonsumtionen (Manning m.fl. 1987). Den senare effekten blir starkt beroende av huruvida man tillåter en marknad för försäkringar för dessa ökade patientavgifter. Man kan förvänta sig att en sådan marknad uppstår – marknadskrafterna är vanligen utmärkta på att identifiera behov och erbjuda lösningar på dessa behov. Man bör i ett sådant fall även överväga separata lösningar för vissa grupper av kroniskt sjuka, som annars skulle få stora utgifter varje år, och som skulle ha svårt att teckna försäkring.

En fördel med detta jämfört med föregående alternativ (att lägga över vissa typer av sjukvård på privat finansiering) är att det blir mindre incitament till strategiskt beteende. Med den första lösningen vore det ju lönsamt att få klassificerat den sjukvård man behöver som just någon av de typer som är offentligt finansierade. För att förtydliga kan man här peka på parallellen till det så kallade ROT-avdraget. Där bygger ju avdragsmöjligheterna på hur stora arbetskostnaderna är, och det betyder att det i de svenska stugorna säkert arbetas mycket med att få till exempel målarfärg klassificerat som arbete.

En höjning av taket i högkostnadsskyddet för sjukvård (exkl. läkemedel) skulle för en person som tjänar 15 000 kronor i månaden hamna på 3 600 kronor per år vid ett tak på 2 procent av årsinkoms-

27. Söderström (1991). En fördel med att låta taket vara en del av årsinkomsten, och alltså inte samma för alla, är att den ökade självfinansieringen inte drabbar låginkomsttagare lika hårt. En nackdel med inkomstrelaterat tak är att det något ökar den totala marginalskatteeffekten (dock bara i förhållande till de förväntade utgifterna).

ten. Detta skulle alltså vara den maximala årliga utgiften för sjukvård, jämfört med dagens 900 kronor (en fyrdubbling). För den som tjänar 30 000 i månaden blir taket 7 200 (en åttadubbling), och för den som tjänar 50 000 blir taket 12 000. Man kan – och kanske bör – också tänka sig ännu högre tak, såsom 5 procent av årsinkomsten.

En övergång till ett sådant system skulle naturligtvis underlättas om det uppstår en försäkringsmarknad för dessa utgifter. Allt annat skulle förvåna. Det är med andra ord högst osannolikt att den enskilde skulle behöva hantera så stora utgiftssvängningar, såvida man inte frivilligt väljer att avstå från att försäkra sig. Eftersom det är sannolikt att medborgarna tecknar sådana försäkringar kommer sjukvårdskonsumtionen inte att minska så mycket som annars vore fallet.²⁸

Om man vill att den höjda patientavgiften ska ha stora effekter på vårdkonsumtionen måste man förbjuda dessa försäkringar. Detta ska måhända inte uteslutas som en möjlighet. Samtidigt som sjukvården producerar mycket hälsa och ofta till låg kostnad finns också exempel som visar att de marginella kostnaderna för små hälsoförbättringar kan vara mycket stora. Mammografiscreening för bröstcancer och screening för kolorektal cancer framhålls som kostnadseffektiva sätt att förbättra befolkningens hälsa. Enligt Cutler (2008) ligger kostnaden kring 37 000 dollar per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår²⁹ (bröstcancer) respektive 10 000–25 000 dollar per vunnet levnadsår (kolorektal cancer). Samtidigt kan det förekomma behandling av metastaserande cancerformer med begränsad nytta – för lungcancer steg behandlingskostnaden i USA med mer än 20 000 dollar per patient 1990–2004 utan att överlevnaden förbättrades (Cutler 2008). Att minska sjukvårds-

28. I RAND-experimentet var skillnaderna i sjukvårdsutgifter nära 50 procent beroende på egenavgiftens storlek. Man bör dock observera att 1) den största kostnadsminskningen inträdde när man gick från gratis vård till att över huvudtaget betala något vid vårdtillfället, och det senare gör man ju redan i Sverige; 2) kroniskt sjuka inte ingick; 3) att experimentet var så konstruerat att till exempel läkare inte hade någon anledning att agera taktiskt som t.ex. att öka patienternas efterfrågan på sjukvård.

29. Som framgått i tidigare kapitel omvandlas levnadsår till kvalitetsjusterade levnadsår genom att varje år multipliceras med ett index som anger livskvaliteten under året, där indexet ligger mellan noll (död) och 1 (fullt frisk).

konsumtionen kan alltså vara en god idé inom vissa områden och behöver inte ha några nämnvärda effekter på hälsan. Det var vad man – med vissa reservationer – fann i det nämnda RAND-experimentet.³⁰ Problemet är att det inte är självklart att det är »rätt« del av vårdkonsumtionen som försvinner.

Även med en försäkringsmarknad innebär emellertid patientavgifter på 10 000 kronor per år en potentiellt ganska betydande påfrestning på hushållsekonomin. Pålagor i denna storleksordning för oundvikligen tankarna till omställningskostnader och anpassningsperioder. Vikten av att ge människor en rimlig möjlighet att anpassa sig till nya förhållanden kan inte nog understrykas, i synnerhet som det är något som ofta förbises. I nationalekonomiska analyser finns en rätt stark tendens att bortse från omställningskostnader. Detsamma skulle jag vilja hävda verkar gälla i beslutsfattande i offentlig verksamhet generellt.³¹ Detta är olyckligt och kan lätt leda till felaktiga beslut.

En naturlig jämförelse är det nya pensionssystemet som ju har inbyggda övergångsregler som sträcker sig över flera decennier. Denna konstruktion torde ha varit avgörande för att skapa en politisk majoritet kring den så nödvändiga reformeringen av pensionerna (Kruse 2010). Måhända skulle man lära av pensionsreformen och låta taket i högkostnadsskyddet stiga med 1 eller 1/2 procent av inkomsten per år, tills den når den önskade nivån?

Det vore inte orättvist med ökad privat finansiering

Är det etiskt försvarbart att öka de direkta kostnaderna för patienterna på detta sätt? Svaret kan vara jakande, även om det innebär att inkomster kommer att spela större roll för vårdkonsumtionen än idag. Det viktigaste argumentet i sammanhanget är att hur man

30. Manning m.fl. (1987). Detta resultat har dock diskuterats intensivt, och tolkningen har ifrågasatts.

31. Varför kommer man osökt att tänka på de stora sjukhussammanslagningarna i Stockholm, Göteborg och nu Lund/Malmö?

än gör så kommer inkomsterna att spela en större roll i framtiden. Om inget görs åt finansieringssituationen så kommer vi alltmer att förlita oss på den privata försäkringsmarknaden. Även det innebär skillnader i tillgång till vård. Man ska inte heller ha alltför överdriven tro på att alla faktiskt har haft lika tillgång till vård i Sverige med det tidigare offentliga systemet. Det skulle förvåna om inte välutbildade och höginkomsttagare haft relativt lättare att ta sig fram i nuvarande kösystem. En norsk studie fann att t.ex. socioekonomisk status hade en signifikant effekt på kötiden för patienter med ryggsmärtor (Iversen och Nord 1992) och en nyligen publicerad studie fann att individer med högre utbildning hade kortare väntetider för icke-akut kirurgi i Sverige (Siciliani och Verzulli 2009).

I min värld skulle både att låta individer bekosta vissa typer av sjukvård direkt ur egen ficka och att höja taket i högkostnadsskyddet kunna få godkänt från rättvisesynpunkt (Lyttkens 2009), och jag misstänker starkt att båda vägarna kommer att behövas i framtiden.

Filosofen John Rawls (1971) och hans rättviseteori är en attraktiv utgångspunkt för rättvisediskussioner. Hans kungstanke när det gäller rättvisa är att man ska tänka sig att man inte vet vem man är i samhället – tänk dig alltså att du inte vet om du är frisk eller sjuk, rik eller fattig, har medfödda funktionshinder, är föräldralös, är Ingvar Kamprad osv. Om man kan tänka sig en person som på detta sätt inte vet vem hon är i samhället, kan man sedan ställa sig frågan: Om jag inte vet vem jag är, hur vill jag då att samhället ska vara konstruerat? Detta ger ett opartiskt omdöme.³² Svaret definierar ett rättvist samhälle.³³ Min personliga slutsats är att om jag inte vet vem jag är i samhället så skulle jag kunna tycka att det är ett bra samhälle där jag visserligen får bära en större del av sjukvårdsut-

32. Denna opartiskhet kan man tycka är väl förenlig med människovärdesprincipen, som lyfts fram av Prioriteringsutredningen. Huruvida det Rawlska tankesättet också leder vidare till Prioriteringsutredningens andra slutsatser är en annan fråga.

33. Rawls drog slutsatsen att detta tankesätt borde leda till att man i ett rättvist samhälle strävar efter att förbättra situationen för den sämst ställda. Detta är, som många påpekat, inte någon självklar slutsats.

gifterna direkt, men gör det för att kunna bevara den offentliga finansieringen av bästa möjliga vård vid allvarliga hälsoproblem, som hjärtinfarkt eller vård av för tidigt födda barn. Samtidigt skulle man nog i ett Rawlskt perspektiv kräva möjlighet att anpassa sig till nya förhållanden, så att större ändringar införs en bit i taget.

En annan möjlighet för att finansiera en allt dyrare sjukvård är att leta bland de andra offentliga utgifterna i statens, landstingens eller kommunernas budgetar. Man kan ju omfördela inom de offentliga budgetarna. Även det kräver emellertid anpassningsperioder, att individerna ges en rimlig chans att anpassa sig till nya förutsättningar och omplanera sina liv. En sådan offentlig omprioritering innebär även den i förlängningen krav på medborgarna att ändra i sin privatekonomi i takt med att olika offentliga utgifter skärs ned.

Jämförelsen med pensionsreformen och dess långa övergångsperiod leder tankarna till möjligheter (och svårigheter) för medborgarna att omfördela sin konsumtion. Det är t.ex. inte orimligt att betrakta konsumtionen av boendeyta i Sverige delvis som ett arv från hyresreglering, räntesubventioner o. dyl., och inlåsnings effekter i skattesystemet.³⁴ Samtidigt kan man konstatera att antalet rum per capita ökat med 100 procent på 50 år, från ett rum per person till två rum per person.³⁵ Bostadsytan per person var i Sverige 44 kvadratmeter 2003, vilket gav en andra plats i EU.³⁶ Bostadskostnaderna är visserligen »sunk costs« i meningen att husen står där. Samtidigt ska man inte underskatta anpassningsmöjligheterna. Det byggs trots allt nya bostäder, landets befolkning ökar, man kan dela upp lägenheter till mindre enheter osv. Om man på lång sikt kunde överföra en del av dessa resurser till sjukvårdsområdet skulle det kunna innebära ett betydande resurstillskott.

34. Borg (2009, s. 100) om bostadspolitik fram till 1992: »Hundratals miljarder hade spenderats på en politik som skilda regeringar och utredningar bedömde som felaktig.«

35. Uppgiften avser Stockholm, där antalet rum ökade från 1,02 per capita 1950 till 1,89 2005 (Persson 2007, 283). Rimligen kan man anta att bostadsytan per person är större i andra delar av landet, eftersom bostadskostnaderna är lägre (och de höga kostnaderna i Stockholm sannolikt inte fullt ut kompenseras av ett högre löneläge).

36. Housing statistics in the European Union 2004. Statistiken täcker 18 av 25 medlemsländer, bara Danmark låg högre.

Det handlar generellt sett både om att underlätta för konsumenterna att ställa om sin konsumtion och att finna sätt att få in resurserna till sjukvården. Utöver inkomstrelaterade sjukvårdsavgifter finns möjligheter som fastighetsskatt och per capita-skatt. Dessa har små snedvridande effekter, men kan (åtminstone per capita-skatten) utgöra en relativt större börda för låginkomsttagare. Samtidigt är frågan i dagens sjukvård faktiskt vilken typ av ojämlikhet vi som medborgare föredrar. Situationen idag är inte jämlik och jag kan inte se någon möjlig utveckling som inte innebär ojämlikhet i någon form.

Scenario 1: Man lunkar på

Vad kommer att hända? Talar någonting för att Sverige lyckas begränsa kostnadsutvecklingen när inget annat land lyckas? Det kanske inte ens är önskvärt, om vi svenskar vill få del av de medicinska framstegen. Men hur ska man då lösa finansieringsfrågan?

Den kanske mest sannolika utvecklingen är att vi får vänja oss vid att vårdköerna är långa. Incitamenten är inte starka för politiker och tjänstemän att vidta långsiktigt syftande åtgärder som är kortsiktigt »impopulära« (Anell 2004, s. 36–37). Det gäller åtgärder som att införa hårdare prioriteringsregler, höjda avgifter etc. Oavsett vad man tror om politikers motivation är det svårt att komma ifrån att framgång i allmänna val är en viktig faktor. Även om man är politiker av rent ideologiska skäl är maktinnehav en nödvändig förutsättning för att man ska nå det man önskar. Och valperioder är som bekant bara fyra år.³⁷

Reformer kanske genomförs, men utan att lösa de grundläggande finansieringsproblemen. Man lunkar på och fortsätter att förrita sig på landstingsskatten, som dock blir alltmer otillräcklig som finansieringskälla. Allt fler skaffar sig privata sjukvårdsförsäk-

37. Den som följt sjukvårdsdebatten och reformförsöken i Sverige under några decennier kan ibland lätt få den lite cyniska tanken att en del reformer kanske diskuteras därför att det måste se ut som om man »gör något« åt problemen (Anell 2004, s. 37).

ringar för att kompensera den dåliga tillgängligheten och allt fler söker sig utomlands för vård och försöker presentera notan för hemmalandstinget. Resebyråbranschen börjar organisera sjukvårdsresor till Danmark och Tyskland (kan slås ihop med annan shopping). En sådan kombination av offentlig och privat finansiering är fullt möjlig och skulle likna situationen i flera andra länder.

Scenario 2: Tiden är inne för drastiska förändringar

Det finns också ett annat scenario. Enligt många bedömare borde välfärdsstaten ha gått i kvav för länge sedan. Å ena sidan kan man peka på stigande utgiftskrav på olika områden, inte minst till följd av en åldrande befolkning. Å andra sidan leder globalisering och integration till krav på skattesänkningar (skattekonkurrens mellan länder). Problemen med höga marginalskatter har också blivit alltmer uppenbara. Välfärdsstaten lever emellertid kvar med i stort sett oförändrad utgiftsnivå och skattetryck, inte minst i de nordiska länderna med sina skattefinansierade system.

Bergh & Erlingsson (2008) visar emellertid att den svenska välfärdsstaten vid ett närmare studium visar sig ha genomgått en metamorfos. På 1980-talet var den svenska ekonomin hårt reglerad på många områden, det fanns många statliga monopol, och ett övergripande mått på »ekonomisk frihet« placerade Sverige långt under länder som Frankrike, Holland, Italien, och USA (1970 också långt under de andra nordiska länderna). År 2003 hade Sverige i stället intagit en tätposition i ekonomisk frihet.

Detta sammanhänger med en rad reformer som har avreglerat ett stort antal marknader: kapitalmarknaden (troligen den långsiktigt viktigaste reformen), elmarknaden, telemarknaden, flyg-, tåg- och taximarknaderna m.m. Det kan idag ibland vara svårt att minnas den grad av reglering som rådde i den svenska ekonomin. Filip och Fredrik påminner i sin bok om de 100 roligaste ögonblicken i Sveriges historia (2004) om hur en glad Ulf Adelsohn 1982, just hemkommen från Hongkong, stolt visade upp en trådlös telefon

han köpt där, bara för att omedelbart bli polisanmäld av Televerket, som hade monopol på att sälja telefoner.

Dessa reformer har inneburit att statliga monopol har avskaffats (nu senast apoteksmonopolet) och att utrymmet för individuella val har ökat, skattereformerna inte att förglömma. Den mest remarkabla reformen är på många sätt den av pensionssystemet, som visade att det mot alla odds var möjligt att skapa vad som i princip är ett långsiktigt hållbart system (Kruse 2009). Detta var som antytts ovan möjligt genom att de långa övergångsreglerna såg till att det inte blev en enskild generation som fick betala dubbelt.³⁸

Det som är särskilt slående är att dessa reformer har genomförts med hög grad av politisk enighet över de traditionella blockgränserna, en enighet som ibland varit explicit och ibland gällt i praktiken men inte i retoriken.³⁹ Bergh och Erlingsson (2008) argumenterar för att det svenska utredningsväsendet haft en avgörande betydelse för denna enighet. Besluten har byggts på samhällsvetenskaplig forskning och nära kontakter mellan forskarvärlden och den politiska sfären. Dessa har ofta samlats i de offentliga utredningarna. Dessa två faktorer har vidare inneburit att välfärdsstaten har byggts på erfarenheter från olika delar av det politiska spektrat, och inte bara har varit ett socialdemokratiskt projekt. Man kan tillägga att dessa faktorer har gjort att reformerna har varit politiskt stabila vilket i sin tur har underlättat planeringen för alla aktörer, företag såväl som individer. Inom utredningarna har man kunnat föra diskussioner utanför den offentliga sfären mellan partier och mellan politiker och forskare, vilket har underlättat att finna samförstånd och samsyn kring problem och möjliga lösningar.

Ett samhälls institutioner – spelreglerna för individer och organisationer – är avgörande för dess funktionssätt (North 1981,

38. En viss oro är befogad i och med att det nya systemet visade sig inte vara helt politiskt stabilt. Så snart den så kallade bromsen trädde in 2009, vilket skulle ha gett kortsiktigt lägre pensioner för de redan pensionerade, ledde detta till att man började justera systemet (Kruse 2009).

39. Exempelvis valde den socialdemokratiska regeringen, som tillträdde efter valet 1994, att inte backa tillbaka ett antal av de reformer som hade genomförts 1991–1994. Dessa reformer hade för övrigt i flera fall sitt ursprung i den tidigare socialdemokratiska regeringen (Bergh och Erlingsson 2008).

1990). Man betonar ofta med rätta betydelsen av stabila spelregler, men forskare som Rodrik (1999, 2000) har också pekat på betydelsen av flexibilitet – att ett samhälle förmår reformera sina institutioner när de inte längre är ändamålsenliga (eller rentutav skadliga). Utredningsväsendet har bidragit till att ge det svenska samhället institutionell flexibilitet.

Delar av ovanstående beskrivning av den svenska välfärdsstaten påminner om Josiah Obers (2008) analys av demokratin i antikens Athen. De politiska besluten togs där i folkförsamlingen, där alla (manliga) medborgare hade rösträtt. Statsmaskineriet sköttes av 1 200 tjänstemän, varav de långt flesta utsågs genom lottning för ett år. Även domstolarna bemannades genom lottning. Lotteri ansågs vara det demokratiska sättet att utse personer eftersom de gav alla samma möjlighet att bli utsedda.⁴⁰ Tjänstemän fick betalt, så även mindre bemedlade kunde delta. En medborgare fick bara inneha ett visst ämbete en gång under sin livstid samt sitta två gånger i rådet, där ärenden förbereddes inför folkförsamlingen. Följden blev att var tredje medborgare hade suttit i rådet vid något tillfälle (Hansen 1991). Ober hävdar att detta breda deltagande i det politiska livet var avgörande för Athens ledande position i t.ex. materiellt välstånd, myntutgivning och litteratur. Den atheniska modellen innebar att man samlade kunskaper och erfarenheter från alla delar av samhället. Systemet blev förutsägbart för medborgarna samtidigt som det gav flexibilitet. Athenarna lyckades reformera sina institutioner i pressade situationer (Ober 2008; Lyttkens, under utgivning).

Det svenska utredningsväsendet och den atheniska demokratin representerar två system där information och synpunkter hämtas från breda delar av samhället och man skapat underlag för samsyn om sakläget i viktiga problem. Detta har gett flexibilitet och har möjliggjort reformer som har säkrat systemens fortlevnad.

Per Borg (2009) drar i sin ESO-rapport *Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga* slutsatser som ligger mycket

40. Det främsta undantaget från lotteriprincipen var tillsättandet av militära befälhavare (strateger), samt, på 300-talet, vissa finansiella tjänstemän.

nära mina. Vi delar helt uppfattningen att medborgarnas krav på välfärdspolitikern kommer att stiga snabbare än skatteintäkterna. Vi kommer också båda till slutsatserna att vi i framtiden behöver kombinera offentlig och privat finansiering, och att vägen dit är en statlig utredning, samt att det är av fundamental vikt att de politiska partierna har samma verklighetsuppfattning. Borg är mera optimistisk än jag när det gäller möjligheterna att effektivisera den offentliga tjänsteproduktionen. Han ser därtill en lösning i en höjning av pensionsåldern (vilket jag inte diskuterar) medan jag pekar på att även enskilda individer kan behöva hjälp att omallokera sin konsumtion, och att man inte ska underskatta behovet av tid för anpassning.

Slutsatser och förslag

Min förhoppning är alltså att Sverige behåller ett i grunden offentligt system, vilket kräver ökat inslag av privat finansiering. Med i huvudsak offentlig finansiering kan alla ha god tillgång till högkvalitativ vård. Samtidigt måste vi acceptera ett ökat inslag av privat finansiering. Men det bör ske planerat, förslagsvis genom en kombination av högre utgiftstak för sjukvård och genom att överlåta vissa vårdformer helt till privat finansiering. Den långsiktiga finansieringen blir oundvikligen ett statligt problem, även med en decentraliserad modell. På produktionssidan finns det fortfarande effektivitetsvinster att hämta, och ett ökat inslag av privata producenter är ett sätt att komma åt denna potential. Men om en lösning av det här slaget ska bli verklighet krävs nog en utredning av klassiskt svenskt snitt, som kan skapa samsyn när det gäller problemet och hur verkligheten ser ut, och därmed kan skapa förutsättningar för en långsiktigt stabil politisk överenskommelse.

REFERENSER

- Anell, A. (2004), *Strukturer. Resurser. Drivkrafter. Sjukvårdens förutsättningar*. Studentlitteratur.
- Bech, M. m.fl. (2009), »The influence of economic incentives and regulatory factors on the adoption of treatment technologies: a case study of technologies used to treat heart attacks«. *Health Economics*, 18, s. 1114–1132.
- Bergh, A. och G. Ó. Erlingsson (2008), »Liberalization without retrenchment: understanding the consensus on Swedish welfare state reforms«. *Scandinavian Political Studies*, 32, s. 71–93.
- Bolin, K., Höjgård, S. och B. Lindgren (2008), »Utilisation of inpatient care«. I A. Klevmarken och B. Lindgren (red.), *Simulating an Ageing Population. A Micro-simulation Approach Applied to Sweden..* Contributions to Economic Analysis 285. Bingley: Emerald, 325–342.
- Borg, P. (2009), *Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2009:1.
- Cutler, D. M. (2008), »Are we finally winning the war on cancer?« *Journal of Economic Perspectives*, 22, s. 3–26.
- Cutler, D. M. och R. S. Huckman (2003), »Technological development and medical productivity: the diffusion of angioplasty in New York state«. *Journal of Health Economics*, 22, s. 187–217.
- Dozet, A., Lyttkens, C. H. och P. Nystedt (2002), »Health Care for the Elderly – Two Cases of Technology Diffusion«. *Social Science & Medicine*, 54, s. 49–64.
- Drummond, M., Griffin, A. och R. Tarricone (2009), »Economic evaluation for devices and drugs – same or different?« *Value in Health* 12, s. 402–404.
- Duggan, M. (2002), »Hospital market structure and the behaviour of not-for-profit hospitals«. *RAND Journal of Economics* 33, s. 443–446.
- Escarce J. J. (1996), »Externalities in hospitals and physician adoption of new surgical technology: an exploratory analysis«. *Journal of Health Economics*, 15, s. 715–734.
- Fuchs, V. R. (1968), »The growing demand for medical care«. *The New England Journal of Medicine*, 279, s. 190–195.

- Fuchs, V. R. (1996), »Economics, values and health care reforms«, *American Economic Review*, 86, s. 1–24.
- Fuchs, V. R. (1999), »Health care for the elderly: How much? Who will pay for it?«, *Health Affairs*, 18, s. 11–21.
- Gerdtham, U.-G. (1997), »Equity in health care utilization: further tests based on hurdle models and Swedish micro data«, *Health Economics*, 6, s. 303–319.
- Gerdtham, U. G., Lundin, D. och M. Sáez-Martí (2005), »The ageing of society, health services provision and taxes«, *Journal of Population Economics*, 18, s. 519–537.
- Gerdtham, U. G., Löthgren, M., Tambour, M. och C. Rehnberg (1999), »Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis«, *Health Economics*, 8, s. 151–164.
- Gerdtham, U. G., Rehnberg, C. och M. Tambour (1999), »The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden«, *Applied Economics*, 31, s. 935–945.
- Gravelle, H. m.fl. (2003), »Modelling supply and demand influences on the use of health care: implications for deriving a needs-based capitalization formula«, *Health Economics*, 12, s. 985–1004.
- Grol, R. och J. Grimshaw (2003), »From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care«, *Lancet* 362, s. 1225–1230.
- Hammar, F. och F. Wikingsson (2004), *100 höjdare: Sveriges roligaste ögonblick genom tiderna*. Bonnier Pocket 2008.
- Hansen, M. H. (1991), *The Athenian Democracy in the Age of Demosthenes*. Oxford: Basil Blackwell.
- Hansson, Å. (2010), »In this world nothing is certain but death and taxes: financing the elderly«. I Bengtsson, T. (red.), *Population ageing – a threat to the welfare state?* Springer.
- Hoel, M. (2007), »What should (public) health insurance cover?«, *Journal of Health Economics*, 26, s. 251–262.
- Housing statistics in the European Union 2004 (2005). National Board of Housing, Building and Planning, Sweden, and Ministry for Regional Development of the Czech Republic. Karlskrona: Boverket.
- Iversen, T. och E. Nord (2002), »Priorities among waiting list patients«. I Zweifel, P. och H. E. Frech 111 (red.), *Health Economics Worldwide*. Dordrecht: Kluwer, s. 203–216.

- Janlöv, N. (2008), »Studies on efficiency in the Swedish health care sector«. Licentiate thesis, Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet.
- Kessler, D. och M. McClellan (2001), »The effects of hospital ownership on medical productivity«. *RAND Journal of Economics*, 33, s. 488–506.
- Kruse, A. (2010), »A stable pension system – the eighth wonder«. I Bengtsson, T. (red.), *Population ageing – a threat to the welfare state?* Springer.
- Kruse, A. (2009), »Rör inte min pension! Om värdet av stabila spelregler även i nedgång«, *Ekonomisk Debatt* 37(7).
- Lindbladh, E. och C. H. Lyttkens (2002), »Habit versus choice: the process of decision-making in health-related behavior«. *Social Science & Medicine*, 55, s. 451–65.
- Lindgren, B. och C. H. Lyttkens (2010), »Financing health care – a Gordian know waiting to be cut«. I Bengtsson, T. (red.), *Population ageing – a threat to the welfare state?* Springer.
- Lyttkens, C. H. (1999), »Imperatives in Health Care. Implications for Social Welfare and Medical Technology«. *Nordic Journal of Political Economy*, 25, s. 95–114.
- Lyttkens, C. H. (under utgivning), »Institutions, taxation and market relationships in ancient Athens«, *Journal of Institutional Economics*.
- Lyttkens, C. H. (2010), »Eget ansvar i vården – ekonomens perspektiv«, i *Eget ansvar i vården: Ett symposium om medicinsk etik*. Medicinska fakulteten, Lunds universitet.
- Manning, W. G. m.fl. (1987), »Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment«. *American Economic Review*, 77, s. 251–77.
- McPherson, K. m.fl. (1982), »Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway«. *The New England Journal of Medicine*, 307, s. 1310–1314.
- Newhouse, J. P. (1992), »Medical care costs: how much welfare loss?«. *Journal of Economic Perspectives*, 6, s. 3–21.
- North, D. C. (1981), *Structure and Change in Economic History*. New York: W.W. Norton & Company.
- North, D. C. (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. New York: Cambridge University Press.

- Nystedt, P. och C. H. Lyttkens (2003), »Age diffusion never stops? Carotid endarterectomy among the elderly«. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2, s. 3–7.
- Ober, J. (2008), *Democracy and knowledge*, Princeton: Princeton University Press.
- OECD 2005. Health at a glance. OECD indicators 2005. www.oecd.org. Åtkomst 2010-02-19.
- OECD 2009a. Achieving better value for money in health care.
- OECD 2009b. Health at a glance. OECD indicators 2009. www.oecd.org. Åtkomst 2010-02-19.
- Oeppen, J. och J. W. Vaupel (2002), »Broken limits to life expectancy«. *Science* 296, s. 1029–1031.
- Payne, G. m.fl. (2007), »Counting backwards to health care's future«. *The Milbank Quarterly* 85, s. 213–257.
- Persson, M. (2007), »Bostadspolitik«. I Hultkrantz, L. och H. Tson Söderström (red.), *Marknad och politik*, SNS Förlag, s. 276–303.
- Persson, S. (2010), »Behandlingsstrategier för svår hemofili – en kostnadsnyttoanalys«. Magisteruppsats, Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet.
- Pope, G. C. (1989), »Hospital nonprice competition and Medicare reimbursement policy«. *Journal of Health Economics*, 8, s. 147–172.
- Propper, C., Burgess, S. och K. Green (2004), »Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market«. *Journal of Public Economics*, 88, s. 1247–1272.
- Propper, C. (1996), »Market structure and prices: the response of hospitals in the UK National Health Service to competition«. *Journal of Public Economics*, 61, s. 307–335.
- Rawls, J. (1971), *A Theory of Justice*. Oxford University Press 1972.
- Riksrevisionen (2004), *Förändringar inom kommittéväsendet* (RiR 4002:2). Stockholm, Riksdagstryck.
- Robinson, J. och H. Luft (1987), »Competition and the cost of hospital care, 1972 to 1982«. *Journal of the American Medical Association*, 257, s. 3241–3245.
- Rodrik, D. (1999), »Where did all the growth go? External shocks, social conflict, and growth collapse«. *Journal of Economic Growth*, 4, s. 385–412.
- Rodrik, D. (2000), »Institutions for High-Quality Growth: What They Are and How to Acquire Them«. *NBER Working Paper* nr. 7540.

- Shang, B. och D. Goldman (2008), »Does age or life expectancy better predict health care expenditures?« *Health Economics*, 17, s. 487–501.
- Siciliani, L. och R. Verzulli (2009), »Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE«, *Health Economics*, 18, s. 1295–1306.
- Söderström, L. (1991), *Hur skall sjukvården betalas?* Stockholm: SNS Förlag.
- Tinghög, G., Carlsson, P. och C. H. Lyttkens (2010), »Individual responsibility for what? A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded healthcare system«, *Health Economics, Policy and Law*, 5, 201–223.
- Tu, J. V., Hannan, E. L., Anderson G. M. m.fl. (1998), »The fall and rise of carotid endarterectomy in the United States and Canada«, *The New England Journal of Medicine*, 339, s. 1441–1447.
- Weisbrod, B. A. (1991), »The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment«, *Journal of Economic Literature*, 29, s. 523–552.

Kapitel 5

Det blir inte alltid som planerat. Om nya styrmodeller och deras varierande resultat

GUDBJÖRG ERLINGSDÓTTIR

Studier visar att när nya styrmodeller införs i olika verksamheter blir resultatet inte alltid det planerade. Spridningsprocessen av en ny modell eller idé kan i de flesta fall snarare beskrivas som svårkontrollerbar där både modellerna och deras syfte blir omtolkade på vägen. I kapitlet används införandet av två idéer om styrning, kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården och ackreditering av laboratorier, för att illustrera två helt olika spridningsprocesser inom hälso- och sjukvården. Genom att studera hur idéerna tolkas i tid och rum under spridningsprocessen, skapas förståelse för och insikt i de faktorer som gör att vissa styrmodeller får avsedd effekt medan andra får helt andra effekter än de planerade eller inga alls.

Hösten 2009 återkom den politiska diskussionen om huruvida det är lämpligt att privata vårdbolag kan göra vinst på hälso- och sjukvård. I ett av SVT:s nyhetsprogram refererade en av de inbjudna politikerna till kvalitetssäkring som både ett problem och en potentiell lösning i sammanhanget. Kommentaren gick ut på att en del av problemet med att utvärdera privata alternativ inom hälso- och sjukvård var att det fortfarande saknas kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården som gör det möjligt att mäta och jämföra vårdkvalitet.

Jag har följt idén om kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården sedan 1994 när den började göra sig gällande (se Erlingsdóttir, 1999; Erlingsdóttir och Jonnergård, 2006). Det förefaller fortfarande vara en öppen fråga hur begreppet ska tolkas och implementeras i hälso- och sjukvården, efter som ingen särskild modell eller metod har rekommenderats av myndigheterna. Tvärt om, som

politikern konstaterade, saknas det fortfarande en gemensam modell för hur man t.ex. mäter kvalitet inom vården. Detta trots att det från 1997 har funnits en lag om obligatorisk kvalitetssäkring av all vårdande verksamhet. Kvalitetssäkring sågs i mitten av 1990-talet som lösning på flera olika problem inom hälso- och sjukvården och var en av många idéer som hämtades från det privata näringslivet under införandet av New Public Management (NPM).

Importen av problemlösande idéer pågår fortfarande. Samtidigt har några av de tidigare idéerna övergivits till förmån för nya, andra har omformulerats och återanvänts eller, som kvalitetssäkring, blivit tagna förgivet och på så sätt kommit att förändra hur styrning och/eller arbete utförs i hälso- och sjukvården. Det är dock inte alltid som förändringen blir den planerade. Studier visar att många idéer och deras syfte omtolkas och omformuleras i spridnings- och implementeringsprocessen så att det faktiska resultatet inte alltid stämmer överens med det planerade. Det kan därför vara på sin plats att summera några av de erfarenheter som finns från studier av de förändringar som ingick i NPM-vågen för att förstå hur förändring sker och varför spridning av styrmodeller sällan är en kontrollerbar process. Men också för att diskutera vilka faktorer som kan vara viktiga att tänka på när övergripande förändring initieras.

I kapitlet kommer jag att använda kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården samt ackreditering av laboratorier som huvudexempel för att illustrera hur nya styrmodeller formuleras, sprids och implementeras i hälso- och sjukvården och för att diskutera de olika resultat (och icke-resultat) som sådana förändringsprocesser kan leda till.

Varför denna väg av förändring?

De flesta verkar överens om att hälso- och sjukvården i Sverige har levt med en högre förändringstakt de senaste 20–30 åren än under tidigare perioder. Huruvida detta verkligen stämmer är dock svårt att fastslå. Den utveckling som ägde rum i samhället i allmänhet,

och offentlig sektor i synnerhet, under perioden 1960–1980 då mycket av den moderna hälso- och sjukvården byggdes upp måste också ha varit lavinartad. Ändå är det en återkommande synpunkt, både bland forskare och dem som arbetar i hälso- och sjukvården, att förändringstakten blivit allt högre från 1980-talet och framåt.

En möjlighet kan vara att det är olika slags förändringar som karakteriserar de två perioderna och att de därför upplevs på olika sätt. Den typ av styrmodeller som denna bok och detta kapitel handlar om är förändringar som oftast är initierade av andra än själva vårdorganisationerna. Initiativen till förändringarna under perioden 1960–1980 togs däremot kanske till större del inom vårdorganisationerna. Under denna period gjordes stora investeringar inom hälso- och sjukvården och verksamheten fick i princip växa som den ville vilket gav utrymme för interna initiativ att diversifiera och utvecklas. Detta betyder inte att staten inte styrde i form av uppdragsgivare och tillsynsmyndigheter, men styrningen tog sig snarare uttryck i ramlagar och förordningar än direkta styrmodeller för hur vården skulle organiseras och genomföras.

Från 1980 har det dels funnits ett allt större behov av att begränsa offentlig sektors tillväxt och kostnad, dels har delegering av ansvaret för vårdorganisationerna till landsting och kommuner gjort att staten fått ett ökat behov av kontroll av verksamheten via tredje part. Sammantaget har dessa förändringar lett till ett behov av en annan form av styrning och kontroll av hälso- och sjukvården. I denna omsvängning har en rad stora och betydelsefulla förändringar genomförts i hälso- och sjukvården. Skiftet från nationell till landstingsstyrd hälso- och sjukvård, och delvis till kommuner via ädelreformen, är ett par exempel på stora och omvälvande skiften.

Under övergången mellan de här två perioderna hände något med synen på svensk sjukvård. Den blev allt mer problematiserad och kritiserad, först politiskt och bland centrala organ, men senare även bland allmänheten. För att förstå hur pendeln kom att svänga från att hälso- och sjukvårdssektorn i Sverige sågs som en av världens främsta till att vara en hårt ifrågasatt och kritiserad verksamhet, gör jag en kort rekapitulering av en av de krafter som satte pendeln i svängning.

En sektor i kris

I slutet på 1970-talet fanns en diskussion bland OECD-länderna om hur deras respektive offentliga sektorer höll på att växa sig för stora och kostsamma (Sahlin-Andersson, 1998). Det fanns helt enkelt inte utrymme för de offentliga verksamheterna att växa längre genom ökade resurser och detta väckte frågor om hur produktiva de offentliga sektorerna egentligen var. I Sverige konkretiserades diskussionen, bland annat i att ESO (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) i mitten på 1980-talet tog fram en serie rapporter om produktiviteten i offentlig sektor. Rapporten *Produktions-, Kostnads- och Produktivitetsutveckling inom Offentligt bedriven Hälso- och sjukvård 1960–1980* (Di Fi 1985:3) gjorde gällande att produktiviteten i hälso- och sjukvården som sämst kan anses ha sjunkit i genomsnitt 3 procent under perioden mätt i femårsintervall (rapporten ger lite olika beräkningar).

Eftersom detta var första gången som det gjordes försök att beskriva offentlig sektor i termer av dess produktivitet fick författarna till rapporten ta fram nyckeltal så att den offentliga sjukvårdens produktivitet kunde beräknas för perioden och jämföras med privat sektor. Det ska tilläggas att det i rapporten står att det var hart när omöjligt att få fram siffror för att räkna produktiviteten eftersom det inte fanns någon tradition att redovisa verksamheter inom offentlig sektor i sådana termer. Hur som helst så gjorde rapportens författare vad de kunde för att lösa sitt uppdrag och resultatet var ett av många inlägg i den debatt som började om hälso- och sjukvårdens sjunkande produktivitet, bristande effektivitet och för höga kostnader. Rapporten väckte en hel del diskussioner, inte minst bland dem som arbetade ute i vårdorganisationerna. Bland annat ifrågasattes om den hade tagit hänsyn till den kvalitetsförbättring som skett inom vården under den redovisade perioden. Många hade svårt att ta rapporten på allvar men den kom som sagt ändå att fungera som ett av startskotten till en offentlig debatt där hälso- och sjukvårdens produktivitet ifrågasattes.

Allteftersom kom hälso- och sjukvårdens huvudproblem att definieras som bristande effektivitet och produktivitet samt för höga kostnader. Under senare delen av 1980-talet söktes därför åt-

gärder som kunde lösa dessa problem. Redan när produktivitetsberäkningarna var aktuella stod privat sektor som jämförelse och det blev dit offentlig sektor huvudsakligen vände sig för att hämta lösningar under en längre tid. Marknader, konkurrens, resultatbudget, delegering av beslut, målformulering, profilering, kvalitetssäkring och serviceorientering var några av de koncept som hälso- och sjukvården lät sig inspireras av.

Kontentan är att den hälso- och sjukvård som till stor del byggdes upp under perioden 1960–1980, och som under den perioden sågs som en av de bästa i världen, kom att granskas och ifrågasättas på ett helt annat sätt under de kommande decennierna. När hälso- och sjukvårdens produktivitet och effektivitet blev ifrågasatt och jämförd med den privata sektorns kom privat sektor att bli den goda förebilden. Därför sågs också de managementmodeller som användes där som lösningar till de offentliga organisationernas problem.

Det är självklart inte bara »utifrån« kommande idéer som driver på förändringarna inom hälso- och sjukvårdssektorn. Teknisk och medicinsk utveckling, andra politiska initiativ och en ny generation av yrkesmänniskor gör sitt till för att förändra hur arbetet organiseras och genomförs. Ytterligare en faktor är att allmänheten, dvs. den potentiella patienten, ofta är mer påläst och ställer andra krav än tidigare.

När förändring initieras av utifrån kommande styrmodeller leder detta dock till ett behov av uppföljning och frågor som; blev resultatet det önskade, om inte varför, och hur skulle man ha gjort istället? Dessa frågor ställs av såväl dem som formulerat lösningarna som dem som implementerat dem. I detta sammanhang kan detaljerade studier av förändringsprocesser vara till gagn för att förstå vad det är som gör att exempelvis idén om kvalitetssäkring har kunnat cirkulera under nästan 20 år i hälso- och sjukvården utan att hitta sin form.

Att studera förändringar inom offentlig sektor

Kvalitetssäkringsidén är ett bra exempel på hur komplex och mångfacetterad en spridningsprocess kan vara och hur en styrmodell som förts ut i hälso- och sjukvården kan ge upphov till olika resultat i olika organisationer, till och med olika resultat inom delar av samma organisation. Ofta är tanken bakom styrmodeller och reformer som lanseras på bred front att de, i något avseende, ska »styra« organisationer mot att göra samma sak på samma sätt. Det kan exempelvis vara i syfte att kunna jämföra organisationers processer och resultat eller helt enkelt för att skapa en homogen service i hela landet.

Därför kan varierande resultat eller brist på synbart resultat vara problematiska och göra att styrningen inte blir lika effektiv som den var tänkt. För dem som arbetar med att ta fram idéer och lösningar inom hälso- och sjukvården är det därför viktigt att inte bara kunna förstå och förklara homogena och »lyckade« resultat utan att även ha insikt i den svårförståeliga mångfald som en och samma idé eller lösning kan ge upphov till.

I Norden finns en lång tradition av att studera organisationsförändring. Enligt Barbara Czarniawska (2008) har denna tradition lett till att organisationsforskare i Skandinavien har utvecklat förklaringsmodeller som kan ge ökad förståelse inte bara för *vad* som sker vid förändring utan även *hur* det sker. Ur detta intresse har den så kallade skandinaviska institutionalismen vuxit fram. Den skandinaviska institutionalismen betonar det samspel som finns mellan den stabilitet som den institutionella ordningen skapar och den föränderlighet som medvetna handlingar för med sig. Resultatet av en förändring är svårstyrtd då det påverkas av såväl institutionella normer som medvetna handlingar och slumpmässiga händelser. Forskare inom den skandinaviska institutionalismen har bland annat riktat sitt intresse mot omorganiseringar inom offentlig förvaltning och beskriver dessa förändringar och resultaten av dem via detaljerade studier.

Inom den skandinaviska institutionalismen används bland annat översättningssociologi (se Latour 1986, Callon 1986) och dess studie- och analysmetod för att just ge en så detaljerad bild av för-

ändring som möjligt (Lindberg och Erlingsdóttir 2007). Översättningssociologin utgår ifrån att förändring skapas via en kedja av översättningar (omtolkningar). Vid varje omtolkningstillfälle kan det som sprids, exempelvis en idé eller en modell, omtolkas. Fokus ligger då på själva förändringsprocessen och inte bara på resultatet.

Genom att kombinera översättningssociologi och nyinstitutionell teori har Barbara Czarniawska och Bernard Joerges (1996) tagit fram en modell (idémodellen) för hur idéer sprids i tid och rum genom att omtolkas i olika skeden av en spridnings- och implementeringsprocess. För att en idé ska kunna spridas måste den först *lösas* från sitt ursprung. I denna fas är idéen kanske mest öppen för omtolkning. För att kunna föras ut eller spridas måste idéen *konkretiseras* eller *förpackas* i någon form som exempelvis en plan eller en modell. Denna fas ger möjlighet till att skapa egna modeller eller para ihop idéen med befintliga modeller som då kanske behöver modifieras. I den tredje fasen ska modellen *tas emot* och tolkas på plats där den ska användas. I denna fas kan de som tar emot modellen dels omtolka syftet med modellen, dels justera eller omtolka den så att den bättre passar deras syften och/eller kontexten. I sista fasen *omvandlas idéen/modellen till handling* i organisationen. I denna fas ska modellens beskrivning omtolkas till handling och de som använder den kan då omtolka den så att den passar deras egna syften. De kan till och med välja att strunta i den. Idémodellen förutsätter inte att de olika momenten sker i kronologisk ordning utan en idé kan cirkla fram och tillbaka och tolkas i flera parallella processer som kan gripa in i varandra.

Fördelen med idémodellen är att den gör det möjligt att samtidigt fånga och tolka det övergripande och generella, som exempelvis trender, värderingar och normer med det som sker lokalt när idéer införs i organisationer. Modellen ger också utrymme för att strukturera ett empiriskt material så att de olika översättningarna under en process blir synliga och tolkningsbara. Sammantaget gör detta att det är lättare att analysera hur översättningarna i de olika momenten skett och vad översättningarna har påverkats av.

Översättning används således för att ge insikt i och förståelse för hur en idé som sprids kan få olika form och betydelse i olika

sammanhang (Lindberg och Erlingsdóttir 2008). Enligt idémodellen finns det två viktiga faktorer som påverkar en idées förutsättningar att spridas. Det är för det första *tidsandan* eller de övergripande idéer som råder vid tillfället och för det andra vem/vilka det är som sprider idéerna eller är *idébärare*. Det kan därför vara på sin plats att fundera över vilken tidsanda som har rått under de senaste decennierna samt vilka som har lanserat och »burit runt« idéer inom hälso- och sjukvården.

Tidsandan

För organisationer är det viktigt att framstå som framgångsrika för att vara attraktiva på den marknad och/eller bransch de verkar inom. Framgångsrika organisationer kommer att ha lättare att attrahera resurser, som exempelvis duktiga medarbetare. Detta leder i sin tur till att det är viktigt att visa en vilja att ta till sig de idéer som anses vara »inne« för tillfället. Sedan slutet på 1980-talet har organisationsförändringar setts som ett tecken på att organisationer är framåt och kapabla. De flesta organisationer har varit mycket »modemedvetna« de senaste decennierna och olika organiseringsmoden har spridit sig allt snabbare, inte bara inom privat sektor utan också till och inom offentlig sektor. Offentliga organisationer ligger numer inte långt efter vad gäller att införa de senaste idéerna inom t.ex. management och styrning. En av förutsättningarna för den snabba förändringstakten och viljan att ta in idéer utifrån i hälso- och sjukvården är med andra ord att förändringar i sig blev ett sätt att legitimera sig som »modern« organisation.

NPM-vågen kan i det här ses som ett smörgåsbord av nya och moderna managementkoncept där just management i sig var en viktig term för att signalera »nytt« och »från näringslivet«. Offentlig sektor försökte att tvätta bort stämpeln av att vara »bakåtsträvande« och ineffektiv i jämförelse med privat näringsliv genom att implementera NPM:s koncept och modeller. I ett sådant läge blev alla organiseringsmoden inom privat näringsliv intressanta att ta över och managementmetoder och -modeller rörde sig allt snabbare, inte bara inom näringslivet utan även mellan de två sek-

torerna. Styrningsidéer rör sig dock inte bara inom Sverige, utan också mellan olika länder och världsdelar. Olika myndigheter och organ kan därför låta sig inspireras av det som sker i andra länders offentliga sektorer. NPM som har spridit sig i stort sett i hela västvärlden är ett tydligt exempel på att tidsandan, moden och trender ofta är tämligen internationella.

Tidsandan påverkar också hur idéer tolkas och vilka kopplingar de får. Ett exempel är när kvalitetssäkring i form av organisationsgranskning infördes på Universitetssjukhuset i Lund i början på 1990-talet. Organisationsgranskningen hämtades från hälso- och sjukvården i Storbritannien för att testas i Lund i ett samarbete mellan Spri (Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut) och sjukhuset. Trots detta var deras huvudargument för modellen att den liknade de modeller som användes i näringslivet. Dessutom hade »kvalitet« och »kvalitetssäkring« positiva konnotationer vilket idéer som tolkas in i trender ofta har. Detta gör att det kan vara svårt att ifrågasätta eller »värja sig« mot dessa idéer då de ses som positiva per definition.

En annan viktig idé, speciellt från 1990-talet och framåt, har varit unionstanken. EU har fört med sig en inriktning på gemensam marknad, rörliga tjänster, standardisering och ökade krav på kvalitetssäkring (som exempelvis ISO-standarderna), för att nämna något. I ljuset av detta har även sjukvård blivit, åtminstone i teorin, en möjlig del av Sveriges import och/eller export.

Idébärare

I varje samhällssektor finns det idébärare som aktivt letar, formulerar och sprider idéer. De kan vara myndigheter och organ men också politiker, forskare, konsulter, professionsmedlemmar eller andra opinionsbildare. De har en viktig roll att spela i spridningsprocesser eftersom de aktivt väljer vilka idéer som är rätt vid varje tidpunkt. Idéernas »timing« nere i verksamheten är viktig för att de ska stämma överens med de övergripande idéer som är aktuella och därmed anses som trovärdiga och tillräckligt moderna. De som formulerar och sprider idéerna behöver därför hålla sig själva

uppdaterade om vilka idéer som är de senaste inom deras område. Konferenser, kurser, tidskrifter och kontakter med kollegor både inom landet och utomlands kan ge både inspiration och uppslag.

Vilket syfte idébäraren har påverkar naturligtvis valet och formuleringen av idéer. Ibland är det samma organ eller myndighet som formulerar både problemet och lösningen. Detta är exempelvis vanligt inom politiskt styrd verksamhet som offentlig sektor. Vissa av idébärarna kan med andra ord skicka runt »ett helt paket« med både problemformulering och lösning (jämför Rose och Miller 1992). Dessa paket kan innehålla normer, förväntningar och generella politiska mål som kopplas till lösningen av dem som har formulerat problemen och lösningarna. De måste också innehålla en handlingsplan eller modell för hur dessa normer, förväntningar och generella mål ska omvandlas till handling. Idébärarna använder dock sällan lösningarna själva utan definierar problem och/eller lösningar åt andra verksamheter.

Idébärarna inom hälso- och sjukvården kan således ha olika roller och syften:

- Att sprida idéer och modeller.
- Att definiera eller upptäcka problemområden och utvecklingspotential.
- Att påverka verksamheter i önskad riktning via normer och mål.
- Att ta fram lösningar i form av konkreta modeller.

Det finns några självklara aktörer som har varit aktiva idébärare under de senaste decennierna i hälso- och sjukvården. Bland dem kan Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Spri, eso, Läkarförbundet, Vårdförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting nämnas. Men också en uppsjö av konsulter, forskare och professionsmedlemmar har brunnit för olika reformer. Konsulternas genombrott kan vara en av anledningarna till det ökade tempot av idéspridning inom både privat näringsliv och offentlig sektor. Konsultverksamheten slog igenom på bred front under 1980-talet och sammanfaller således med den allt snabbare spridningen av »nya« managementidéer.

Ett par exempel på spridningsprocesser

Det som jag har beskrivit hittills är bakgrunden och inramningen till de två förändringsprocesser i form av kvalitetssäkring jag nu ska fokusera: kvalitetssäkring för hela sjukvården och ackreditering av sjukhuslaboratorier.

Kvalitetssäkring

Idén om kvalitetssäkring tog fart i slutet på 1980-talet när dåvarande Spri försökte svara på om produktiviteten i hälso- och sjukvården sjunkit eller inte under perioden 1960–1980. Spri, som hade en rådgivande funktion, sökte enkla och tillförlitliga metoder för att mäta sjukvårdens kvalitet och effektivitet (Spri rapport 230: 1987). Syftet var dels att bistå vården med instrument för att kunna visa på den kvalitet som faktiskt fanns i vården, dels för att diskussionen runt ESO-rapporten påkallade sådana mått. Spri lät sig, bland annat via studiebesök, inspireras av industrin som just då höll på att ta till sig såväl Total Quality Management (TQM) som ISO-9000. Rätt snart fick dessa idéer luft under vingarna och flera andra organ och myndigheter engagerade sig i idén om kvalitetssäkring i vården. Bland annat bildades Nationella samrådsgruppen för kvalitetssäkerhet inom hälso- och sjukvården av Spri, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. Eftersom kvalitetssäkring dök upp i flera olika sammanhang, inom näringslivet men också som en del av den pågående internationaliseringen och standardiseringen som EU förde med sig, var kvalitetssäkring en idé på modet vid den här tiden och presenterades med mycket positiva konnotationer – vem kan vara emot kvalitet?

I början på 1990-talet lanserade Nationella samrådsgruppen en gemensam nationell kvalitetssäkringsstrategi via Spri rapport 287 (1990) »Kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård – förslag till nationell strategi«. I rapporten ges följande argument för kvalitets-säkring:

- Avsaknad av metoder och mått för konsekvent uppföljning av vårdkvaliteten.
- Världshälsoorganisationens, WHO:s, mål om kvalitetssäkringar.

- Sjukvårdens kostnadskris och dess förväntade konsekvenser.
- Att kvalitetssäkringar faktiskt kan användas till att förbättra kvaliteten inom sjukvården.

I den diskussion som följde kopplades kvalitetssäkring på flera håll till behovet av att bemöta besparingar och nedskärningar och blev också tolkad som en möjlig metod att rationalisera vården.

Under samma tid spred sig idén via kurser, seminarier och konsulter och det testades olika kvalitetssäkringsmodeller i vården. Bland annat skapades lokala kvalitetsgrupper och cirklar av kvalitetsansvariga administratörer på olika sjukhus vars uppgift var att hitta och implementera lämpliga metoder. Det blev tydligt för Nationella samrådsgruppen att en nationell strategi krävde en nationell modell och arbetet att ta fram en sådan inleddes. Spri som hade blivit inspirerade av privat näringsliv vad gäller själva idén att använda kvalitetssäkring hämtade inspiration från sjukvården i Storbritannien för val av modell. Via kontakter med Lunds Universitetssjukhus bestämdes att organisationsgranskningen, som modellen kallades, skulle testas där som en möjlig nationell modell för Nationella Samrådsgruppens räkning. Organisationsgranskningen, som rent fysiskt bestod av en kvalitetspärm med frågor som skulle besvaras ute på avdelningarna, översattes i samarbete mellan Spri och sjukhuset. Förutom själva översättningen anpassades innehållet i pärmen till svenska förhållanden.

När jag kom till sjukhuset 1994 intervjuade jag först dem som arbetade med kvalitetssäkringen centralt för att sedan göra en observation på tre av sjukhusets kliniker. I intervjuerna sa en av de huvudansvariga att det här med kvalitet och kvalitetssäkring har med köp och sälj att göra för då har man pris och kvalitet att visa mot kunden. I köp och sälj-resonemanget jämförde man kunden med beställaren, vilken i det här fallet var Landstingsförbundet. Kvalitetssäkringen skulle således visa vilken bra kvalitet som redan fanns på sjukhuset och på så sätt vara ett säljande argument för sjukhusets tjänster. Hon försäkrade mig vidare om att kvalitetssäkringsprocessen »genomsyrade» hela sjukhuset och att alla anställda var mer eller mindre engagerade i processen.

När jag sedan gjorde mina observationer på en medicinsk och en kirurgisk avdelning såg jag dock inte röken av detta arbete, och det blev tydligt att bilden av kvalitetssäkringsarbetet var olika beroende på vem som beskrev den. På den ena avdelningen hittade jag inte ens pärmen och flera bland vårdpersonalen hade inte hört talas om organisationsgranskningen. Ännu mer intressant blev det när jag upptäckte att på den tredje kliniken, kliniskt kemiska laboratoriet, pågick ett intensivt och mycket synligt kvalitetssäkringsarbete som dock inte hade med den för sjukhuset gemensamma modellen att göra. Labbet hade valt en annan modell än den övergripande.

Detta gav upphov till flera frågor: Varför fanns det så många olika tolkningar av vad kvalitetssäkring var och vad den skulle användas till? Varför syntes inte kvalitetsarbetet på vårdgolvet och varför hade man en annan modell på labbet och varför var detta arbete mer synligt än arbetet med den första modellen?

Anledningen till att organisationsgranskningen inte syntes på vårdgolvet visade sig vara att ansvariga sjuksköterskor fyllde i de nödvändiga frågorna i pärmen utan att engagera övrig personal, enligt egen utsago för att skydda dem från merarbete som tog tid från patientarbetet. Modellen blev på så sätt omvandlad till administrativ handling och till största delarna särkopplad från den vårdande praktiken. Organisationsgranskningen spreds i första hand till och via sjuksköterskorna på avdelningarna. I intervjuer med läkare uttryckte flera av dem att de inte brydde sig om kvalitets-säkringen, eftersom de såg den som ett modedefenomen som säkert skulle försvinna till förmån för nästa mode.

Så blev det dock inte. Kvalitetssäkring har varit en seglivad idé som fortfarande cirkulerar i hälso- och sjukvården i både gammal och ny tappning. Organisationsgranskningen övergavs visserligen och någon nationell modell för kvalitetssäkring har det inte blivit. Däremot instiftades en lag 1997 om att all vårdande verksamhet ska vara kvalitetssäkrad. Förordningen säger dock ingenting om hur detta ska ske vilket lämnar idén öppen för vidare omtolkning. Idén har således inte varit särskilt »välpacketerad« utan flera olika modeller och tekniker har cirkulerat och testats både samtidigt

och efter varandra. En av de mest använda modellerna har varit Qvalitet, Utveckling och Ledarskap (QUL) som till och med var ett obligatorium i Stockholms läns landsting i slutet på 1990-talet. Efter att QUL-arbetet hade kritiserats av landstingets revisorer för att vara kostsamt utan synbart resultat slopades dock obligatoriet.

I Lund infördes också QUL under en period i slutet på 1990-talet. Metoden visade sig dock inte passa alla verksamheter och psykiatriska kliniken fick exempelvis tillåtelse att göra en något reducerad variant eller en »halv-QUL«. In på tvåtusentalet hade Universitetssjukhuset i Lund inte något krav på en enda övergripande modell utan verksamhetscheferna fick formulera sina planer för kvalitetsuppföljning och kvalitetsutveckling i de termer som passade dem.

Ett återkommande problem med de modeller som implementerats och testats fram till millenniumskiftet har varit att de inte mäter eller utvärderar den medicinska kvaliteten. Eftersom hälso- och sjukvården av tradition har varit »input«-styrd har det historiskt inte funnits de krav på mätbara resultat och synliga processer som finns vid en »output«- eller processtyrd produktion där själva slutresultatet och/eller produktionsprocessen kan kontrolleras. Denna brist har påpekats allt tydligare i diskussioner om krav på effektivisering och kvalitetssäkring. Detta har i sin tur lett till en önskan att göra vårdprocessen synlig och dess resultat mätbart. Det ställs därför allt högre krav på just transparens av såväl processer som resultat i vården för att arbetet ska kunna granskas och jämföras.

Denna diskussion har delvis inspirerat till det arbete som har inletts respektive intensifierats med framtagande av kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården (Bejerot och Erlingsdóttir 2002) samt diskussionen om medicinsk revision (Erlingsdóttir och Jonnergård 2006). Det finns således en koppling mellan idén om kvalitetssäkring och idén om transparens via kvalitetsregister och processtyrning vilket kan tjäna som illustration av hur idéer tolkas och omtolkas över tid. Även expertgrupper och nationella riktlinjer för diagnos och behandling kan till viss del kopplas till kvalitetsidén och diskussionerna runt den.

På ett sätt finns idén om kvalitetssäkring kvar i hälso- och sjukvården och själva termen kvalitetssäkring dyker fortfarande upp. Men den har också antagit andra syften och former så att den i princip kan sägas ha omvandlats till en av ingredienserna eller inspirationen till flera nyare idéer inom hälso- och sjukvården som kvalitetsrevision (se Levays kapitel), vårdkedja (Erlingsdóttir och Lindberg 2005) och processtyrning. Lagändringen från 2005, där kvalitetssäkring inte längre används, visar också att idén fortfarande omtolkas både vad gäller syfte och innehåll.

Akreditering

Möjligheten att studera akrediteringen av laboratorier fick jag »på köpet« när jag gjorde min studie på Universitetssjukhuset i Lund. Akreditering är en helt egen idé som jag ser det. Den har ett annat ursprung än kvalitetssäkringsidén även om akrediteringen självklart också är en kvalitetssäkring. Den utgör en bra jämförelse eftersom dess spridningsprocess skiljer sig så markant från kvalitetssäkringens. Historien om akreditering av sjukhuslaboratorier skulle kunna sammanfattas som att »den kom, den såg, och segrade«. Akreditering av sjukhuslaboratorier lanserades av den svenska akrediteringsmyndigheten SWEDAC i början på 1990-talet som en del av anpassningen till den standardisering som inletts av EU-organ. Idén och standarden för akrediteringen hämtades från Australien via Schweiz. SWEDAC fick i princip översätta standarden ord för ord. Det fanns således inte mycket utrymme för omtolkning. Akrediteringen var frivillig men de som ville bli ackrediterade var tvungna att göra det via SWEDAC:s standard. Det första laboratoriet som vände sig till SWEDAC för akreditering var kliniskt kemiska laboratoriet på Sahlgrenska i Göteborg. Så fort Sahlgrenska hade anmält sig för akreditering följde dock andra laboratorier efter. Sedan dess har i princip alla laboratorieverksamheter som går att ackreditera inom hälso- och sjukvården ackrediterats av SWEDAC.

I Lund drogs akrediteringen igång av labbets dåvarande klinikchef. Argumentationen för akreditering på kliniskt kemiska laboratoriet i Lund var att den skulle tjäna som en kvalitetsstämpel

när vårdavdelningarna kunde köpa tjänster från valfri leverantör och ge laboratoriet ett försprång om landstinget skulle införa krav på att vården köpte tjänster från ackrediterade laboratorier (vilket senare blev fallet). Lokalt gjordes det således en direkt koppling mellan behovet av att ackrediteras och införandet av köp- och säljmodeller och marknader inom vården.

När jag gjorde mina observationer 1994 på labbet var implementeringen av ackrediteringen i full gång och arbetet var mycket påtagligt och synligt. Hela laboratoriet var engagerat i att göra de nödvändiga förändringar som behövdes för att laboratoriet skulle leva upp till SWEDAC:s standarder. Förändringarna omfattade såväl fysiska förändringar av själva laboratoriet och dess utrustning som förändrade arbetsprocesser. Detta innebar bland annat att laboratoriet övergick till ackrediterat provrörsglas, införde loggböcker vid all utrustning, signaturer av alla resultat och »körkort« till maskinerna. Körkortet innebar att endast personal som var utbildade på olika analysapparater fick köra dem.

De som arbetade på laboratoriet upplevde processen som krävande men belönande. Man upplevde att standarden på laboratoriet höjdes bl.a. genom bättre rutiner. En intressant observation var att till och med organisationsgranskningen var mera synlig på kliniskt kemiska laboratoriet än på de andra två klinikerna jag studerade. Alla på laboratoriet visste om organisationsgranskningen och pärmen fanns väl synlig i en hylla.

Under den period då QUL användes på Universitetssjukhuset i Lund blev kliniskt kemiska laboratoriet också tvunget att implementera modellen. De klagade då bittert på att den modellen absolut inte passade deras verksamhet och de såg den som onödig och störande efter som de redan hade en adekvat kvalitetssäkring i ackrediteringen.

Summering av processerna

De två förändringsprocesserna summeras i tabell 5.1 för att tydliggöra hur de skiljer sig åt i de olika faserna av spridningsprocessen.

Tabell 5.1 De två spridningsprocesserna.

	Kvalitetssäkring/ organisationsgranskningen	Ackreditering av laboratorier
Idén hämtas från	Privat näringsliv	Laborariesektorn
Vilka skapar idén	Många på alla nivåer	Ett internationellt standardiseringsorgan
Modell	Flera olika modeller formuleras och testas efter varandra	En enda modell, SWEDAC:s modell
Idéns resa	Många olika vägar, fram och tillbaka mellan dem som initierat idén och dem som använder den	Endast en väg – mellan den som initierar modellen och den som använder den
Implementering från modell till praktik (handling)	Särkoppling mellan modell och lokal praxis; administrativ handling särkopplad från rutinerna på »vårdgolvet«	Det lokala laboratoriet trans- formerar för att passa modellen; tät koppling mellan administrativ handling och rutinerna på »laboratoriegolvet«

Tabell 5.1 belyser att förändring kan ske via mycket olika processer. I kvalitetssäkringsfallet reser idén fram och tillbaka i hälso- och sjukvården även om spridningsprocessen börjar som en typisk uppifrån och ner-process där centrala organ formulerar idén och skickar den vidare till de vårdande organisationerna. I ackrediteringsfallet är det däremot en typisk uppifrån och ner-process där idén i princip bara rör sig neråt från idébäraren SWEDAC till laboratorierna.

Jämförelse mellan spridningsprocesserna

När de två spridningsprocesserna jämförs framträder flera faktorer som påverkar processerna och deras resultat. En faktor är hur lätt idéerna omvandlas till praktik vilket diskuteras i avsnittet med

rubriken *lag eller valfrihet*. *Idéernas formbarhet* och de *normer och förväntningar* de bär på är två faktorer som påverkar hur enkelt de som möter idéerna kan omtolka dem till sitt eget syfte. *Samstämmigheten mellan idé, modell och praktik* påverkar i sin tur hur lyckad en förändringsprocess kommer att bli i termer av att syfte och resultat överensstämmer. *Professionernas engagemang* visar sig också ha betydelse för att idéerna ska införlivas i de dagliga rutinerna och på så sätt överleva på längre sikt. Följande analys diskuterar därför på vilket sätt de olika faktorerna påverkar idéernas spridning och genomslagskraft.

Lag eller valfrihet

Från början var spridningen av kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården en tämligen »fri« process där idén spreds som ett slags mode och de som var nyfikna testade idén i olika former. När Socialstyrelsen ville använda kvalitetssäkring som styrinstrument tyckte myndigheten framför allt att verksamhetscheferna inte tog till sig idén snabbt nog, och gav ut en föreskrift om obligatorisk kvalitetssäkring 1994 för att påskynda processen. Det ville sig dock inte bättre än att Socialstyrelsen fick kritik av Riksrevisionsverket som ansåg att föreskriften inte hade fått avsedd effekt, vilket i sin tur ledde till att föreskriften omvandlades till lag som trädde i kraft i januari 1997. Hälso- och sjukvården trilskades således från början med att ta till sig kvalitetssäkringsidén, såsom den definierades av Socialstyrelsen, och omvandla den till en del av vardagsrutinerna.

Lokalt på sjukhus blev kvalitetssäkring i början sedd som ett sätt att bemöta köp och sälj, för att få kvalitetsstämpel mot kunden och på vissa ställen som ett sätt att omorganisera verksamheten. Olika kvalitetssäkringsmodeller infördes och testades men de blev aldrig en del av de medicinska eller vårdande rutinerna eftersom de snarare skapade administrativa handlingar. Därför övergavs modellerna successivt. Efter att direktivet och sedan lagen trädde i kraft har den förmodligen varit den huvudsakliga anledningen till att fortsätta att leta kvalitetssäkringsmodeller. I lokala

försök att hitta användbara modeller parades kvalitetssäkringsidén på flera ställen ihop med andra styrmodeller som var på modet. Ett par sådana exempel är att chefsläkare refererade till både Balanced Scorecard och Bench Marking som den kvalitetssäkring de planerade att arbeta med. Dessa ledningsmodeller var det senaste inom organisationsmodet och genom att implementera dem kunde chefsläkarna både »kvalitetssäkra« och föra in det senaste modet och på så sätt slå två flugor i en smäll.

Det är kanske inte helt rätt att påstå att alla sjukhuslaboratorier har ackrediterat sig frivilligt eftersom det sedan flera år finns ett krav från landstinget att de ska vara ackrediterade, men det finns ingen lag som kräver ackreditering av sjukhuslaboratorier. Där emot finns det ett EC-direktiv om att Sverige är skyldigt att tillhandahålla möjligheten för sjukhuslaboratorier att ackrediteras. Detta är en del i anpassningen till internationella marknader där kraven ökar på lättåtkomlig (standardiserad) information mellan producent och kund vilket har lett till att exempelvis ISO-standarderna togs fram. Eftersom ackrediteringen var frivillig uppstod den intressanta situationen att det var svårt för SWEDAC att föra ut idén från början. Speciellt då standarden omvandlas till kvalitetshandbok på plats i laboratoriet. De behövde således, precis som Nationella samrådsguppen i kvalitetssäkringsfallet, en organisation att arbeta med för att omvandla modellen eller standarden till användbara rutiner.

Från början när de första laboratorierna ansökte om ackreditering var den helt frivillig. Laboratorierna hade således en egen agenda när de ansökte om ackreditering. Eftersom huvudargumentet för att ackrediteras var att kunna »sälja« sina tjänster internt på sjukhuset, och till landstinget kan slutsatsen dras att lokalt på sjukhusen har »marknadskrafterna« varit drivande för laboratoriernas intresse av att skaffa sig den kvalitetsstämpel som ackrediteringen innebar. Ett annat skäl som framfördes var ett slags inbördes jämförelse eller tävlan mellan laboratorierna på de stora sjukhusen vilket visar att det även fanns ett slags status i ackrediteringen.

I båda fallen beskrivs marknaden som en stark drivkraft för

att föra in modellerna lokalt på sjukhuset. Modellerna togs dock in på olika nivåer på sjukhuset och argumentationen fördes därmed också på olika nivåer. Argumentationen för kvalitetssäkring gjordes centralt på administrativ nivå men saknades ute på klinik- och avdelningsnivå. I ackrediteringsfallet var det klinikchefen som initierade modellen och idén var förankrad på hela laboratoriet. Den stora skillnaden mellan de två fallen är dock att trots lagen om obligatorisk kvalitetssäkring har den inte varit ens i närheten av att få samma genomslagskraft som ackreditering av laboratorier.

Idéernas formbarhet

Det är en avsevärd skillnad på hur omtolkningsbara idéerna är. Kvalitetssäkringen har omtolkats på alla nivåer både vad gäller form och innehåll under två decennier medan ackrediteringen i princip är den samma både vad gäller form och innehåll sedan processerna började i mitten på 1980-talet. Att kvalitetssäkrings-idén är så formbar beror antagligen på att den är formulerad i tämligen abstrakta termer. I lagen som trädde i kraft 1997 definieras kvalitetssäkring som aktiviteter för att se till »att rätt saker görs på rätt sätt«. Samma definition användes i ESO-rapporten drygt 12 år tidigare som definition på effektivitet och produktivitet. Vad som anses vara rätt sak och rätt sätt kan dock variera exempelvis beroende på om frågan ses ur ett medicinskt, ekonomiskt eller patientperspektiv.

Den första september 2005 ersattes dock SOSFS 1996:24 av SOSFS 2005:12 där det enligt kapitel 5 ska finnas ledningssystem som:

»säkerställer att det finns rutiner för regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens resultat, regelbunden granskning av metodernas, rutinernas och vårdprocessernas ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå målen, hur resultatet av granskningar skall dokumenteras och återföras till berörda, och att dokumentera genomförda förbättringsåtgärder.« (SOSFS 2005:12)

Uttrycket kvalitetssäkring har försvunnit ur författningssamlingen och uttrycks numer i termer som kan tolkas snarare som ett påbud om egengranskning av vårdande verksamheter. Idén har därmed blivit omtolkad på alla nivåer i hälso- och sjukvården. En tolkning av detta är att lagen har anpassats till praxis, dvs. att bristen på en gemensam modell har gjort det svårt att ha kvalitetssäkring i den ursprungliga tolkningen kvar som obligatorium.

SWEDAC i sin tur råder över eller har monopol på tolkningen av den internationella standard som ligger till grund för ackreditering. Även SWEDAC får dock anpassa sig till standarden snarare än tvärt om då den följs av en rigorös beskrivning av hur den ska användas. Det har därför inte funnits någon större möjlighet för vare sig SWEDAC eller laboratorierna att omtolka idén eller standarden, de har snarare blivit omtolkade eller omvandlade för att passa modellen. Det sker dock en diskussion mellan laboratorierna och SWEDAC om erfarenheter från implementeringen.

Normer och förväntningar

I efterhand är det lätt att se att kvalitetssäkringsidén fick bära ett för tungt lass vad gäller önsknings- och förväntningar. Den blev av olika aktörer, vid olika tidpunkter, tolkad som ett sätt att effektivisera, skära ner kostnader, ett försäljningsargument och ett sätt att säkra och förbättra vårdkvaliteten.

Frågan är vems problem som ska lösas. Ofta är det olika problem som formuleras lokalt i vårdorganisationer och nationellt i tillsynsmyndigheterna. Centralt på Universitetssjukhuset i Lund blev organisationsgranskningen tolkad som ett sätt att visa den goda kvalitet man redan hade och användes därmed som ett försäljningsargument. Ute på vårdavdelningarna hade personalen svårare att para ihop modellen med de problem de hade. De förändringar som kan paras ihop med ett lokalt problem har större möjlighet att lyckas även om syftet kanske blir omtolkat på vägen. På så sätt kan lokala problem paras ihop med en övergripande förändring även om syftena delvis är olika.

Den övergripande normen för ackrediteringen är kvalitetssäk-

ring och standardisering av laboratorietjänster för internationell marknad. På kliniskt kemiska laboratoriet var de medvetna om vad det var de gav sig in på och hade egentligen samma syfte som det övergripande att kvalitetssäkra och standardisera även om de kanske snarare såg till en mera intern eller nära marknad än den internationella. Det är lättare att ta till sig sådant som känns igen. Ackrediteringen baserades på samma tekniska kunskapsbas som redan användes inom laboratorier. Den var därför lätt att para ihop med de befintliga rutinerna.

Samstämmighet mellan idé, modell och praktik

Kemin lär oss att lika löser lika och det är en bra grundregel även när det gäller implementering av idéer. Deras logik och handlingsmönster måste stämma överens med den kontext de ska användas i för att de ska tas in i den befintliga verksamheten.

Ackreditering av laboratorier är en tekniskt grundad modell som bygger på mätbarhet, spårbarhet och kalibrering, vilket laboratoriet redan tillämpade. Det fanns således ingen konflikt mellan de krav på rutiner som ackrediteringen förde med sig och de rutiner som redan fanns på laboratoriet. Däremot reagerade de på laboratoriet när QUL infördes eftersom de upplevde den modellens logik, om exempelvis framtidsvisioner, som främmande och de inte hade någon vana att beskriva sin verksamhet i de termer som den modellen krävde.

Organisationsgranskningen blev också sedd som störande ute på vårdavdelningarna eftersom den tog tid från de vårdande rutinerna. Den var formulerad som en administrativ modell, dvs. som frågor som skulle besvaras i en pärm och skickas till administrationen för revidering, och hade inte mycket med den vårdande verksamheten att göra. De modeller som inte passar in i och därför inte blir en del av den praktik de förs in i, blir sällan långlivade. Det blir helt enkelt för meningslöst och kostsamt att upprätthålla ett parallellt spår av administrativa handlingar.

Professionernas engagemang

Att få med sig de professioner som ska genomföra och leva med förändringarna är naturligtvis avgörande för att en implementeringsprocess ska bli lyckad. I ackrediteringsfallet tog professionerna till sig idén och var engagerade och praktiskt delaktiga. Vad gäller kvalitetssäkringen/organisationsgranskningen ville läkare och sjuksköterskor snarare hålla den ifrån sig även om sjuksköterskorna var något mer positiva än läkarna. Detta kan ha med kombination av lika–olika praktiker, logiker, normer och värderingar att göra. Här tror jag också att syftet med och finansieringen av förändringsprojekt har betydelse. Kvalitetssäkring introducerades först som ett marknadsargument men sedan som ett sätt att effektivisera eller garantera något slags minimal kvalitetsnivå på vården. Professionerna hade dels svårt att ta till sig dessa argument, dels svårt att se kvalitetssäkringen som en lösning. Kvalitetssäkring har därför inte alltid framstått som ett trovärdigt projekt för dem som arbetar i vården. Dessutom var kvalitetssäkringen inte ett finansierat projekt, dvs. den lades till vårdpersonalens uppgifter utan att de fick betalt i tid eller pengar för det.

Ackrediteringens syfte var däremot att höja standarden på laboratoriet via en kvalitetsstämpel för att ha ett försprång gentemot andra laboratorier vid fri marknadssättning. Projektet finansierades genom egen budget och de som arbetade i laboratorierna fick utrymme för att arbeta med de förändringar som behövde göras, det klagades dock även här på att det tog tid.

En viktig aspekt för att professionerna ska känna ett positivt engagemang är tron på att de förändringar som genomförs ska förbättra verksamheten på något sätt. Alla på laboratoriet var överens om att ackrediteringen höjde kvaliteten på laboratoriet, dess tjänster och det egna arbetet. Ackrediteringen krävde bland annat en höjd standard på laboratorieglas och hårdare kalibrerings- och kontrollrutiner vilket bidrog till viss stolthet hos de laboratorieanställda. Organisationsgranskningen sågs snarare som kvalitetssänkande på vårdavdelningarna eftersom den tog tid från vårdprocessen och det finns många liknande historier av olika kvalitets-säkringsprojekt i hälso- och sjukvården.

Ytterligare en faktor är att få professionerna praktiskt engagerade. Även om ackrediteringen bestämdes av en standard så skrevs laboratoriets handbok på plats av den egna personalen, och alla medarbetare var också engagerade i att exempelvis anpassa rutiner och laboratoriet till standarden och för att lära sig det nya datoriserade kvalitetssystemet för automatiska analyser.

Till slut kan hotet om fri marknad av laboratorietjänster ha haft betydelse för att laboratorieläkarna, och då framför allt de i ledande ställning, tog till sig ackrediteringen. Den kvalitetsstämpel som ackrediteringen innebar skulle ju garantera att de fortsatt fick sälja sina tjänster till akutsjukvården.

Fortsatta utmaningar

De två implementeringsprocesserna ovan får tjäna som illustrativa exempel på införandet och materialiseringen av NPM i offentlig sektor som under 1990-talet och in på 2000-talet har stått i fokus både för praktiker och forskare. Effekterna av dessa idéer, av vilka flera är klart verksamma fortfarande, är högst varierande. En del idéer har försvunnit spårlöst och andra har materialiserats och förändrat den befintliga praktiken. Bland annat är det uppenbart att andelen administrativa, icke vårdrelaterade handlingar har ökat inom hälso- och sjukvården och att personal i vården börjar vänja sig vid att en allt större del av deras arbete synliggörs via denna typ av administration. Arbetsroller och professionella identiteter har också påverkats av att näringslivets normer och terminologi kommit för att stanna (Jonnergård och Erlingsdóttir 2008, Svenér 2010).

Samtidigt börjar pendeln svänga igen. Många av de slagord som förknippades med NPM, som t.ex. decentralisering av styrning och kontroll, privatisering, ledning på distans osv., börjar nu ge vika för idéer som centralisering av styrning och kontroll. Detta skulle också kunna formuleras som en omsvängning; från idéer om ledning till idéer om styrning, från decentralisering till centralisering. Enligt betänkande av styrtredningen (SOU 2007:75) har tolkningen av NPM i Sverige således gått från att »fokusera på

relationen mellan staten och marknaden« till att allt mer »avse den interna styrningen inom staten« (s. 93).

Skifte från ledning till styrning känns också igen bland de fem olika trender eller idéströmningar som Kjell-Arne Røvik (2008) tror kommer att bli rådande i Norden framöver. De fem trenderna är:

1. Avbyråkratisering
2. Ett skifte från ledning till styrning
3. Affärslogikens seger över förvaltningens
4. Från funktionsindeland till processbaserad organisering
5. Omdömeshantering

En tolkning av dessa trender kan vara att NPM:s materialisering och effekter fortsätter att göra sig gällande via »affärslogikens seger över förvaltningens«. Vårdval som diskuteras i kapitel sex är exempel på hur konkurrens och valfrihet har skapat nya riktlinjer i hälso- och sjukvården. Att det som kallats revisionstrenden (Power 1997), med olika redovisnings- och granskningssystem som ska ge transparens och möjlighet till jämförelse håller på att omvandlas till eller snarare resultera i en omdömetrend, är kapitel sju om medicinsk revision ett exempel på. Den processbaserade organiseringen har redan börjat sprida sig inom både akut- och primärvård. Och till sist, den kanske viktigaste trenden, där vi går mot ett skifte till hårdare styre, NPM och andra trender till trots, där staten fortfarande har det slutgiltiga ansvaret för offentligt driven hälso- och sjukvård och förmodligen kommer att skärpa sin tillsyn och styrning av den. Helt klart är också att nya och gamla idéer och modeller kommer att formuleras eller omformuleras och spridas i fortsatta försök att bemöta nya och gamla utmaningar i hälso- och sjukvården. Som andra kapitel i denna bok visar finns flera framtida utmaningar för hälso- och sjukvården och det kommer således även framöver att finnas både gamla och nya problem som söker lösningar.

Slutsatser och förslag

Med tanke på att ovanstående analys indikerar en mer uttalad statlig styrning av verksamheterna kan det vara på sin plats att rekapitulera analysen av de två spridningsprocesserna i termer av rekommendationer till dem som vill föra ut idéer och modeller för att skapa genomgripande förändring:

- För att skapa ett lyckat beslut är det viktigt att en förändringsprocess engagerar dem som ska implementera förändringen, dvs. de befintliga medarbetarna/professionerna. Det verkar finnas två sorters modeller som gör detta. 1) De som är mycket hårt styrda via en tydlig koppling mellan problem – modell – handling och 2) de som är mjukt styrda där problem – önskat resultat – uppmuntran till lokala lösningar är kopplade eller har en samstämmighet om *vad* som ska förbättras men där *hur* det ska göras är löst kopplat och bestäms lokalt av dem som genomför förändringen.
- Det är viktigt att förändringarna stämmer överens med både de värderingar och de arbetssätt som redan finns där de ska implementeras.
- Förändringarna bör vara finansierade så att de inte upplevs som ytterligare en arbetsbörda.
- Förändringar som upplevs som en förbättring av dem som genomför dem har större chans att engagera personalen och därmed få genomslag.
- För att bli långlivade måste förändringarna införlivas i vardagsrutinerna/praktiken.

Hot utifrån fungerar för att snabba på förändringsprocessen när det finns en modell som fungerar i praktiken.

Exakt vilka nya styrmodeller hälso- och sjukvården framgent kommer att använda och hur de formuleras och presenteras är idag oklart, förutom att de kommer att reflektera de syften som de som väljer eller formulerar dem har. Jag hoppas att kapitlet gett ökad insikt om några av de faktorer som påverkar hur modeller sprids och tolkas inom hälso- och sjukvården och i förlängningen kan bidra till fler lyckade förändringsprocesser.

REFERENSER

- Bejerot, E. och G. Erlingsdóttir (2002), Kvalitetsidéns materialisering i hälso- och sjukvården, i Bejerot, E. och H. Hasselblad (red.), *Kvalitet utan gränser*, s. 59–80. Lund: Academia Adacta.
- Callon, M. (1986), »Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St Brieu Bay«, i Law, J. (red.), *Power, action and belief*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Czarniawska, B. och B. Joerges (1996), »Travels of Ideas«, i Czarniawska, B. & G. Sevón (red.), *Translating Organisational Change*. Berlin: de Gruyter.
- Czarniawska, B. och G. Sevón (2005), »Translation Is a Vehicle, Imitation its Motor and Fashion Sits at the Wheel«, i Czarniawska, B. och G. Sevón (red.), *Global Ideas: how ideas, objects and practices travel in the global economy*. Malmö: Liber.
- Czarniawska, B. (2008), »How to Misuse Institutions and Get Away with It: Some Reflections on Institutional Theory(ies)«, i Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K. och R. Suddaby (red.) *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. London: SAGE Publications Ltd.
- Erlingsdóttir, G. (1999), *Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*. Akademisk avhandling, Lund: KFS AB.
- Erlingsdóttir, G. och K. Jonnergård (2006), *Att trola med kvalitetssäkring – En jämförelse mellan hälso- och sjukvården och revisionsbranschen*. Lund: Studentlitteratur.
- Erlingsdóttir, G. och K. Lindberg (2005), »Isomorphism, Isopraxis and Isonymism: Complementary or Competing Processes?«, i Czarniawska, B. och G. Sevón (red.), *Global Ideas: how ideas, objects and practices travel in the global economy*. Malmö: Liber.
- ESO (1985), *Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960–1980*. Rapport från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Jonnergård, K. och G. Erlingsdóttir (2008), »Mellan autonomi och kontroll – om professionella strategier, legitimitet och identitet vid införande av nya kontrollformer« i Jonnergård, K., Funck, E. och M. Wolmersjö (red.), *När den professionella autonomin blir ett problem*. Växjö: Växjö University Press.

- Landstingsrevisorerna (1999), *Uppföljning av landstingsstyrelsens kvalitetsstyrningsprojekt*. Rapport, nr 17. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Latour, B. (1986), »The powers of association«, i Law, J. (red.), *Power, Action and Belief*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Lindberg, K. (2002), *Kopplandets Kraft, om organisering mellan organisationer*. Akademisk avhandling. Göteborg: BAS, Handelshögskolan.
- Lindberg, K. och G. Erlingsdóttir (2007), »Förändring i skandinaviskt perspektiv – nyinstitutionell teori och översättningssociologi« i Kärreman, D. & A. Rehn (red.), *Organisation – teorier om ordning och oordning*. Malmö: Liber.
- Power, M. (1997), *The Audit Society – Rituals of Verification*. Oxford University Press.
- Rose, N. och P. Miller, (1992), »Political power beyond the state: problematics of government«, *BJS*. Vol 43:173–205.
- Røvik, K-A. (2008), *Management-Samhället – Trender och idéer på 2000-talet*. Malmö: Liber.
- Sahlin-Andersson, K. (1998), »Mötesplatser som standardiserare«, i Brunsson, N. och B. Jacobsson (red.), *Standardisering*. Stockholm: Nerenius och Santérus Förlag.
- SOSFS 1996: 24.
- SOSFS 2005:12.
- Svenér, M. (2010), *När överläkare berättar – Om roller och drivkrafter i en profession i förändring*. Licentiatavhandling, Lund: Lund Business Press.
- SOU 2007:75.
- SPRI, 1990, Kvalitetssäkring i svensk sjukvård – förslag till nationell strategi, SPRI rapport nr 287.
- SPRI, 1987, Kvalitetssäkring, Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet. SPRI rapport nr 230.

Kapitel 6

Valfrihet och konkurrens i primärvården

ANDERS ANELL

OCH GERT PAULSSON

Införande av vårdval i primärvården är en av de mest betydelsefulla reformerna inom svensk hälso- och sjukvård under de senaste decennierna. Enligt riksdagsbeslut är vårdval i samtliga landsting inklusive etableringsfrihet för privata vårdenheter som klarar landstingens krav, lag sedan januari 2010. Flera landsting införde dock motsvarande reformer på frivillig väg redan under åren 2007–2009. Detta kapitel behandlar erfarenheter av redan införda vårdvalsmodeller och de utmaningar som reformerna medför. Utgångspunkten är att valfrihet och konkurrens är en värdefull drivkraft som kan skapa förnyelse av primärvårdens arbetsformer och nya erbjudanden till befolkningen. Samtidigt finns det också risker. Reformen ställer dessutom helt nya krav på landstingens styrning och på att effekterna följs upp.

Bakgrund

Det finns en betydande och växande insikt bland vårdens beslutsfattare i olika länder att en väl fungerande primärvård är nödvändig för en effektiv hälso- och sjukvård (Saltman m.fl. 2006, WHO 2008). Det finns emellertid ingen samsyn kring vilka organisatoriska modeller som är att föredra och i vilken utsträckning den primärvård som redan existerar svarar mot de krav som kommer att ställas i framtiden. Det övergripande intrycket är snarast att inget land är helt nöjt med den befintliga organisationen av första linjens vård och att det finns ett stort behov av innovationer och förnyelse.

Åtminstone i en del landsting tycks primärvårdsbegreppet snarast vara en belastning, och man talar därför hellre om behovet av att utveckla »närsjukvården«.¹

Sedan 2007 pågår en reformering av primärvården i Sverige som innebär att individernas valmöjligheter tydliggörs och att pengarna ska följa befolkningens val av vårdenhet. Reformerna går under benämningen vårdval eller hälsoval.² Ett annat centralt inslag i reformarbetet har varit att skapa etableringsmöjligheter för de privata vårdgivare som klarar landstingens krav på olika åtaganden. Viktiga målsättningar har varit att stärka primärvården generellt och inte minst att förbättra tillgängligheten. Vårdvalsmodeller introducerades först i Halland (1/1 2007) följt av Västmanland och Stockholm (1/1 2008). Under 2009 genomfördes motsvarande reformer i ytterligare en handfull landsting, däribland Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Vid slutet av 2009 hade ungefär 65 procent av Sveriges befolkning möjlighet att välja vårdenhet i primärvården enligt de nya villkoren. Vid den tidpunkten hade riksdagen dessutom beslutat att vårdval och etableringsfrihet för privata aktörer i primärvården skulle vara obligatoriskt för samtliga landsting från och med 2010.

Primärvårdens problem

Den traditionella svenska primärvården är tämligen ovanlig i ett internationellt perspektiv. Typiska särdrag har varit offentligt ägda vårdenheter med ett geografiskt upptagningsområde och förhållandevis stora enheter med allmänläkare som arbetar tillsammans med distriktssköterskor, specialistsjuksköterskor (särskilt diabetes

1. Vi kommer fortsättningsvis att använda oss av begreppet »primärvård« och avser då den vårdform som ska vara befolkningens förstahandskontakt med vården och själv ta hand om vanliga sjukdomar och åkommor. Primärvården definieras därmed utifrån sin funktion snarare än utifrån organisation och innehåll.

2. Vi har valt att genomgående använda benämningen »vårdval« i detta kapitel. Likaså använder vi genomgående begreppet landsting och inkluderar då regionerna i Skåne och Västra Götaland.

och astma/KOL), sjukgymnaster och kuratorer. I de flesta andra OECD-länder tillhandahålls primärvården av privata mottagningar som ofta är mindre och fokuserade på allmänläkarnas tjänster. Till skillnad från de svenska traditionerna ersätts primärvården i dessa länder i huvudsak utifrån volymen besök och åtgärder, ibland i kombination med fast ersättning per listad individ.

Den svenska primärvårdsmodellen med brett ansvar och flera yrkeskategorier på vårdenheter får vanligtvis högt betyg i olika expertbedömningar (se t.ex. Lamarche m.fl. 2003). I praktiken finns det dock flera problem. Exempelvis har både lokala politiker, specialistläkare och befolkningen tidigare haft ett *svagare förtroende* för primärvården än för övrig specialistvård (Anell 2005). Politiska löften om satsningar på primärvård har inte heller infriats fullt ut. Samtidigt har förväntningarna på att primärvården ska ta större ansvar för vården till äldre och patienter med vanliga kroniska sjukdomar ökat. *Resursbrist* och *brist på allmänläkare* har också lyfts fram som förklaringar till *bristande tillgänglighet*. Problem med bristande tillgänglighet är dock inte nya utan fanns redan under 1960- och 1970-talen.³ Det kan i sin tur ha åtminstone en viss koppling till hur verksamheten organiseras. Tillgången på allmänläkare tycks generellt sett vara högre i länder som har privata mottagningar och som betalar allmänläkarna per prestation, än i länder där allmänläkare är offentligt anställda med fast lön (Boerma m.fl. 2003). Brist på allmänläkare har inte enbart varit ett problem i glesbygdslandsting utan även på andra håll i landet. Exempelvis har det även i det relativt tätbefolkade Region Skåne funnits många vakanta allmänläkartjänster, trots att det totalt sett funnits gott om läkare per invånare i jämförelse med andra landsting.

Primärvårdens relativt svaga ställning i svensk sjukvård har förmodligen också fått konsekvenser för möjligheterna att nå övergripande fördelningsmål. Det är väl belagt i olika studier att tillgäng-

3. Även under 1960-talet fanns stora problem med tillgängligheten till den tidens statligt anställda provinsialläkare. En mycket stor del av den öppna vården togs i praktiken om hand av läkare på sjukhus som bedrev öppen vård i privat regi med betalning per besök fram till införandet av sjukronorsreformen 1970.

en på primärvård respektive annan specialistvård varierar mellan olika socioekonomiska grupper (se vidare kapitel 8 i denna bok). Specialistvården är vanligtvis skevt fördelad till förmån för individer med högre inkomst medan det motsatta gäller för primärvård. Med en svagt utbyggd primärvård kan man därmed förvänta sig att individer med lägre inkomster får mindre vård. En väl utbyggd primärvård kan därmed vara en metod för att skapa en mer rättvis fördelning med utgångspunkt i vårdbehov. Enligt en studie om läkarbesökens fördelning utifrån inkomst i 19 OECD-länder hade USA, men även Sverige, Finland och Portugal, en ojämlig fördelning av läkarbesöken totalt sett och till förmån för högre inkomstgrupper (van Doorslaer m.fl. 2006). Utfallet för USA är kanske inte så förvånande med tanke på att en större andel av befolkningen med lägre inkomster saknar sjukvårdsförsäkring. Vad gäller övriga länder är Finlands primärvårdstraditioner ganska lika de svenska. Även Portugal har en hög andel offentlig primärvård. En primärvård i offentlig regi, som i Sverige och Finland, tycks således inte vara någon garanti för mer jämlik fördelning av vården. En rad andra länder med primärvård i privat regi, och med möjligheter för befolkningen att välja, har enligt studien av van Doorslaer m.fl. (2006) en mer jämlik fördelning av läkarbesöken.

En utveckling mot valfrihet och fler privata alternativ behöver alltså inte hota svenska målsättningar om en rättvist fördelad vård. Tvärtom kan sådana förutsättningar kanske bidra till att göra primärvården mer attraktiv både för befolkningen och för dem som jobbar i vården. Detta kan i sin tur leda till att primärvården får mer resurser och blir mer tillgänglig, vilket i så fall även skapar bättre förutsättningar för att nå fördelningsmålen.

Utvecklingen under det senaste årtiondet innebär i viss mån en konvergens mellan primärvården i Sverige och i andra länder. I den svenska primärvården har valmöjligheterna för befolkningen formellt sett ökat sedan början av 1990-talet. I praktiken har pengarna dock mera sällan följt befolkningens val, varför vårdenheter inte haft några ekonomiska incitament att ta emot fler patienter. Även andelen privata aktörer i den svenska primärvården har sakta ökat under senare årtionden, och låg före vårdvalsreformerna 2006

kring 25 procent. Det finns dock stora geografiska skillnader. I de allra flesta landsting är andelen privata aktörer fortfarande låg.

Medan svensk primärvård har tagit små steg mot ökad valfrihet och fler privata alternativ, har primärvården i flera andra länder tagit motsvarande steg mot större primärvårdsenheter och mer integration med övrig hälso- och sjukvård (Anell 2005). I flera länder beskrivs den framtida mottagningens organisation och kompetens på ett sätt som snarast för tankarna till svenska traditioner. Det gäller inte bara i Europa utan även i Kanada, och i tankegångarna om »medical homes« på den amerikanska sjukvårdsmarknaden. Utgångspunkten är att allt mer vård kan erbjudas i öppna former och i första linjens vård. En sådan utveckling kommer dock att kräva kompetens och investeringar som inte små praktiker kan bära. Det handlar också om att behålla förtroendet hos en befolkning som i stor utsträckning vill gå direkt till specialiserade vårdgivare. En annan viktig utgångspunkt är krav på rimliga arbetsvillkor och utvecklingsmöjligheter bland dem som ska arbeta i den framtida primärvården. Få allmänläkare är förmodligen villiga att ställa upp med ständig jour enligt den gamla husläkartanken.

Vårdval i primärvården

De vårdvalsreformer som införts i landstingen sedan 2007 har flera olika inslag:

- Pengarna följer befolkningens val av vårdgivare.
- Etableringsfrihet för privata vårdgivare som klarar landstingens krav.
- Krav på vårdgivarnas åtagande och kompetens.
- Principer för ersättning till vårdgivarna.
- Kostnadsansvar för vårdgivarna.
- Principer för listningen.

De första två komponenterna är lika för alla landsting eftersom de från och med 2010 regleras i lag. De andra komponenterna beslutar varje landsting om, vilket skapar utrymme för helt olika lös-

ningar i praktiken. Beroende på hur vårdvalssystemen utformas skapar man olika incitament för de privata och offentliga vårdenheter som redan är etablerade. Inträdet på primärvårdsmarknaden för nya privata aktörer kan också göras mer eller mindre attraktivt. På så sätt kan de olika kraven på sikt även leda till helt olika vårderbjudanden till befolkningen. Det behöver inte vara fel. Eftersom det inte finns någon kunskap om vilken modell som är bäst kan det vara fruktbart att prova olika lösningar. Ett rimligt krav är dock att de olika modellerna följs upp och utvärderas så att goda exempel kan spridas och modeller som är mindre bra kan utvecklas eller mönstras ut.

På nationell nivå är det möjligt att urskilja två huvudtyper av vårdvalsmodeller (Anell 2009). Den ena modellen återfinns i Stockholm och kan förknippas med följande egenskaper:

- Olika listnings- och ersättningssystem för olika delar av primärvården.
- Jämförelsevis begränsat ansvar för familjeläkarmottagningarna.
- Huvudsakligen rörlig ersättning baserad på antal besök i kombination med fast ersättning för de invånare som aktivt listat sig på mottagningar.
- Ett begränsat kostnadsansvar.

Den andra huvudmodellen återfinns i övriga landsting, som i stor utsträckning följer de principer som först utvecklades i Halland, och innebär följande:

- En sammanhållen primärvård med krav på bredare åtagande.
- Huvudsakligen fast ersättning för individer som listat sig aktivt eller passivt på enheten.
- Passiv listning huvudsakligen utifrån tidigare besök eller närhet till vårdgivare.
- Ett mera omfattande kostnadsansvar som inkluderar ersättningsansvar om listade individer väljer att uppsöka andra enheter inom primärvården, och ibland även utgifter för läkemedel.

Tabell 6.1 Jämförelse mellan vårdvalsmodeller i fem landsting 2009.

LANDSTING OCH STARTDATUM	Halland 1/1 2007	Stockholm 1/1 2008
PRIMÄRVÅRDENS UPPDRAG	Samlat uppdrag Målsättningen är att vård- enheter inom vårdvalet ska svara för 80 % av den öppna vården.	Primärvården är uppdelad i fem olika uppdrag, däribland familje- läkarmottagningar.
LISTNING	Aktiv eller passiv listning på vårdenhet	Enbart aktiv listning på familje- läkare eller mottagning.
KOSTNADSANSVAR	Fullt kostnadsansvar för listade individers konsum- tion av primärvård, oavsett vid vilken enhet besöken genomförs.	Kostnadsansvar begränsat till de flesta diagnostiska tjänster.
ANDEL FAST ERSÄTTNING	+80 %	Ca 40 %

Tabell 6.2 Jämförelse av ersättningsprinciper 2009 i fem landsting.

LANDSTING	Halland	Stockholm
FAST ERSÄTTNING PER LISTAD INDIVID (KAPITATION)	Olika fast ersättning uppdelad i fyra ålders- grupper.	Olika fast ersättning uppdelad i tre åldersgrupper.
ERSÄTTNING PER BESÖK	Samma som patientavgift. Separat prislista för besök av individer som är listade på annan vårdenhet.	Olika besöksersättning för olika yrkeskategorier. Ersättningen reduceras över viss volym besök per listad (genomsnitt).
MÅLRELATERAD ERSÄTTNING	Viten vid brist på följsamhet till rekommendationer från landstingets läkemedels- kommitté.	Bonus eller viten motsvarande 3 % av ersättningen utifrån måluppfyllelse.

6. Valfrihet och konkurrens i primärvården

Västmanland 1/1 2008	Region Skåne 1/5 2009	Västra Götalandsregionen 1/10 2009
Samlat uppdrag.	Samlat uppdrag.	Samlat uppdrag.
Aktiv eller passiv listning på vårdenhet.	Aktiv eller passiv listning på vårdenhet.	Aktiv eller passiv listning på vårdenhet.
I princip som i Halland.	I princip som i Halland, med tillägg för 50 % av kostnaderna för allmänläke- medel hos listade patienter.	I princip som i Halland, med tillägg för 100 % av kostnaderna för förskrivna läkemedel.
+80 %	+ 90 %	+90 %

Västmanland	Region Skåne	Västra Götalandsregionen
Olika fast ersättning uppdelad i fyra åldersgrupper.	Fast ersättning baserad på klassificering av diagnoser (80 %) och socio-ekonomiska indikatorer (20 %).	Fast ersättning baserad på ålder och kön (50 %) samt klassificering av diagnoser (50 %).
Samma som patientavgift. Separat prislista för besök av individer som är listade på annan vårdenhet.	Ingen ersättning för listade individer. Separat prislista för besök av individer som är listade på annan enhet.	Ingen ersättning för listade individer. Separat prislista för besök av individer som är listade på annan enhet.
Bonus motsvarande 2 % av ersättningen beroende på måluppfyllelse.	Bonus motsvarande 2 % av ersättningen beroende på måluppfyllelse.	Bonus motsvarande 3 % av ersättningen beroende på måluppfyllelse.

Även om kraven är höga kan åtminstone i Halland noteras jämförelsevis stora frihetsgrader i verksamhetens uppbyggnad. Det finns även ett större utrymme för innovationer vad gäller vem man får anställa och hur vården ska erbjudas till befolkningen. I dessa avseenden är familjeläkarmottagningarna i Stockholm mera reglerade.

En närmare jämförelse av vårdvalsmodeller i Stockholm och ytterligare fyra landsting återfinns i tabellerna 6.1 och 6.2. Som framgår finns det ganska stora skillnader mellan hur vårdgivare får betalt och vilket kostnadsansvar de har. Det gäller även mellan de fyra landsting som har likartade krav på vårdenheterna. Till skillnad från i Stockholm får dock vårdenheterna i dessa fyra landsting i princip ta ett helhetsansvar för listade individers konsumtion av primärvård, oavsett vid vilken enhet konsumtionen äger rum. Detta ansvar förklarar också önskemålen att lista hela befolkningen och justeringen av den fasta ersättningen med avseende på s.k. täckningsgrad.⁴ Den passiva listningen följer samma principer i Halland, Västmanland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. I den utsträckning som individer inte har gjort ett eget aktivt val har landstinget skickat ett förslag till dem baserat på var man har gjort tidigare besök eller vilken etablerad privat eller offentlig vårdenhet som ligger närmast bostadsadressen.

Vårdvalsmodellerna i ett internationellt perspektiv

Även om Stockholms vårdvalsmodell sticker ut i svensk primärvård kan den betraktas som ganska traditionell i ett internationellt perspektiv. Det framgår vid en jämförelse med fyra principiella primärvårdsmodeller som tidigare utvecklats av en kanadensisk forskargrupp genom analys av praxis inom OECD (Lamarche m.fl. 2003).

4. Täckningsgrad motsvarar den andel av listade individers totala besök i öppen vård som sker i primär- eller närvården. I t.ex. Halland justeras vårdenheters fasta ersättning nedåt i den utsträckning som täckningsgraden understiger 80 procent.

Tabell 6.3 Fyra olika primärvårdsmodeller.

	Professionsbaserad modell		Samhällsbaserad modell	
VISION	»Utvecklad för att tillhandahålla medicinska tjänster till patienter som söker sådana tjänster eller till individer som valt att lista sig för att få tjänster«		»Utvecklad för att förbättra hälsan i en geografiskt avgränsad population och för att främja en samhällsutveckling«	
	»Besöksmodell«	»Listningsmodell«	»Integrerad modell«	»Icke-integrerad modell«
EXEMPEL I SVERIGE	Privata allmänläkare som finansieras via nationell taxa.	Familjeläkarsystem med listning och vårdpeng.	Vårdcentral med bred kompetens och områdesansvar, tillgänglig 24 timmar alla dagar. Integrerad med andra vårdgivare.	Kompetens och uppdrag som integrerad, men med begränsad tillgänglighet och integration.
ANDRA LÄNDER	USA, Kanada, Belgien, Tyskland	England, Danmark, Nederländerna, Norge	Finland	Finland

Källa: Efter Lamarche m.fl. (2003).

Stockholms familjeläkarsystem påminner om de primärvårds-system som återfinns i våra grannländer Norge och Danmark och även med motsvarande listningssystem i Nederländerna och Storbritannien. Det var också dessa länder som inspirerade till tidigare försök i Sverige 1994 att inrätta ett statligt husläkarsystem. De nya modellerna i Halland med flera landsting är svårare att klassificera. Sett till önskemål om en sammanhållen primärvård med bred kompetens motsvarar de nya modellerna svenska traditioner och vad Lamarche m.fl. (2003) betecknar som en samhällsbaserad modell (»community model«). Sett till möjligheterna för befolkningen att välja och att ersättningen baseras på befolkningens val motsvarar modellerna snarast en professionsbaserad listningsmodell (»professional co-ordination model«).

Denna kombination av tradition och förnyelse är särskilt intres-

sant sett till den kanadensiska studiens bedömning av de fyra modellerna utifrån följande kriterier:

- Effektivitet.
- Kvalitet.
- Kostnadskontroll.
- Kontinuitet.
- Tillgänglighet.
- Rättvis tillgång till vård.
- Lyhördhet mot patienters önskemål.

En första slutsats efter genomgång av publicerade studier och bedömning av en expertpanel var att ingen av de fyra modellerna var bäst på att uppnå samtliga mål. De främsta bristerna med en integrerad samhällsbaserad modell (»integrated community model«) bedömdes vara brister i tillgänglighet och lyhördhet, vilket stämmer väl med den svenska debatten om primärvårdens problem. Om målet är att uppnå god tillgänglighet och lyhördhet bedömdes någon av de professionsbaserade modellerna som bäst. Sett till övriga målsättningar fick dock den integrerade modellen högst betyg. En intressant spekulaton, som återfinns i den kanadensiska studien, är därför om någon slags kombination mellan en integrerad modell respektive listningsmodell skulle kunna vara optimal.

Nya incitament och nya utmaningar

Eftersom de flesta nya vårdvalsmodeller kombinerar ett brett åtagande för vårdenheter med hög andel fast ersättning per listad individ blir det extra viktigt att granska möjligheter och risker givet dessa villkor. Även om en sådan modell har många fördelar, inte minst vad gäller möjligheter att utveckla nya sätt att organisera verksamheten med bibehållen kostnadskontroll, finns det också utmaningar för landstingen (Anell 2010). En hög andel fast ersättning innebär exempelvis att det blir viktigare att justera ersättningen per individ utifrån den förväntade vårdkostnaden. I annat fall skapas ekonomiska incitament att enbart lista individer som inte

förväntas kräva så mycket vård. Ett annat och viktigare problem är att en hög andel fast ersättning ger ekonomiska incitament att underbehandla. Det gäller särskilt om den fasta ersättningen kombineras med ett omfattande kostnadsansvar. Det breda åtagandet i kombination med en hög andel fast ersättning påverkar också den framtida konkurrenssituationen till fördel för större enheter med många listade individer.

Hur kan man motverka att vårdenheter »plockar russinen ur kakan« och snålar på vården?

En fast ersättning per listad individ ställer enligt flera tidigare studier krav på att ersättningen riskjusteras för att motverka en situation där vårdgivare försöker undvika att lista individer som redan är sjuka eller har högre risk för ohälsa (Robinson 2001, Gosden m.fl. 2004). Samtliga svenska landsting ställer krav som innebär att vårdenheterna i princip inte får neka en individ som önskar lista sig. Det finns dock många sätt att indirekt påverka vem som listar sig, t.ex. genom lokalisering av vårdenheter i attraktiva områden eller genom riktad marknadsföring. Genom en riskjustering av ersättningen kan sådana skevheter undvikas. Det är också fullt möjligt att göra det särskilt lönsamt för vårdenheter att exempelvis lista vårdtunga och/eller socioekonomiskt svaga individer, om man så önskar.

Samtliga landsting har någon form av riskjusterad ersättning, men som framgår av tabell 6.2 varierar principerna. De flesta landsting har valt en enkel form av justering utifrån åldersklasser medan Region Skåne och Västra Götalandsregionen har valt en mer utvecklad justering baserad på vårdtyngd (diagnosklassificering) och socioekonomi. Det finns för närvarande ingen närmare kunskap om hur dessa olika sätt att riskjustera kommer att påverka verksamhetens utveckling. I princip ger dock skillnaderna olika ekonomiska incitament till vårdenheter i t.ex. Region Skåne och Halland.

I Halland får en vårdenhet en fast ersättning för varje individ i ett visst åldersintervall som listar sig, oavsett hur mycket vård in-

dividen behöver. Genom att lista flera individer kan vårdenheter utjämna de olika risker som kan finnas inom varje åldersintervall. Om en vårdenhet skulle bli populär bland äldre med en viss kronisk sjukdom (t.ex. för att man har anställt en duktig läkare med viss kompetens) kan den vårdenheten få ekonomiska problem eftersom ersättningen baseras på det genomsnittliga vårdbehovet i respektive åldersintervall. För att ersättningarna till vårdenheter i Halland ska bli rättvisa förutsätts att vårdgivare listar en genomsnittlig population, eller att olika individuella vårdbehov bland listade tar ut varandra på annat sätt. Det är knappast möjligt för en vårdenhet i Halland att utveckla sin verksamhet mot exempelvis vård av multisjuka äldre, eftersom det med all säkerhet skulle innebära en ekonomisk förlust.

I Region Skåne och Västra Götalandsregionen är incitamenten annorlunda. Listning av en individ med diabetes och hjärtsvikt ger mer ersättning än listning av en individ i samma ålder utan dessa diagnoser. Ersättningen till varje enhet är mer direkt kopplad till den förväntade vårdtyngden bland dem man faktiskt listat. Det blir därmed mindre känsligt vilka man har listat och det finns i princip möjligheter att nisch verksamheten mot exempelvis vård av kroniskt sjuka. Detta förutsätter naturligtvis att ersättningsnivån i sig är rimlig och anpassad till åtagandet.

Även med en väl utvecklad riskjustering kommer en fast ersättning per individ att ge ekonomiska incitament att begränsa tillgången till vård för de individer som har listat sig på vårdenheten. Alla insatser för patienterna ökar kostnaderna utan att öka intäkterna, vilket innebär att det ekonomiska resultatet försämras. Det är en väsentlig skillnad jämfört med om vårdenheter ersätts per prestation eftersom en ökad volym vård i så fall också är förknippad med ytterligare intäkter. Med en hög andel fast ersättning kan det också finnas incitament till kostnadsövervältringar på andra vårdgivare. Studier i både Danmark och Norge har visat att en högre andel fast ersättning till allmänläkare kan leda till fler remisser till annan specialistvård (Krasnik m.fl. 1990, Iversen och Lurås 2000). Detta kan motverkas genom att primärvården får ett kostnadsansvar även för remisser. Samtidigt skapar en sådan lös-

ning ekonomiska incitament att begränsa antalet remisser, vilket spär på potentiella problem med underbehandling.

De ekonomiska incitamenten att begränsa tillgängligheten till vård kan i slutändan få återverkningar på förtroendet för primärvården sett ur befolkningens perspektiv. Tidigare jämförelser mellan OECD-länder indikerar att patienterna är mindre nöjda med primärvården i länder där allmänläkare har en formell »grindvaktsfunktion« och där det finns mer begränsade möjligheter för befolkningen att uppsöka annan specialistvård utan remiss (Kroneman m.fl. 2006). En möjlig förklaring är att primärvården i dessa länder uppfattas »stå i vägen« mellan patienterna och specialistvården. Patienter kan börja undra på vems sida primärvården står – är primärvården en part att lita på, eller ser vårdenheter mer till sina ekonomiska incitament att kontrollera kostnaderna?

De ekonomiska incitament som följer av ersättningsprinciper och kostnadsansvar ska naturligtvis inte överbetonas. Det finns många andra motiv och drivkrafter som påverkar vårdpersonalens beteende, inklusive betydelsen av god kontakt med patienterna och att tillhandahålla vård utifrån professionella krav och utgångspunkter. Vårdval innebär dessutom att de vårdenheter som inte lever upp till patienternas förväntningar kan väljas bort till förmån för andra. Vårdval blir därmed, åtminstone i teorin, ett kraftfullt verktyg för att motverka de ekonomiska incitament till »undervård« som följer av en fast ersättning och ett brett kostnadsansvar. För landsting som tror på denna logik blir det viktigt att uppmuntra aktiva val från befolkningen och ge stöd till nyetableringar så att det finns alternativa vårdgivare att välja mellan (Le Grand 2007).

Det finns också andra åtgärder för att motverka riskerna för undervård, t.ex. kliniska riktlinjer, undantag för patienter med höga kostnader (ytterfall), öppen jämförelse av kvalitet mellan vårdenheter samt en särskild målbaserad ersättning om definierade kvalitetsmål uppfylls (Miller 2009). En viktig poäng med ovanstående resonemang är att sådana åtgärder inklusive en väl fungerande konkurrens blir av *större* betydelse för de landsting som följer Hallandsmodellen. I Stockholmsmodellen är det egentligen av mindre betydelse att konkurrensen fungerar. Mottagningar måste

ändå producera besök för att få någon ersättning och man har ingen anledning att begränsa den vård man inte har kostnadsansvar för. I någon mening kan den modell som har valts i Stockholm därmed förefalla mer ändamålsenlig i glest befolkade delar av landet med sämre förutsättningar för konkurrens. Den modell som först utvecklades i Halland, och som sedan har fått stor spridning i övriga landet, passar istället allra bäst i Stockholm och andra tätbefolkade delar av landet.

Hur påverkar vårdvalsmodellerna konkurrenssituationen?

I läroböcker associeras begreppet »perfekt konkurrens« vanligtvis med många säljare och köpare samt obegränsad tillgång till information om priser och kvalitet på de varor eller tjänster som bjuds ut på marknaden. I praktiken har både teoretiska och empiriska studier funnit att en väl fungerande konkurrenssituation kan uppnås med betydligt färre aktörer (Hultkrantz och Nilsson 2004). Det är inte heller enbart antalet existerande alternativ som har betydelse (ett statiskt perspektiv) utan även möjligheten för nya aktörer att få tillträde på marknaden (ett dynamiskt perspektiv) (Shapiro och Varian 1999). Nya aktörer utvecklar vanligtvis marknaden med nya idéer och tjänster och är därför av stor betydelse för en långsiktig positiv utveckling. Ett ständigt hot från potentiella nya aktörer är också viktigt för att sätta press på befintliga aktörer, särskilt om de är få till antalet (Baumol m.fl. 1982). I många länder har därför bevakningen av konkurrens allt mer kommit att handla om att undvika etableringshinder snarare än att mäta koncentrationen i form av antalet aktörer.

Eftersom landstingen kommer att vara ensamma köpare av tjänster inom vårdvalssystemen kommer deras agerande att vara avgörande för vilken konkurrens som uppstår. Att underlätta och ge stöd för befolkningens val kommer att vara en gemensam utmaning för landstingen. Tidigare enkätstudier, både internationellt och i Sverige, tyder på att i stort sett alla i befolkningen vill ha möjligheten att välja (Le Grand 2007, Hjelmgren och Anell 2007). Det gäller även äldre människor, och oavsett inkomstgrupp och

bostadsort. Däremot är det ganska få som väljer en ny vårdgivare när man väl gjort sitt val (Fotaki m.fl. 2008).⁵ Det gäller i synnerhet individer som behöver uppsöka vården ofta och därför sätter stort värde på kontinuitet. En amerikansk studie bland individer över 65 år fann att det vanligaste skälet till omval av läkare i primärvården var att man tvingades till det, exempelvis därför att deras läkare avlidit eller flyttat, eller att deras försäkringsvillkor ändrats (Mold m.fl. 2004). På samma sätt som människor sällan byter bank och att det därför finns en diskussion om att underlätta sådana byten och sprida information om avgifter, räntor m.m., finns det anledning att vidta åtgärder för att underlätta och uppmuntra befolkningens vårdval.

När det gäller utrymme för alternativa vårdenheter, det andra villkoret för att vårdval ska fungera, kommer utmaningarna för landstingen till viss del att bero på modellernas utformning. Generellt gäller att förekomsten av alternativa vårdgivare påverkas av befolkningsstruktur (färre alternativa vårdgivare i glesbygd) och förväntningar om lönsamhet (fler alternativa vårdgivare vid högre ersättningsnivåer, konkurrensneutralitet och stabilitet i förutsättningarna). Därutöver finns det skäl att tro att etableringshindren är större i de landsting som väljer en hög andel fast ersättning med brett ansvar för vårdenheter. Logiken bakom det resonemanget är att varje vårdenhet med sådana förutsättningar tvingas bära en större ekonomisk risk i jämförelse med vårdenheter som får betalt per prestation och som har ett mera begränsat ansvar. Risker kan reduceras genom att ersättningen riskjusteras – en utvecklad riskjusterad ersättning blir på detta sätt även en åtgärd för att främja nyetableringar – och/eller genom att patienter med höga kostnader undantas. Spridningen i faktiska kostnader inom olika patientgrupper kommer dock att kvarstå även om sådana åtgärder vidtas.

Det enklaste sättet för vårdenheterna att hantera den ökade ekonomiska risken är att lista fler individer, antingen genom att växa i storlek eller att gå samman med andra vårdenheter. »De sto-

5. En mindre grupp individer tycks sällan bli nöjda och väljer snarast om kontinuerligt. Denna grupp kan vara nog så besvärlig att hantera för vårdgivarna, men den är relativt liten.

ra talens lag« innebär att spridningen i risker och kostnader som inte justeras i ersättningen tar ut varandra. Detta kan i sin tur skapa ett dilemma för landsting som valt en modell med brett åtagande, hög andel fast ersättning och omfattande kostnadsansvar för vårdenheter i primärvården. Å ena sidan blir det viktigare med konkurrens för att hantera potentiella negativa effekter i form av underbehandling och sämre kvalitet. Å andra sidan kan det bli svårare att skapa en sådan konkurrens eftersom modellen i sig skapar etableringshinder för nya aktörer. Små enheter kommer att få svårare att hantera den ekonomiska risken och blir mer beroende av vem som listar sig på enheten.

Erfarenheter av vårdval

Det finns ännu så länge begränsad dokumentation av erfarenheter och effekter av de nya vårdvalsreformerna. Tillgänglig dokumentation från Stockholm och Halland tyder på en förbättrad tillgänglighet och en nöjd befolkning, men det finns frågetecken om hur exempelvis vården för vårdtunga patientgrupper har påverkats. Vårdval har också skapat en förändrad marknadsstruktur som ger anledning för landstingen att fundera över den framtida styrningen, inte minst av de vårdenheter som drivs i egen regi.

När det gäller etablering av nya privata aktörer och befolkningens utnyttjande av sina nya valmöjligheter finns ett gemensamt mönster bland de landsting som infört vårdval. Under det första året tillkommer vanligtvis flera nya aktörer, särskilt i befolkningstäta områden.⁶ Under andra och tredje året med vårdval visar data från både Halland och Stockholm att färre nya aktörer etablerar sig och att etableringar i större utsträckning sker utanför städerna. Den initiala koncentrationen av nya vårdenheter kan tolkas som att det huvudsakligen är i tätbefolkade områden som konkurrensen och valfriheten ökar vid ett införande av vårdval. En annan

6. I Västmanland, som till skillnad från Halland och Stockholm följde gällande regelverk om offentlig upphandling när vårdval infördes 2008, tillkom enbart två privata aktörer.

tolkning är att primärvården tidigare fungerat allra sämst i de större städerna och att detta kan ha bidragit till att det är enklare för privata alternativ att etablera sig i dessa områden. Även sett till befolkningens val finns en skillnad mellan effekter på kort och lång sikt. Andelen av befolkningen som väljer ny vårdenheter är störst vid införandet av vårdval, för att sedan minska. Andelen som väljer är särskilt stor i områden där vårdenheter tidigare haft ett geografiskt ansvar, där det finns många olistade individer och där nya privata enheter etablerar sig.

I Halland ökade antalet privata aktörer från 12 till 20 under första året med vårdval (Paulsson 2008). Under 2008 tillkom ytterligare två privata enheter och under 2009 ytterligare en privat enhet, vilket innebar att alla kommuner utom Hylte (mest glesbygd) fått minst en ytterligare privat aktör efter införandet av vårdval. Åtminstone tre fristående privata mottagningar har senare sålts till Capio respektive Carema, som därmed driver mindre kedjor med 2–3 verksamheter i Halmstad respektive Kungsbacka. Trots att de offentligt drivna vårdenheter i Halland förlorat listade invånare till förmån för den privata sektorn, och därmed minskat sin marknadsandel från 73 till 61 procent av antalet listade mellan 2006 och 2009, har antalet offentligt drivna enheter endast minskat med en, och den övergick i privat regi (Paulsson 2010). Statistik visar att invånarna i Halland har gjort ca 136 000 aktiva val sedan möjligheterna att välja infördes (Paulsson 2010).⁷ Det är emellertid endast de invånare som aktivt valt att byta vårdgivare som finns med i denna statistik. Därutöver finns ett stort antal invånare som gjort det aktiva valet att behålla den vårdgivare man blev föreslagen när vårdval infördes. De allra flesta val gjordes i samband med att vårdval infördes 2007. De aktiva vårdval som registrerats under 2008 och 2009 förklaras till stor del av nyinflyttade och att en vårdcentral övergick i ny regi (Paulsson 2010).

I Stockholm etablerades ett 30-tal nya vårdenheter vid införan-

7. I denna siffra ingår även de val som gjordes i Kungsbacka och Halmstad innan Vårdval Halland infördes 2007. I dessa båda kommuner fanns en möjlighet att välja vårdgivare några år före vårdvalsreformen. Notera också att uppgifterna avser *antal gjorda val*, och alltså inte antal individer som har gjort aktiva val.

det av vårdval under perioden januari 2008 till mars 2009, en ökning med 15 procent. De allra flesta av dessa nya enheter var under det första året koncentrerade till innerstaden. Under 2009 var det fler vårdenheter som istället etablerade sig i ytterområdena, vilket tyder på att marknaden i innerstaden är mättad. En ny trend under 2009 var dessutom att större sjukvårdsföretag köpte upp befintliga enheter snarare än att investera i nya. Koncentrationen på marknaden är fortfarande begränsad, men exempelvis både Carema och Capio äger mindre kedjor på 7–8 mottagningar.

En uttalad målsättning bakom införandet av vårdval i Stockholm var att åstadkomma en förbättrad tillgänglighet till allmänläkare. Det förklarar också den högre andelen ersättning per besök jämfört med andra landsting. Sett till de uppföljningar som gjorts ökade också antalet läkarbesök i alla geografiska områden i Stockholm under det första året med vårdval (Stockholms läns landsting 2009). Fördelningen mellan kön, ålder och diagnoser var densamma under 2008 och 2009 som under 2007. När det gäller andra yrkeskategorier varierar utvecklingen. Antalet psykosociala besök och besök hos arbetsterapeuter ökade lika mycket som läkarbesöken medan antalet besök hos sjukgymnaster minskade.

Trots ökningen i antal besök har kostnaderna i löpande priser ökat i ungefär samma takt under 2008 och 2009 som tidigare år. Det har resulterat i en positiv produktivitetsutveckling med drygt 10 procent 2008 och knappt 3 procent 2009 mätt som kostnader per viktad vårdkontakt (Rehnberg m.fl. 2010). Det finns dock betydande skillnader mellan olika mottagningar, vilket tyder på att det finns ett utrymme för ytterligare produktivitetssökningar. Det finns ingen signifikant skillnad i produktivitet mellan privata och offentliga mottagningar (Rehnberg m.fl. 2010). Fallstudier har emellertid indikerat att läkare som arbetar på mottagningar i socioekonomiskt tunga områden i genomsnitt har fler listade individer och tar emot fler patientbesök än läkare inom Stockholms vårdvalsmodell i genomsnitt (Ernst & Young 2008).

En tidig granskning av införandet av Hälsoval Skåne visar att tio privata och två offentliga vårdenheter har tillkommit (Region Skåne 2009). Därutöver har sex vårdenheter utökat sin verksam-

het. Sammanlagt fanns vid införandet av vårdval i maj 2009 123 valbara enheter, vilket betyder att antalet nyetableringar var relativt sett färre jämfört med Halland och Stockholm. En möjlig förklaring är att ersättningsnivåerna i Region Skåne uppfattades som mindre gynnsamma. Den geografiska spridningen av de nya enheterna är ojämn med fem av de nya enheterna i Malmö och ingen ny enhet i det mer glest befolkade nordöstra Skåne.

I Västra Götalandsregionen har betydligt fler nya privata vårdenheter tillkommit som följd av införandet av vårdval i oktober 2009. Det har förklarats av att det inledningsvis fanns en större andel i befolkningen som inte hade listat sig på någon vårdenheter. I likhet med erfarenheter från andra landsting fanns åtminstone initialt en ojämn fördelning av nyetableringarna till förmån för befolkningstäta områden. Av hela 64 nya vårdenheter i Västra Götalandsregionen vid införandet av vårdval återfanns 36 i Göteborgsområdet.

Antal val och antal nyetableringar är i sig inte tydliga indikatorer på om vårdvalsmodellerna fungerar eller inte. Det avgörande är istället att befolkningen på ett enkelt sätt kan välja en ny vårdenheter om de önskar samt att det är lätt för nya alternativa vårdenheter att etablera sig. Barriärerna till både omval och etablering av nya alternativ ska vara så låga som möjligt. Hittills är det framför allt barriärer i form av olika etableringshinder som uppmärksammas. I en granskning av Konkurrensverket har exempelvis betydelsen av passiv listning av individer som inte gjort ett val lyfts fram (Konkurrensverket 2009:5). En sådan listning gynnar redan etablerade privata och offentliga vårdenheter och en strikt tillämpning av den s.k. närhetsprincipen kan få stora och orimliga konsekvenser för närbelägna vårdenheter. Eftersom den passiva listningen ger konkurrensfördelar till befintliga vårdenheter kan också hävdas att offentligt driven verksamhet gynnats eftersom denna utgjort den största delen av den sedan tidigare etablerade primärvården.

I debatten om konkurrensneutralitet har också förekommit annan kritik mot offentligt verksamhet, exempelvis att denna på olika sätt subventionerats genom omställningsstöd. Införandet av vårdval och fler privata alternativ reser också mera övergripande frå-

gor om hur kraven på strukturiomvandling ska hanteras. Det är uppenbart i Halland att de landstingsdrivna enheterna med sämst ekonomiskt resultat har fått ett ännu sämre resultat sedan vårdval infördes (Paulsson 2008 och 2009). Det är samtidigt oklart hur landstingsledningen kommer att hantera denna problematik i ett längre perspektiv. Likaså visar en tidigare granskning av vårdvalet i Region Skåne att det redan vid införandet av vårdval fanns landstingsdrivna vårdenheter med mycket svagt ekonomiskt resultat, som sannolikt kommer att få svårt att klara sig på egen hand i ett längre tidsperspektiv (Region Skåne 2009). Granskningen visade också att det inte fanns några tydliga principer om hur enheter i egen regi som går med förlust ska hanteras.

Sett i ett nationellt perspektiv förefaller det finnas politiska intentioner i åtminstone några landsting att olönsamma enheter i egen regi ska få drivas vidare, såvida andra landstingsdrivna enheter genererar ett överskott, och den landstingsdrivna verksamheten därmed klarar sig på den totala ersättning man får inom ramen för vårdvalet. Även om det kan finnas argument för en sådan intention bidrar den till att skapa etableringshinder för nya vårdenheter inom de områden där offentliga enheter tillåts driva verksamheten med underskott. Man hindrar också en positiv utveckling bland de offentliga enheter som går med överskott, eftersom överskottet inte kan investeras i den egna verksamheten utan istället används för att stödja olönsamma enheter.

Krav på styrning för ett lyckat vårdval

Införande av vårdval för befolkningen och ökad konkurrens med fler privata alternativ är tänkt att stärka primärvården generellt sett och lösa problem med bl.a. bristande tillgänglighet till första linjens vård. Nödvändiga villkor för att konkurrensen ska fungera är dels att det faktiskt finns alternativa vårdenheter att välja mellan, dels att befolkningens valmöjligheter är reella och baseras på relevant information om skillnaderna mellan de olika alternativen. För att uppnå en sådan situation krävs nya former för styrning i

landstingen. Ett väl fungerande vårdvalssystem löser dock inte alla problem och kan leda till oönskade effekter. Vi hävdar därför att landstingen har anledning att vidta kompletterande åtgärder för att påverka utvecklingen i önskvärd riktning, inklusive att se över ägarstyrningen av den landstingsdrivna primärvården.

De flesta landsting tycks anse att vårdenheter i primärvården ska ta ett brett ansvar för sina patienters behov av öppenvård. Detta kan också förklara valet av ett mera heltäckande kostnadsansvar och den i huvudsak fasta ersättning per listad individ som flertalet landsting har valt att införa. För att balansera ekonomiska incitament att underbehandla givet en sådan ersättningsprincip blir det viktigt att konkurrensen fungerar. En faktor som kan försvåra en sådan konkurrenssituation är att principerna indirekt ger stöd åt större enheter och/eller horisontell integration. I praktiken syns än så länge bara små steg mot en sådan integration, och det verkar inte finnas någon uppenbar skillnad mellan exempelvis Stockholm och Halland. På grund av skillnader i befolkningsstrukturen är det dock svårt att jämföra utvecklingen i de båda landstingen. Det är också för tidigt att säga om utvecklingen i Region Skåne och Västra Götalandsregionen, där befolkningsstrukturen i storstäderna påminner mer om Stockholm och där vårdenheter får bära en ännu högre ekonomisk risk jämfört med Halland, kommer att var mer gynnsam för större enheter och därmed stimulera till sammanslagningar.

Oavsett utvecklingen i landstingen kan det hävdas att den ekonomiska risken för vårdenheterna är acceptabel och att denna risk måste balanseras mot modellens fördelar. En utveckling mot horisontell integration och större enheter kan också vara förknippad med fördelar i termer av kostnader och kvalitet. En sådan utveckling skapar även förutsättningar för investeringar i varumärken, där t.ex. en nyinflyttad kan välja en vårdenhet som ägs av ett sjukvårdsföretag som man tidigare haft positiva erfarenheter av.⁸ Större enheter och horisontell integration är därför inte ett problem i sig.

8. Enligt samma princip – »man vet vad man får» – väljer vi t.ex. oftast kända restaurangkedjor längs med vägarna i brist på egen erfarenhet.

En sådan utveckling kan bidra till innovationer och nya lösningar på problem. Däremot blir det viktigare för landstingen att se till att befintliga aktörer utsätts för ett potentiellt hot om konkurrens.

Ett ökat antal vårdgivare har i sig begränsad betydelse för konkurrensen om inte befolkningen är beredd att välja ny vårdgivare. Erfarenheter från de landsting som infört vårdval bekräftar att förhållandevis få individer ändrar sig när de väl gjort sitt val (Konkurrensverket 2009). En positiv tolkning av detta är att kontinuitet mellan vårdgivare och patient är viktigt och att individerna därför är obenägna att byta vårdenhet. Men »trögheterna« kan även uppfattas som problem om de innebär att individer inte väljer bort enheter med undermåliga prestationer. För landstingen gäller det att underlätta individernas val och att så långt som möjligt ge stöd i form av information om skillnader i kvalitet mellan enheter. Även om informationen inte alltid används kan det finnas ett värde i att vårdenheter »öppnar upp sig« gentemot befolkningen. På samma sätt som en transparent prioriteringsprocedur kan skapa acceptans för prioriteringsbeslut kan transparenta jämförelser av primärvårdens resultat på sikt skapa större förtroende för verksamheten. Antalet individer som varje år väljer ny vårdgivare kommer sannolikt att vara begränsat, men hotet om att det kan ske blir möjligen mer reellt för vårdenheterna med jämförelser av skillnader i kvalitet.

I detta perspektiv är också de långtgående möjligheterna som finns för medborgarna att vid besök i primärvården välja andra vårdenheter utan att behöva lista om sig logiska. På längre sikt kan möjligheten att vara »otrogen« mot den vårdenhet man listat sig på till och med bidra till ett ökat förtroende för primärvården, och att man väljer att gå till den enhet man valt. Vi tror dock inte att man ska ha en överdriven tilltro till befolkningens förutsättningar att välja bort vårdenheter med för dålig kvalitet, åtminstone inte på kort och medellång sikt. Sannolikt krävs kompletterande åtgärder i form av riktlinjer för behandling av kroniska sjukdomar, en mera utvecklad målbaserad ersättning utifrån medicinska resultat, krav på uppföljning, möjligheter till medicinsk revision samt »exit-regler« för vårdenheter som inte klarar kvalitetskraven men trots det inte blir utkonkurrerade.

En sådan utveckling kräver kunskaper som primärvårdens företrädare själva bör ta fram och utveckla. Den kliniska forskningen har tyvärr aldrig haft något stabilt fotfäste i svensk primärvård, och det finns farhågor att vårdval snarast kan leda till försämringar. En ökad satsning på klinisk forskning i primärvården kommer inte att skapas genom vårdval i sig. Däremot bör landstingen liksom primärvårdens egna företrädare inse vikten av en sådan utveckling och lägga fast ramar för hur den kliniska forskningen kan stödjas.

Ett särskilt problem är hur effekter av befolkningens val ska få genomslag på offentliga vårdenheter. I de landsting där vårdval införts har den offentliga sektorn generellt sett förlorat listade individer till privata aktörer. Det skapar press på besparingar och nedläggning av offentliga vårdenheter som inte klarat sig i konkurrensen. Sådana beslut kommer även framöver att vara politiska. Det antyder att landstingens styrning av vårdvalsmarknaden bör vara väl åtskild från landstingens roll som ägare av vårdenheter. I Region Skåne har man hanterat detta genom en uppdelning av det politiska ansvaret mellan Vårdproduktionsberedningen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, och likaså med en uppdelning av det administrativa ansvaret mellan Primärvårdsförvaltningen och Hälsovalskontoret (Region Skåne 2009).

I andra landsting har man valt andra organisatoriska lösningar. Frågan om hur man ska hantera offentligt ägda vårdenheter som utsätts för ekonomisk press återstår dock att besvara. I det sammanhanget är det viktigt att man bestämmer sig för om det är hela primärvårdsförvaltningen som är en resultatenhet, och som därmed ska uppnå minst ett nollresultat, eller om varje vårdenhet är en egen resultatenhet. Väljer man det förra alternativet kan ett dåligt ekonomiskt resultat i en vårdenhet kompenseras av ett bra ekonomiskt resultat i en annan vårdenhet. Väljer man i stället att se varje vårdenhet som en egen resultatenhet måste varje enhet klara sig själv ekonomiskt. Beroende på val av lösning kommer både etableringsmöjligheterna för nya aktörer och förutsättningarna för verksamhetsutveckling i den offentliga regin att påverkas. De fördelar som kan finnas i att behandla den egna regin som en »koncern« måste vägas mot nackdelarna i form av sämre

etableringsvillkor för nya alternativ, sämre möjligheter för offentliga enheter med bra ekonomiskt resultat att investera i egen verksamhetsutveckling, lägre incitament för offentliga enheter att ha en ekonomi i balans, och sämre villkor generellt för förnyelse och innovationer.

Ett alternativ på sikt är naturligtvis att koncentrera det offentliga ägandet av vårdenheter till områden där det inte finns förutsättningar för privata aktörer och konkurrens. När fler privata aktörer etablerar sig på marknaden blir emellertid sannolikt de finansiella incitamenten viktigare (Devereaux m.fl. 2004, Schlesinger och Gray 2005). Det finns därför skäl att utveckla nya former för styrningen först. På åtminstone kort och medellång sikt kommer också landstingsdrivna vårdenheter i vårvalssystemen att vara i majoritet i de flesta landstingen. Det är därför angeläget att landstingen styr dessa enheter på ett sätt som dels skapar konkurrensneutralitet, dels uppmuntrar till hög produktivitet och effektivitet och en ändamålsenlig verksamhetsutveckling. I den tidiga granskning som gjorts av Hälsoval Skåne (Region Skåne 2009) framförde företrädare för de landstingsdrivna vårdenheterna att de upplever sig kringskurna av såväl förvaltningsledningen som den politiska ledningen, och att det överhuvudtaget var oklart vilka spelregler som gällde för dessa enheter. Hur ska ett ekonomiskt överskott på en enhet hanteras, hur ska ett ekonomiskt underskott hanteras, vilka frihetsgrader har man att profilera sig, vilka möjligheter har man att gå samman eller utöka samverkan med andra enheter, är exempel på frågor som man inte upplevde var tydligt och klart besvarade under det första året med Hälsoval Skåne. Inom samtliga dessa områden pågår dock ett arbete med att tydliggöra spelreglerna.

När det gäller frågan om konkurrensneutralitet är det avslutningsvis noterbart att Konkurrensverket (2009) framfört att det »kan vara svårt (för att inte säga omöjligt) att uppnå rättvisa konkurrensförhållanden mellan offentligt och privat ägda vårdgivare i ett vårdvalssystem« (s. 9). Erfarenheterna från Halland och Skåne visar att privata vårdgivare ofta upplever att offentliga vårdenheter har konkurrensfördelar eftersom de bl.a. tillåts gå med ekonomiskt underskott, medan företrädare för de offentliga vårdenhe-

terna upplever att de privata enheterna har en konkurrensfördel eftersom de kan vara mer snabbfotade när det gäller verksamhetsförändringar eftersom de slipper den politiska beslutsprocessen. Eftersom frågan om konkurrensneutralitet är avgörande för vårdvalsmodellernas utveckling har Konkurrensverket en viktig uppgift att följa utvecklingen och landstingens ageranden även fortsättningsvis.

Även om vårdval initialt handlar mycket om konkurrens mellan vårdenheter finns det också uppgifter som måste lösas i samverkan. Den kliniska forskningen är ett sådant exempel som diskuterats tidigare. Ett annat exempel är hur vårdenheter löser sina åtaganden under jourtid. Det finns också en mängd investeringar i uppföljningssystem och IT som blir mer kostnadseffektiva om de görs i samverkan. Det finns avslutningsvis ett gemensamt övergripande intresse bland dem som är verksamma inom primärvården – privata såväl som offentliga aktörer – att verka för branschens bästa.

Slutsatser och förslag

Tidigare erfarenheter visar att det är svårt att förutsäga effekter vid reformer som på ett fundamentalt sätt ändrar beteendet på en vårdmarknad (Saltman och Busse 2002). Det gäller naturligtvis även införandet av vårdval i den svenska primärvården. Det finns därför anledning att noga följa upp och utvärdera de vårdvalsmodeller som införts. Utifrån tidiga erfarenheter och något mer ingående analyser av de vårdvalsmodeller som hittills införts vill vi föreslå följande policy för landstingens styrning:

- Håll »trösklarna« för befolkningens omval och etablering av nya privata alternativ så låga som möjligt.
- Behåll möjligheter för befolkningen att besöka andra vårdenheter utan krav på att registrera ett omval.
- Utveckla transparenta jämförelser av kvalitet för att: a) skapa press på vårdenheterna, b) ge stöd till befolkningen i deras val och c) öka förtroendet för primärvården.

- Inför riskjusterad ersättning till vårdenheter utifrån t.ex. vårdtyngd och socioekonomi samt ge möjligheter till undantag för patienter med höga vårdkostnader.
- Utveckla den målbaserade ersättningen med fokus på primärvårdens uppdrag och särskilt medicinsk kvalitet och prevention.
- Ge vårdenheterna rimliga ersättningsnivåer som svarar mot uppdraget och ger möjligheter till ett bredare ansvar för den öppna vården.
- Ställ krav på följsamhet till kliniska riktlinjer med möjligheter till medicinsk revision och »exit« för vårdenheter som inte klarar kvalitetskraven.
- Skapa incitament och förutsättningar för primärvårdens företrädare att själva medverka och styra framtagandet av riktlinjer utifrån kunskap och klinisk forskning.
- Lyft fram behovet av samverkan, i synnerhet för att förbättra den kliniska forskningen i primärvården, för att lösa jourfrågor och för att investeringar i uppföljningssystem och IT ska kunna göras på ett så effektivt sätt som möjligt.
- Klargör spelreglerna för de landstingsdrivna enheterna vad gäller t.ex. hantering av ekonomiska underskott och överskott, nedläggning, sammanslagning, profilering m.m.

I en framtida styrning från landstingens sida finns det även anledning att beakta utvecklingen inom den privatfinansierade sjukvården. I nuläget omfattas ungefär 4,5 procent av Sveriges befolkning av en privat sjukvårdsförsäkring, vanligtvis via arbetsgivaren. Det finns dock stora skillnader inom landet, med större andel privata inslag i storstäderna. De modeller som införts i Stockholm, Skåne och Västra Götaland berörs i olika utsträckning av denna utveckling. I Stockholm tillämpas enbart aktiva val. I den utsträckning privat försäkrade inte gör något vårdval utgår ingen fast ersättning för dessa individer till någon vårdenhet. I de andra två landstingen listas däremot i princip hela befolkningen på någon vårdenhet. Gör man inget eget val blir man passivt listad hos närmaste vård-enhet eller hos den enhet där man gjort sitt senaste besök. Det

innebär att vårdenheter kan få en fast ersättning för individer som har en privat lösning och aldrig uppsöker den vårdenhet där man blivit listad.⁹ En fortsatt ökning av antalet privat försäkrade kan på så sätt skapa olika ekonomiska förutsättningar för vårdenheter, beroende på om man verkar i ett område med hög eller låg andel privat försäkrade.

Ett alternativ för framtiden är att ge hela befolkningen möjligheter att välja bort de vårdenheter som landstingen erbjuder och istället använda »sin« vårdpeng som grundplåt för en privat sjukvårdsförsäkring med primärvård som bas. Beroende på vilka premier befolkningen är beredd att betala utöver vårdpengen kan olika servicenivåer erbjudas. Ett villkor är naturligtvis att de nya aktörerna tar (minst) samma ansvar för primärvården som om individerna istället valt bland de vårdenheter som godkänts av landstingen. Det får inte uppstå någon merkostnad för landstingen. Med en sådan möjlighet skulle även landstingens vårdvalsmodeller få konkurrens. Om det som erbjuds uppfattas som bristfälligt kan de individer som önskar välja en privat lösning. Möjligheterna till valfrihet och inte minst utrymmet för innovationer vad gäller erbjudanden skulle öka väsentligt. En avgörande skillnad är att landstingen måste acceptera att befolkningen får tillgång till olika primärvård beroende på betalningsviljan. Sådana skillnader existerar redan i praktiken, men det är en annan sak att bejaka utvecklingen genom offentliga medel och ge fler individer möjligheter att skaffa sig det man vill ha genom privat tilläggsfinansiering. Frågan är om befolkningen i stort och kanske framför allt våra politiker är beredda att acceptera en sådan utveckling.

9. Ett argument för att ändå utnyttja den offentligt finansierade vården är att patientavgifterna vanligen är högre vid utnyttjande av vård inom en privat försäkring. De individer som har tillgång till privat försäkring får i så fall anledning att vid varje behov av vårdkontakt väga skillnader i tillgänglighet m.m. mot skillnader i avgifter.

REFERENSER

- Anell, A. (2005), *Primärvård i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Anell, A. (2009), *Vårdval i primärvården – Jämförelse av modeller och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner*. Lund: KEFU.
- Anell, A. (2010), »Choice and participation in Swedish primary care.« *Health Economics, Policy and Law*.
- Baumol, W.J., Panzar, J.C. och R.D. Willig (1982), *Contestable markets and the theory of market structure*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Devereaux, P.J., Heels-Ansdell, D., Lacchetti, C. m.fl. (2004), »Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis.« *CMAJ*, 170(12), 1817–1824.
- Ernst & Young (2008), *Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningar*. Ernst & Youngs rapport till Stockholms läns landsting, 2008-06-26.
- Fotaki, M., Roland, M., Boyd, A., McDonald, R., Scheaff, R. och L. Smith (2008), »What benefits will choice bring to patients?« Literature review and assessment of implications. *J Health Serv Res Policy*, 13(3), 178–184.
- Gosden, T. m.fl. (2004), »Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians.« *Cochrane Database Systematic Review*, The Cochrane Library.
- Hjelmgren, J. och A. Anell (2007), »Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden.« *Health Policy*, 82, 314–322.
- Hultkrantz, L. och J.-E. Nilsson (2004), *Samhällsekonomisk analys. En introduktion till mikroekonomin*. SNS Förlag: Stockholm.
- Iversen, T. och H. Lurås (2000), »The effect of capitation on GP:s referral decisions.« *Health Economics*, 9, 199–210.
- Konkurrensverket (2009), »Uppföljning av vårdval i primärvården – Förutsättningar och hinder« (Delrapport 1). *Konkurrensverkets rapportserie 2009:5*. Stockholm: Konkurrensverket.
- Krasnik, A., Groenewegen, P.P., Pedersen, P.A., Scholten, P., Mooney, G., Gottschau, A., Flierman, H.A. och M.T. Damsgaard (1990), »Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice.« *British Medical Journal* 360, 1698–1701.

- Kroneman M.W., Maarse, H. och J. van der Zee (2006), Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy* 76, 72–79.
- Lamarche, P.A. m.fl. (2003), *Choices for change: The path for restructuring primary healthcare Services in Canada*. Canadian Health Services Research Foundation (www.chrsf.ca).
- Le Grand, J. (2007), *The Other Invisible Hand*. Princeton: Princeton University Press.
- Miller, H. D. (2009), »From volume to value: Better ways to pay for health care.« *Health Affairs* 28(5), 1418–1428.
- Mold, J.W., Fryer, G.E. och M. Roberts (2004), »When do older patients change primary care physicians?« *J Am Board Fam Pract*, 17: 453–460.
- Paulsson, G. (2008), Vårdval Halland. Utvärderingsrapport 2007.
- Paulsson, G. (2009), Vårdval Halland. Utvärderingsrapport 2008.
- Paulsson, G. (2010), Vårdval Halland. Utvärderingsrapport 2009.
- Region Skåne (2009), *Granskning av Hälsoval Skåne – Implementering av reformen*. Regionrevisionens rapport nr 22. Region Skåne.
- Rehnberg, C., Janlöv, N. och J. Khan (2009), *Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008*. Stockholm: Enheten för hälsoekonomi vid Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
- Rehnberg, C., Janlöv, N., Khan, J. och J. Lundgren (2010), *Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – Redovisning av de två första årens erfarenheter*. Rapport 2010:12. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi.
- Robinson, J.C. (2001), »Theory and practice in the design of physician payment incentives.« *The Milbank Quarterly* 79(2), 149–177.
- Saltman, R.B. och R. Busse (2002), »Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice.« I Saltman, R.B., Busse, R. och E. Mossialos (red.), *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham: Open University Press.
- Saltman, R.B., Rico, A. och W. Boerma (red.), (2006), *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press.
- Schlesinger, M. och B.H. Gray (2005), *Why non-profits matter in American medicine: A policy brief*. Washington: The Aspen Institute.
- Shapiro, C. och H. Varian (1999), *Information Rules*. Harvard: Harvard Business School Press.

Stockholms läns landsting (2009), *Vårdval Stockholm 2008. Vårdvalsrapport januari–december 2008*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

WHO (2008), *The World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

Kapitel 7

Öppen redovisning av sjukvårdens kvalitet: Förhoppningar, utmaningar och vägen framåt

CHARLOTTA LEVAY

I sjukvårdsdebatten framförs ofta krav på att kvalitetsskillnader i sjukvården ska redovisas öppet för att förbättra valfriheten och kvaliteten. Men det är svårt att utforma och använda kvalitetsjämförelser som grund för val. Det saknas också forskningsstöd för att de skulle leda till bättre sjukvårdskvalitet. På sikt kan det skapas bättre utformade kvalitetsrapporter och bättre kunskaper hos allmänheten om hur de ska tolkas, men då behöver informationen översättas i flera led. Författaren till detta kapitel hävdar att det bästa sättet att främja öppen kvalitetsredovisning är att stimulera en öppen och mångröstad diskussion om fallgroparna. Nya nationella initiativ på området bör omfatta insatser för dialog och brett deltagande.

Inledning

Inom sjukvården finns ökade ambitioner att mäta och redovisa resultat. Det nya idealet är öppen kvalitetsredovisning – patienter och upphandlare ska kunna jämföra vad olika vårdgivare har att erbjuda genom allmänt tillgängliga kvalitetsjämförelser. På så vis ska de kunna göra informerade val när de väljer vårdgivare eller gör upphandlingar av vårdtjänster. Tanken är också att vårdgivarna ska spurras till kvalitetsförbättringar när resultaten synliggörs.

Ett aktuellt exempel är de öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen publicerar sedan tre år tillbaka. Andra exempel är den nya hemsidan OmVård.se, som med

stöd av Svenskt Näringsliv redovisar liknande information. En viktig informationskälla för jämförelserna är sjukvårdens nationella kvalitetsregister som redovisar data om behandlingar och behandlingsresultat inom olika sjukdomsgrupper. Kvalitetsregistren har flera andra angelägna användningsområden, såsom medicinsk forskning, lokal kvalitetsuppföljning och granskningar av hur jämlik tillgången till vård är. Numera är de som ansvarar för registren dessutom skyldiga att göra offentliga redovisningar.

På flera sätt är utvecklingen mot öppen resultatredovisning positiv. Under många år har reformerna i sjukvården främst handlat om ersättningssystem, driftsformer och ekonomisk effektivitet. När man talar om verksamhetens resultat är det ofta det ekonomiska resultatet som avses. Det nya intresset för kvalitetsredovisning sätter i stället fokus på behandlingsresultat och medicinsk praxis. Kvalitetsjämförelserna väcker diskussioner om vad vi får ut av vården snarare än hur resurssnål den är. I bästa fall kan utvecklingen premiera vårdgivare som inte bara är bra på att spara pengar utan också på att ge god sjukvård. Patienter och upphandlare får möjlighet att gynna kvalitet och inte bara kvantitet när de fattar beslut om vilken vårdgivare de ska anlita. Det finns också en demokratisk aspekt. Kraven på öppenhet ställs även utifrån ett ideal om öppenhet och transparens i samhället. Medborgarna har inte bara nytta av utan också rätt att få viktig information om offentligt finansierad verksamhet av gemensamt intresse.

Men utvecklingen är inte oproblematisk. De positiva förväntningarna på offentlig kvalitetsredovisning bygger på förhoppningar och hypotetiska resonemang snarare än erfarenhet och forskning. Visst finns det enstaka exempel och studier som visar på gynnsamma effekter, men de forskningsöversikter som har gjorts tyder på att dessa är begränsade och handlar mer om att kvalitetsarbetet stimuleras än att kvaliteten verkligen höjs.

Utifrån den forskning och analys som har gjorts hittills kan man ringa in tre problemområden. För det första är det svårt att göra rättvisande jämförelser av sjukvårdens kvalitet. För det andra tycks inte de tänkta målgrupperna använda sig av jämförelserna i någon större utsträckning för att välja vårdgivare. För det tredje

finns det inga belägg för att jämförelserna verkligen leder till högre vårdkvalitet, samtidigt som det finns potentiella negativa biefekter.

Det här kapitlet diskuterar problemområdena i tur och ordning. Jag för också resonemang om hur de kan nyanseras och hanteras. Svårigheterna är betydande och måste begrundas, inte minst av dem som hoppas och tror på offentlig kvalitetsredovisning. Ett genomgående argument i kapitlet är att man bör akta sig för att anlägga ett alltför statiskt perspektiv. Dagens kunskap bygger på de system för öppna kvalitetsjämförelser som har prövats hittills. Det går att tänka sig en framtida utveckling där metoderna utvecklas och förutsättningarna förändras. Framför allt skulle förutsättningarna förbättras om den allmänna medvetenheten om problemen ökade. Svårigheterna att på ett rättvisande sätt jämföra olika vårdgivares behandlingsresultat är troligen oundvikliga. Men om den tilltänkta publiken är införstådd med att den här sortens information kan vara missvisande och måste tolkas med försiktighet minskar risken för att den feltolkas. Den som vill se mer av öppen redovisning av sjukvårdens resultat bör alltså inte rygga tillbaka inför att svårigheterna lyfts fram – det kan vara just vad som krävs för att jämförelserna ska bli meningsfulla att genomföra.

Sjukvårdens kvalitet är svår att redovisa och jämföra

Det är svårt att mäta och redovisa sjukvårdens kvalitet så att jämförelserna mellan olika vårdgivare blir både rättvisande och lättbegripliga. Ett välkänt problem är att vårdgivare kan ha olika så kallad »casemix« – patienterna de tar emot kan vara mer eller mindre allvarligt sjuka och svåra att behandla, vilket ger helt olika förutsättningar för att nå goda resultat (Davies och Crombie 1997, Mant 2001). Om man jämför någon aspekt av behandlingsresultat mellan olika vårdenheter utan att ta hänsyn till casemixen kommer de enheter som tar emot de mest svårbehandlade patienterna att missgynnas. Om man till exempel jämför andelen framgångsrika

operationer för olika kirurger eller kirurgkliniker finns det risk för att de mest erfarna och specialiserade får de sämsta resultaten, eftersom de tar emot de svåraste fallen. I teorin går det att kompensera för detta genom att kategorisera fallen efter hur svåra de är och justera resultatsiffrorna därefter. Men i praktiken är sådana beräkningar komplicerade och det är svårt att göra korrekta justeringar som tar hänsyn till alla viktiga faktorer (Davies och Crombie 1997, Powell, Davies och Thomson 2003). När det gäller exempelvis höftledskirurgi är det för vissa utfallsvariabler en fördel om patienten är äldre och för andra variabler en nackdel. Eftersom casemix-justeringar är komplicerade är de också svårgenomträngliga och det blir svårare för icke-expertter att tolka jämförelserna (för ett exempel, se Orchard 1994).

Det finns en rad andra svårigheter med att göra rättvisande och relevanta kvalitetsjämförelser som man kanske inte tänker på omedelbart. Överlevnad efter fem eller tio år är till exempel viktiga kvalitetsmått på cancervård. Men de visar ju inte vårdkvaliteten i dag utan kvaliteten på vården som gavs för fem eller tio år sedan. Sådana mätningar kan ha sin betydelse för att jämföra olika behandlingsrutiner. Men om de används som underlag för att välja vårdgivare eller vårdleverantör blir de missvisande.

Ett annat problem är behovet av sammanvägning. Det finns flera olika aspekter och mått på vårdkvalitet – tillfrisknande, överlevnad, återfall, komplikationer, patientnöjdhet, med mera. Om olika vårdgivare ska rankas efter kvalitet måste måtten på något vis vägas samman. Det är långt ifrån självklart hur det ska gå till och vilken vikt olika mått ska tilldelas. Det rör sig om faktorer som är svåra att jämföra sinsemellan. Hur väger man exempelvis överlevnad mot patientnöjdhet? Dessutom kan olika aspekter av vårdkvaliteten vara mer eller mindre viktiga för olika personer. Alternativet är att redovisa flera olika kvalitetsindikatorer för varje vårdgivare. Men så omfattande redovisningar är svåra att överblicka. Utmaningen att väga samman kvalitetsaspekterna och ranka vårdgivarna lämpas över på patienten eller upphandlaren, som vanligen saknar närmare kunskap om hur måtten har tagits fram och vad de egentligen står för.

De flesta kvalitetsjämförelser rymmer även andra sorters sammanvägningar. En kvalitetsbedömning av sjukhus innebär att flera olika klinikers resultat vägs samman. En bedömning av kliniker betyder att flera olika avdelningar, team eller behandlande läkare vägs samman. Till och med en rankning på individnivå, exempelvis av kirurger, innebär att resultaten från flera olika perioder vägs samman. Alla dessa sammanvägningar gör att det uppstår ett glapp mellan det som redovisningen avser och det som patienten eller upphandlaren har att välja mellan.

De reella förutsättningarna att mäta och redovisa vårdkvalitet skiljer sig också åt mellan olika sorters verksamheter. Det medför en risk för överdriven fokus på verksamhetsområden och kvalitetsindikatorer som är enkla att mäta och därmed ingår i den offentliga rapporteringen, på bekostnad av mer svårsmåttade verksamheter och kvalitetsaspekter som kan vara minst lika viktiga från patientens synpunkt (jfr Smith 1995). Om man ser till de nationella kvalitetsregistren finns det både väletablerade register med omfattande och tillförlitlig rapportering och register som kämpar med att samla in och redovisa kvalitetsinformation i tid. Väletablerade register rör vanligen avgränsade vårdinsatser vid specialistkliniker med hög grad av konsensus om hur vården ska bedrivas, såsom knäledsoperationer och hjärtintensivvård. Kämpande och misslyckade register rör typiskt sett lågstatusspecialiteter och långvariga tillstånd som behandlas av flera olika slags organisationer, såsom äldreomsorg och psykiatriska sjukdomar (Levay 2006). Det tycks alltså som om det är svårast att få till stånd rättvisande kvalitetsredovisning just inom de verksamheter som troligen har störst behov av kvalitetsutveckling.

Svårigheterna att mäta och jämföra sjukvårdskvalitet innebär att öppna kvalitetsredovisningar riskerar att skapa en skenbar transparens i stället för den genomlysning av sjukvården som är syftet (jfr Heald 2006). Men det betyder inte att de är olösliga, i synnerhet inte om man ser informationsförmedling som en dynamisk process, där mottagarna har en aktiv och medskapande roll. Svårigheterna att ta fram kvalitetsjämförelser som är helt rättvisande vid första anblicken kommer inte att försvinna. Men man kan

mycket väl tänka sig en utveckling där medvetenheten om problemen ökar och det blir självklart för allt fler medborgare att alla kvalitetsrankningar och betygsättningar måste tolkas och sättas i ett sammanhang (jfr Hood 2006).

En viktig roll kan troligen spelas av aktörer som får rollen av förmedlare. De kan bidra till den översättning som krävs för att informationen ska bli meningsfull (Levay och Waks 2006). När webbplatsen OmVård.se lanserades välkomnades den av Dagens Nyheters ledarsida, som hör till tillskyndarna av öppna kvalitetsjämförelser. Men den utsattes också för en ganska ingående kritisk granskning. Ledarsidan pekade på oklarheter och möjliga felkällor, däribland svårtolkade kvalitetsindikatorer och oredovisad casemix (*Dagens Nyheter*, 2009-09-02). Både den nya webbplatsen och den granskande ledarsidan är exempel på hur delvis nya aktörer kan spela förmedlande roller inom sjukvården när fokus ökar på offentlig kvalitetsredovisning.

Kvalitetsjämförelser är svåra att använda

Ambitionerna att skapa ökad transparens i sjukvården har hög legitimitet och drivs aktivt av aktörer som önskar mer inslag av vårdval och marknad i svensk sjukvård (Blomgren 2007, Blomgren och Sahlin 2007). Internationella undersökningar tyder också på att medborgare efterfrågar mer information om olika vårdgivares kvalitet (Marshall m.fl. 2000, Coulter och Magee 2003). Men när sådan information väl finns tillgänglig används den endast i begränsad utsträckning som beslutsunderlag av vårdgivare och vårdupphandlare (Faber m.fl. 2009, Marshall m.fl. 2000). Till exempel finns det studier som visar att patienter fortsätter att gå till sina sjukhus även när dessa uppvisar höga dödlighetssiffror (Vladek m.fl. 1988, Mennemeyer, Morrissey och Howard 1997).

Helt andra faktorer än kvalitetsredovisningar kan spela en avgörande roll vid vårdval. I en telefonundersökning uppgav en överväldigande majoritet att de föredrog en kirurg eller ett sjukhus som hade vårdat dem eller deras familjemedlemmar under lång

tid utan problem framför en ny vårdgivare som rankades högre av experter (Kaiser Family Foundation & Agency for Health Care Policy and Research 1996, Robinson och Brodie 1997). En annan studie tydde på att de flesta litar mer på uppgifter från vänner och anhöriga och föredrar dem som informationskällor framför offentliga kvalitetsrapporter (Gibbs, Sangl och Burrus 1996). I en studie där vårdkonsumenter ställdes inför hypotetiska alternativ av vårdplaner framkom att de redovisade kvalitetsskillnaderna behövde vara betydande för att de skulle väga tyngre än andra aspekter av vårdplanen, såsom avgiften, kundservicen, och möjligheten att behålla sin vårdgivare (Harris 2002).

Att patienter inte använder sig mer av tillgängliga kvalitetsdata kan förklaras av att de egentligen har begränsade valmöjligheter, att de inte har tillgång till informationen när de behöver den, eller att de uppfattar den som ointressant, otillförlitlig eller svår att förstå (Marshall m.fl. 2000). Här ligger dock ett hopp om förändring – om kvalitetsinformationen presenteras på ett tydligt och lättillgängligt sätt låter sig människor också påverkas mer av den (Faber m.fl. 2009).

Den begränsade användningen av kvalitetsjämförelser är alltså inte huggen i sten. Om det utvecklas bättre sätt att presentera informationen så att den blir begriplig, relevant och tillförlitlig för de tilltänkta målgrupperna är det fullt möjligt att de börjar använda sig av den när de söker sig till olika vårdgivare. I svensk sjukvård återstår troligen åtskilligt arbete innan sådan information kan förverkligas. Mycket av den tillgängliga kvalitetsinformationen grundar sig på uppgifter från de nationella kvalitetsregistren, och deras rapporter är ofta svåra att förstå för den som saknar medicinsk sakkunskap (Winblad Spångberg 2006). Registren är inte i första hand utformade för offentligheten utan för andra syften, såsom medicinsk forskning, lokal kvalitetsförbättring och uppföljning av sjukvårdsreformer. Den öppna kvalitetsredovisningen har tillkommit som ett syfte i efterhand, när medier och opinionsbildare har ställt krav på att kvalitetssiffror för namngivna kliniker ska offentliggöras (Levay 2006). Medierna brukar också vara snabba med att rapportera när ett kvalitetsregister släpper information som öp-

pet redovisar skillnader i vårdkvalitet mellan olika sjukhuskliniker. Vinklingen är ofta att peka ut de kliniker som har fått sämst resultat, med rubriker som »S:t Göran sämst i Stockholm« (*Svenska Dagbladet* 2007) och »Ny larmrapport: Farligaste sjukhusen för hjärtsjuka« (*Expressen* 2004). Återigen fungerar medierna som en sorts förmedlare som gör kvalitetsinformationen mer begriplig för patienter och allmänhet. Men det kan ifrågasättas hur rättvisande den förmedlingen blir; ofta tar medierna ingen större hänsyn till möjliga felkällor, i alla fall inte när de braskande rubrikerna sätts.

Frågetecken kring effekterna av offentlig kvalitetsredovisning

Forskningen hittills har inte visat att offentliga kvalitetsjämförelser faktiskt leder till högre vårdkvalitet. Enskilda studier och erfarenheter av rapporteringssystem tyder på att de medför kvalitetsförbättringar. Men när samtliga undersökningar vägs samman kan man inte fastslå några systematiska positiva effekter (Fung m.fl. 2008, Marshall m.fl. 2000, Werner och Asch 2005).

Till exempel har det sedan åttiotalet publicerats mortalitets-siffror för hjärtkirurger i delstaten New York i USA. Hjärtkirurgins kvalitet har visserligen förbättrats under den tiden, men det finns frågetecken kring om förbättringarna har varit större än i jämförbara delstater. Olika studier som fokuserar på olika kvalitetsaspekter och gör jämförelser med olika delstater pekar i olika riktning (Fung m.fl. 2008, s. 119). Däremot har man kunnat konstatera skadliga effekter av de offentliga rankingarna, både i New York och i Pennsylvania, som har ett liknande system (Marshall m.fl. 2000, s. 1872). En majoritet av tillfrågade kardiologer i Pennsylvania menade att det hade blivit svårare att få kirurgerna att ta emot högriskpatienter, och en majoritet av kirurgerna själva uppgav att de hade blivit mindre benägna att ta emot svåra fall (Schneider och Epstein 1996).

Samma osäkerhet finns när det gäller effekterna av Cleveland Health Quality Choice, ett regionalt system för kvalitetsjämförel-

ser mellan sjukhus som har varit föremål för flera utvärderingar. Dödligheten sjönk på de sjukhus som deltog, men inte signifikant mer än på övriga Ohio-sjukhus som saknade offentlig kvalitetsrapportering (Clough m.fl. 2002). Den minskade mortaliteten för inneliggande patienter uppvägdes också av att mortaliteten efter utskrivning ökade (Baker m.fl. 2002).

Det finns dock en gynnsam effekt av öppen kvalitetsredovisning som återkommer i flera olika undersökningar, och det är att den stimulerar till åtgärder för kvalitetsförbättring på deltagande sjukhus (Fung m.fl. 2008, s. 118–119). Bland annat har sjukhusen i New York och Pennsylvania gjort särskilda insatser för att höja kvaliteten inom den offentligt rankade hjärtkirurgin. I Ohio har flera sjukhus satt igång kvalitetsprogram som svar på kvalitetsredovisningen inom Cleveland Health Quality Choice.

En studie undersökte särskilt effekterna av offentliga kvalitetsjämförelser jämfört med konfidentiella rapporter som ges till sjukhusen själva som underlag för deras kvalitetsarbete (Hibbard, Stockard och Tusler 2003). Studien fann att sjukhus med offentlig kvalitetsrapportering uppvisade mer kvalitetsarbete på områdena som berördes i rapporteringen än sjukhus som endast fick konfidentiella rapporter, och att dessa i sin tur uppvisade mer kvalitetsarbete än sjukhus som inte deltog i någon kvalitetsrapportering alls. Det tycks alltså som om själva offentliggörandet av kvalitets-siffrorna i sig stimulerar till kvalitetsåtgärder. Men kvalitetsförbättrande åtgärder är inte samma sak som bättre kvalitet. Det återstår att visa att kvalitetsinsatserna verkligen leder till bättre vårdkvalitet för patienterna.

Det är egentligen inte konstigt att det saknas stöd för att öppen kvalitetsredovisning ger bättre sjukvårdskvalitet om man tänker på de svårigheter att återge, tolka och använda kvalitetsinformation som har nämnts ovan. En av de tänkta vägarna till bättre kvalitet genom kvalitetsredovisning är ju att patienterna ska påverka genom att välja vårdgivarna med bäst kvalitetssiffror (Fung m.fl. 2008). Men om patienterna knappast använder tillgängliga kvalitetsredovisningar för att göra sina vårdval, och om de över huvud taget inte utnyttjar möjligheterna att välja vårdgivare i någon stör-

re utsträckning, som framgår av kapitel 6 i denna bok, så uppstår det inte något tryck den vägen på vårdgivarna att höja kvaliteten.

En annan väg som kan tänkas leda till ökad kvalitet är att kvalitetsjämförelser ger vårdgivare indikationer på områden där de ligger efter och behöver förbättra sig. Det tycks fungera i första ledet, genom att jämförelserna stimulerar förbättringsåtgärder. Att detta sedan inte har någon tydlig effekt på vårdkvaliteten kan ha att göra med allmänna svårigheter att bedriva kvalitetsarbete i sjukvården. Det rör sig om komplexa organisationer där mycket styrs genom fortlöpande bedömningar av läkare, sjuksköterskor och andra professionella medarbetare. Om kvalitetsåtgärderna inte passar in på rådande arbetssätt och värderingar kan de professionella svara genom att frikoppla kvalitetsarbetet från den egentliga verksamheten. De anpassar sig då på ett ytligt plan genom att införa nya rutiner och rapporteringssätt, men arbetet fortsätter i stort sett som förr (t.ex. Power 1997, Erlingsdóttir 1999). Svårigheterna att bedriva förändringsarbete med avsedd effekt i sjukvården behandlas närmare av Gudbjörg Erlingsdóttir i kapitel 5 i denna bok.

Eftersom problemen med effektivt förändringsarbete i sjukvården är allmänna borde man kanske nöja sig med att öppen resultatredovisning stimulerar till förbättringsåtgärder och se avsaknaden av bevisade effekter som ett helt annat problem som bör behandlas för sig. Men just offentliga kvalitetsjämförelser kan förvärra de allmänna problemen med genomförandet eftersom de tycks skapa särskilt starka motreaktioner bland dem som arbetar på de utvärderade sjukhusen i form av ilska, negativa attityder och misstro mot kvalitetsindikatorerna. Det framgår bland annat av en närstudie av ett brittiskt sjukhus med lågt kvalitetsbetyg i Storbritanniens dåvarande system för öppen kvalitetsgranskning, så kallad »star rating«. Tanken med systemet var att lågt betygsatta sjukhus skulle spurras till förbättringar, men den effekten uteblev helt på det undersökta sjukhuset. Kvalitetsindikatorerna omfattade både medicinska och icke-medicinska effektivitetsmått, och på sjukhuset uppfattades de allmänt som grovhuggna, tidskrävande och helt meningslösa (Hoque, Davis och Humphreys 2004). Samma typ av negativa reaktioner konstaterar den tidigare refererade

studien som visar att offentlig kvalitetsrapportering stimulerar till kvalitetsåtgärder (Hibbard, Stockard och Tusler 2003).

I synnerhet sjukvårdens professionella yrkesgrupper kan reagera negativt mot offentlig genomlysning, eftersom de kan uppfatta den som ett hot mot deras professionella omdöme och oberoende (jfr Freidson 1994). I svensk sjukvård har läkarna allmänt uppfattats som de främsta motståndarna till offentlig redovisning av nationella kvalitetsregister (Blomgren 2007). Den allt intensivare användningen av kvalitetsregister som styrmedel har också tolkats som ett led i en subtil men genomgripande omvandling av svensk sjukvård, där läkarna fråntas mycket av sin professionella autonomi (Hasselbladh, Bejerot och Gustafsson 2008).

Men sjukvårdens professioner är inte nödvändigtvis motståndare till eller förlorare på offentlig kvalitetsrapportering (Levay och Waks 2009). I dagens svenska sjukvård finns det flera centrala företrädare för medicinska specialiteter och kvalitetsregister som deltar aktivt i att öppna upp dem för offentligheten. Trots inledande skepsis har många läkare som arbetar med kvalitetsregister upptäckt att större öppenhet också kan innebära fördelar, såsom ökat engagemang från deltagande kliniker att rapportera korrekt och få en god placering. Till och med en ogynnsam rankning kan ge fördelar om den får lokala politiker och administratörer att engagera sig och tilldela mer resurser åt verksamheten ifråga. Samtidigt behåller läkarprofessionen i stort sett privilegiet att definiera vilka kriterier för god vård som ska användas i kvalitetsregistrens rapportering. Detta är ytterligare ett exempel på att svårigheterna med offentlig redovisning av sjukvårdskvalitet inte är givna en gång för alla utan kan förändras genom en utveckling som är dynamisk och svårförutsägbar.

Slutsatser och förslag

Huvudargumentet i detta kapitel är tydligt. Öppen kvalitetsredovisning framhålls ofta som ett sätt att höja sjukvårdens kvalitet och stödja patienters vårdval, men det saknas än så länge belägg för

att det låter sig göras. Det är svårt att redovisa, tolka och använda sig av kvalitetsjämförelser i sjukvården, och för att kunna bemöta svårigheterna behöver man ta dem på allvar. Utifrån detta går det att ge vissa rekommendationer för ett fortsatt arbete med kvalitetsjämförelser:

- Genom att uppmärksamma svårigheterna för vanliga människor att använda sig av kvalitetsrankningar vid val av vårdgivare kan man stimulera arbetet med att utforma rapporter som är relevanta och någorlunda lättillgängliga för allmänheten.
- Genom att noga överväga möjliga felkällor i kvalitetsinformationen har man chans att minimera dem och signalera eventuella oklarheter till mottagaren.
- En öppen, offentlig diskussion om fallgropar när man tolkar kvalitetsjämförelser kan öka den allmänna medvetenheten om jämförelsernas begränsningar och öka chanserna att de tolkas med förnuft.
- Oron hos läkare och andra professionella att bedömas på orättvisa grunder bör erkännas som legitim och åtminstone delvis befogad, och de bör engageras i, snarare än konfronteras med metoder för utvärdering.
- Risken att kvalitetsaspekter och vårdverksamheter som är svåra att kvantifiera missgynnas behöver erkännas och troligen kompenseras med helt andra sätt att utveckla kvaliteten och patienternas valmöjligheter.

När öppna kvalitetsjämförelser utformas bör fokus alltså inte ligga på att hitta perfekta mått och beräkningsmetoder, vilket ändå verkar utsiktslöst, utan på att utveckla dialog, delaktighet och kunskap. Det bör också erkännas att även om man lyckas med allt detta är det möjligt att kvalitetsjämförelserna inte lever upp till förväntningarna. Kostnaderna behöver då vägas mot alternativa sätt att använda pengarna för att stödja kvalitetsutveckling och vårdval.

Budskapet till beslutsfattare på nationell nivå är att det inte finns någon enkel lösning i form av exempelvis ett enda stort, övergripande och tvingande system för resultatredovisning och ranking. Formella system på det här området behöver kompletteras

med aktiva nätverk, dialog och professionellt engagemang. Detta finns redan i rätt stor utsträckning när det gäller de nationella kvalitetsregistren och det bör man se till att bevara och stödja. Om det skapas nya system behövs det även nya initiativ för att stimulera nätverk, dialog och bred förankring, med deltagande från icke-professionella grupper såsom patientföreningar och från andra professioner än läkarna.

Den förhoppning kring öppen kvalitetsredovisning som i slutändan framstår som mest välgrundad är intressant nog den mest idealistiska, det vill säga att medborgare har rätt att få insyn i en kritisk samhällsverksamhet som berör deras liv, hälsa och välbefinnande. Även ur det perspektivet är det givetvis problematiskt om informationen är missvisande och svårtolkad. Men offentliggörandet behöver inte ha några särskilda effekter för att vara meningsfullt i detta avseende – att människor får bättre tillgång till viktig information har ett värde i sig.

Till sist behövs ett långsiktigt förståelseperspektiv som håller öppet för dynamiska och oväntade effekter när reflekterande människor och grupperingar väljer hur de ska agera i förhållande till öppen kvalitetsredovisning. Ett fruktbart sätt att tänka kring utmaningarna och vägen framåt är att se det som en fråga om översättningsbehov (jfr Levay och Waks 2006). Sjukvårdens verksamhet behöver först översättas till kvalitetsindikatorer som har verklig mening och betydelse för patienterna, vilket många av de indikatorer som offentliggörs i dag inte har. Indikatorerna behöver sedan översättas till jämförelser mellan olika vårdgivare som är möjliga att tillgodogöra sig inte bara för medicinska experter utan för breda grupper av medborgare. Jämförelserna behöver till sist översättas till bedömningar utifrån specifika valsituationer som olika grupper av patienter, upphandlare och väljare ställs inför. Det handlar inte bara om att välja vårdgivare utan exempelvis om att bestämma kriterier för upphandlingar, besluta om kvalitetsreformer och bedöma olika politiska partiers sjukvårdsprogram.

I en sådan kedja av översättningar finns en rad olika aktörer som kan spela rollen av kunskapsförmedlare som utformar, tolkar och granskar informationen. Potentiella översättare är patientför-

eningar, journalister och medier, politiker, professionella samman-
slutningar, privata vårdgivarorganisationer, pr-byråer och försäk-
ringsbolag. Det finns en poäng i att betrakta dem just som aktörer,
som kan välja att agera på olika sätt. Det är inte givet på förhand
hur de kommer att förhålla sig och i vilken mån de kommer att in-
tressera sig för att utveckla bättre redovisningar av vårdkvalitet.
Men allihop är de grupper som med sitt engagemang kan påverka
om en ökad offentlighet blir gynnsam eller inte för patienterna.

REFERENSER

- Baker, D. W., Einstadter, D., Thomas, C. L., Husak, S. S., Gordon N. H. och
R. D. Cebul (2002), »Mortality trends during a program that publicly
reported hospital performance », *Medical Care*, 40, s. 879–890.
- Blomgren, M. (2007), »The drive for transparency: organizational field
transformations in Swedish healthcare«, *Public Administration*, 85,
s. 67–82.
- Blomgren, M. och K. Sahlin (2007), »Quests for transparency – signs of
a new institutional era?«, i Christensen, T. och P. Lægreid (red.), *Tran-
scending New Public Management*. Aldershot: Ashgate.
- Coulter, A. och H. Magee (2003), *The European patient of the future*, Maid-
enhead, Berkshire: Open University Press.
- Clough, J. D., Engler, D., Snow, R. och P. E. Canuto (2002), »Lack of rela-
tionship between the Cleveland Health Quality Choice project and
decreased inpatient mortality in Cleveland«, *American Journal of Medi-
cal Quality*, 17, s. 47–55.
- Dagens Nyheter* (2009-09-02), »Bra med listor«, osignerad ledarartikel.
- Davies, H. T. O. och I. K. Crombie (1997), »Interpreting health out-
comes«, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3, s. 187–199.
- Erlingsdóttir, G. (1999), *Förförande idéer: kvalitetssäkring i hälso- och sjuk-
vården*, Lund: Företagsekonomiska institutionen vid Lunds universi-
tet.
- Expressen* (2004-03-17), »Ny larmrapport: Farligaste sjukhusen för hjärt-
sjuka«, Anna Bäsén.

- Faber, M., Bosch, M., Wollersheim, H., Leatherman, S. och R. Grol (2009). »Public reporting in health care: How do consumers use quality-of-case information? A systematic review«, *Medical Care*, 47, s. 1–8.
- Freidson, E. (1994), *Professionalism reborn: theory, prophecy and policy*. Oxford: Polity Press.
- Fung, Y.-W. Lim, S. Mattke, C. Damberg och P. G. Shekelle (2008), »Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care«, *Annals of Internal Medicine*, 148, s. 111–123.
- Gibbs, D. A., Sangl, J. A. och B. Burrus (1996), »Consumer perspectives on information needs for health plan choice«, *Health Care Finance Review*, 18, s. 55–74.
- Harris, K. M. (2002), »Can high quality overcome consumer resistance to restricted provider access? Evidence from a health plan choice experiment«, *Health Services Research*, 37, s. 551–571.
- Hasselbladh, H., Bejerot, E. och R. Å. Gustafsson (2008), *Bortom New Public Management: institutionell transformation i svensk sjukvård*, Lund: Academia Adacta.
- Heald, D. (2006), »Varieties of transparency«, i C. Hood och D. Heald (red.), *Transparency: the key to better governance?* Oxford: Oxford University Press.
- Hibbard, J. H., Stockard, J. och M. Tusler (2003), »Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts?«, *Health Affairs*, 22, s. 84–94.
- Hood, C. (2006), »Beyond exchanging first principles? Some closing comments«, i C. Hood och D. Heald (red.), *Transparency: the key to better governance?* Oxford: Oxford University Press.
- Hoque, K., Davis, S. och M. Humphreys (2004), »Freedom to do what you are told: senior management team autonomy in an NHS acute trust«, *Public Administration*, 82, s. 355–375.
- Kaiser Family Foundation & Agency for Health Care Policy and Research (1996), »Americans as health care consumers: The role of quality information« Nedladdad från: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/kaisqual.pdf> (2009-01-18).
- Levy, C. (2006), »De nationella kvalitetsregistren som verktyg för transparens«, i Levy, C. och C. Waks (red.), *Strävan efter transparens: granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*, Stockholm: SNS Förlag.

- Levay, C. och C. Waks (2006), »Slutsatser«, i Levay, C. och C. Waks (red.), *Strävan efter transparens: granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*, Stockholm: SNS Förlag.
- Levay, C. och C. Waks (2009), »Professions and the pursuit of transparency in healthcare: two cases of soft autonomy«, *Organization Studies*, 30, s. 509–527.
- Mant, J. (2001), »Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care«, *International Journal for Quality in Health Care*, 13, s. 475–480.
- Marshall, M.N., Shekelle, P.G., Leatherman, S. och R.H. Brook (2000), »The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence«, *Journal of the American Medical Association*, 283, s. 1866–1874.
- Mennemeyer, S. T., Morrissey, M. A. och L. Z. Howard (1997), »Death and reputation: how consumers acted upon HCFA mortality information«, *Inquiry*, 34, s. 117–128.
- Orchard, C. (1994), »Comparing health outcomes«, *British Medical Journal*, 308, s. 1493–1496.
- Powell, A. E., Davies, H. T. O. och R.G. Thomson (2003), »Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls«, *Quality and Safety in Health Care*, 12, s. 122–128.
- Power, M. (1997), *The audit society: rituals of verification*, Oxford: Oxford University Press.
- Robinson, S. och M. Brodie (1997), »Understanding the quality challenge for health consumers: the Kaiser/AHCPR survey«, *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 23, s. 239–244.
- Schneider, E. C. och A. M. Epstein (1996), »Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care.« *New England Journal of Medicine*, 335, s. 251–256. Chicago: University of Chicago Press.
- Smith, P. (1995), »On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector«, *International Journal of Public Administration*, 18, s. 277–310.
- Svenska Dagbladet* (2007-02-07), »S:t Göran sämst i Stockholm«, Fredrik Mellgren.

- Vladeck, B. C., Goodwin, E. J., Myers, L. P. och M. Sinisi (1988), »Consumers and hospital use: the HCFA 'death list'«, *Health Affairs*, 7, s. 122–125.
- Werner, R. M. och D.A. Asch (2005), »The unintended consequences of publicly reporting quality information«, *The Journal of the American Medical Association*, 293, s. 1239–1244.
- Winblad Spångberg, U. (2006), »Transparens som förutsättning för patientens fria val«, i Levay, C. och C. Waks (red.), *Strävan efter transparens: granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*, Stockholm: SNS Förlag.

Ett viktigt hälsopolitiskt mål med höga ambitioner i Sverige är att hälsan och sjukvården ska vara rättvist fördelade, dvs. att hälsan och vården inte ska vara systematiskt relaterade till faktorer som inkomst och utbildning. Hälsoekonomer har under de senaste decennierna tillämpat metoder för att mäta och analysera snedfördelningen av hälsa i relation till inkomst. Resultaten har visat att både hälsan och sjukvården i bl.a. Sverige är fördelade till förmån för personer med högre inkomst relativt personer med lägre inkomst. Man har kunnat visa att snedfördelningen i hälsa kvarstår även efter kontroll för t.ex. kön och ålder. Liknande snedfördelning finns av vårdkonsumtion i relation till inkomst till förmån för höginkomsttagare som inte helt kan förklaras av ålder, kön och självskattad hälsostatus. Detta tyder på en orättvis fördelning av vården.

Inledning

Det finns en lång historia av ekonomisk forskning som analyserar hälsans bestämningsfaktorer och framför allt effekterna av socioekonomiska faktorer som familjebakgrund, arbetsmiljö, sysselsättning, utbildning och inkomst.¹ Ett typiskt resultat från dessa studier är att hälsan, oavsett mått, är bättre bland högutbildade och höginkomsttagare än bland lågutbildade och låginkomstta-

1. Se Deaton 2002, Smith 1999, Gerdtham m.fl. 1999, Gerdtham och Johannesson 1999, 2002, Grossman 2000, Currie 2008.

gare. Teoretiskt finns det en lång rad mekanismer som kan ligga bakom de observerade sambanden och som är kopplade till individens hälsorelaterade beteende. Exempelvis kan inkomst vara korrelerad med riskbenägenhet och tålmodighet vilket i sin tur kan styra människors val av levnadsvanor, t.ex. kost, motion och rökning. Inkomst kan dessutom påverka möjligheten att köpa olika hälsofrämjande varor, t.ex. sjukvård och medicinsk teknologi, men även varor som reducerar hälsorisker som krockkudde, gymkort, brandvarnare, cykelhjelm, flytväst, bättre hus, säkrare bostadsområde osv.

Hälsopolitiskt är effekterna av socioekonomiska faktorer intressanta eftersom de innebär att hälsan kan påverkas med insatser som styr människors hälsorelaterade levnadsvanor, t.ex. pris, tillgänglighet, utbildning och inkomst, dvs. insatser som ligger utanför vårdsektorns typiska områden. Att socioekonomiska faktorer styr hälsobeteendet är också viktigt eftersom följden av det är att nästan varje politisk åtgärd som ändrar medborgarnas levnadsvillkor, oavsett målsättning, påverkar hälsan. Det kan därför vara viktigt att beakta hälsokonsekvenser som politiska ingripanden indirekt ger upphov till inom områden som inte har som primärt mål att påverka hälsan, t.ex. arbetsmarknadspolitik, inkomstpolitik och utbildningspolitik. I diskussioner om åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa är det därför viktigt att ha ett brett perspektiv där exempelvis vårdinsatser inte särbehandlas framför andra hälsoinsatser. Detta kapitel fokuserar på hälsans fördelning i befolkningen och hur denna fördelning kan mätas, förklaras och påverkas, med detta bredare perspektiv.

Ett ständigt aktuellt hälsopolitiskt mål i Sverige och andra länder är att hälsan i samhället inte bör vara fördelad efter människors välstånd. Det kan härledas till idéer om social rättvisa, dvs. att alla bör vara berättigade till en viss nivå av hälsa över livstiden.² Den svenska Hälso- och sjukvårdslagen betonar att målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, där personer med större behov ska prioriteras fram-

2. Se exempelvis Williams (1997) argument om »fair innings«.

för andra (Hälso- och sjukvårdslag 1982). Det poängteras även i Prioriteringsutredningens slutbetänkande (SOU 1995).

Hälsans fördelning eller ojämlikhet i hälsa är ett komplicerat forskningsfält som har belysts med utgångspunkt i flera olika vetenskapliga discipliner och innehåller en rad invecklade begreppsmässiga frågor, t.ex. ojämlikhet i vad och varför. Hur ska skillnader betraktas – skillnader i hela befolkningen eller enbart skillnader mellan olika grupper med olika välstånd? Vissa forskare menar att vad som är intressant är inte främst att det finns skillnader i sig utan snarare i vilken grad skillnaderna hänger samman med skillnader i välstånd mellan människor. Andra forskare menar att om hälsa är en viktig del i välfärden, då borde skillnader vara av intresse oavsett om de samvarierar med andra välfärdskomponenter. I ojämlikhetsbegreppet menar vissa forskare att skillnader ska vara orsakade eller påverkbara av människan om de ska vara av politiskt intresse, dvs. skillnader har att göra med sådant som är *undvikbart*. Det leder till frågan om vilka skillnader som man bör räkna bort pga. att de inte ska anses vara undvikbara. Uppenbara aspiranter på variabler som är oundvikbara är ålder och kön, och som man i så fall bör korrigera för så att det som blir kvar i större utsträckning relaterar till den hälsopolitiska målsättningen. Det finns dock andra »oundvikbara« variabler som ofta är mer svår-fångade som t.ex. genetiska anlag och uppväxtmiljö. En annan fråga är om skillnader som beror på individens egna val bör räknas med eller inte, dvs. är det jämlikhet i förutsättningarna eller i resultat som ska eftersträvas (Fleurbaey och Schokkaert 2009). Slutligen uppkommer den normativa frågan om avvägningar mellan de insatser som ökar hälsan (eller välfärden) och de som utjämnar fördelningen i befolkningen.

Hittills har den ekonomiska forskningen inom detta område varit inriktad på att beskriva hälsans fördelning över olika inkomstskikt. Ur politisk synvinkel är det dock även viktigt att förstå underliggande mekanismer som förklarar en viss fördelning i hälsa, varför den förändras och hur den kan påverkas. Hälsoekonomer har under senare år bidragit till detta område genom att dels använda nya mått på snedfördelning av hälsa över inkomst, dels

utarbета redskap för analys av dessa fördelningsmått som även har kopplats till ekonomisk teori om hälsans variationer.

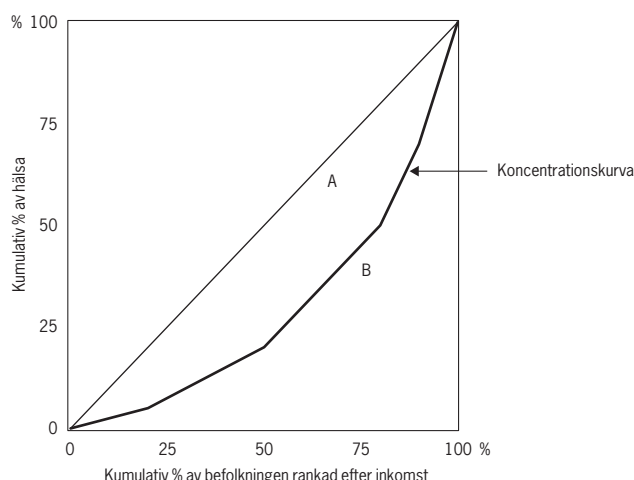
Detta kapitel fokuserar på forskning om hur och varför hälsan fördelas som den gör. Den normativa frågan om vad som bör göras överlämnas till beslutsfattare. Således används mer neutrala begrepp som »skillnader« och »fördelning« framför mer värdeladdade begrepp som »ojämlikhet« och »orättvisa«. Kapitlet begränsar sig också till hälsofördelning i relation till inkomst vilket är vad hälsoekonomisk forskning mestadels, men inte uteslutande, har handlat om.

Hur kan man mäta hälsans fördelning över inkomst?

Ekonomer har länge varit intresserade av hälsans fördelning (Le Grand och Rabin 1986). Analysen har under senare år utvecklats snabbt, särskilt inom den EU-stödda Equity-gruppen (van Doorslaer m.fl. 1997, Wagstaff och Van Doorslaer 2000). Metoder har bl.a. anpassats för att arbeta med s.k. koncentrationsindex (κ_1). Figur 8.1 beskriver detta index. Givet kardinala hälsomått kan en s.k. koncentrationskurva ritas där den kumulativa andelen av befolkningen (rangordnad efter inkomst) plottas mot den kumulativa andelen av hälsan.³ Om kurvan sammanfaller med diagonalen, då finns ingen snedfördelning av hälsa efter inkomst. Om kurvan ligger under (över) diagonalen, då favoriseras personer hälsomässigt med högre (lägre) inkomst. Ju längre kurvan ligger från diagonalen, desto större är snedfördelningen av hälsa. Konceptet är således detsamma som för den s.k. Ginikoefficienten, som mäter inkomstfördelningen i en befolkning på samma sätt.

κ_1 för hälsa kan definieras som arean mellan koncentrations-

3. Ett kardinalt mått är där värden kan jämföras med varandra på en numerisk skala t.ex. skillnaden mellan en person som är 10 år och en som är 11 år är mindre än mellan en person som är 10 år och en som är 50 år.



Figur 8.1 Konsentrationskurvan och koncentrationsindex.

kurvan och diagonalen ($A/(A+B)$), och kan beräknas praktiskt på många sätt.⁴

κI är 0 när konsentrationskurvan sammanfaller med diagonalen och är positivt när kurvan ligger under diagonalen.⁵ En fördel med detta index är att man får ett sammanfattande mått på hur ojämnt hälsan är fördelad, vilket underlättar möjligheten att följa utvecklingen över tid och jämföra mellan befolkningar (se Appendix 1 för en diskussion om κI -egenskaper).⁶

4. Exempelvis med »convenient covariance method«:

$$\kappa I_h = \frac{2}{h} \text{cov}(h_i, r_i)$$

där, h_i är hälsostatusen för individ i , $\bar{h}$ är den genomsnittliga hälsan i befolkningen, r_i är rank av inkomst uttryckt som andel av totala antalet individer i befolkningen och cov är kovariansen (mellan h och r).

5. Min- och maxvärdet på κI är -1 respektive $+1$; dessa värden förekommer när all hälsa faller på den individ som har lägst inkomst respektive den individ som har högst inkomst i befolkningen.

6. Ett problem med κI är att konsentrationskurvan i princip kan ligga under diagonalen i vissa befolkningsskikt och ovanför kurvan i andra skikt vilket gör att index i princip kan vara noll trots att kurvan inte sammanfaller med diagonalen. Det är därför en fördel att även betrakta konsentrationskurvan som komplement till beräkning av κI -talet.

Hur kan hälsofördelningen analyseras?

En värdefull egenskap med κ_1 är att det kan dekomponeras med avseende på hälsans bestämningsfaktorer (Wagstaff m.fl. 2003). Denna dekomponering visar i princip hur orsakerna bakom snedfördelningen av hälsa kan förklaras och hur denna fördelning kan påverkas (se Appendix 2). Om exempelvis utbildning är en viktig bestämningsfaktor till hälsa och det kausala sambandet mellan utbildning och hälsa är känt liksom även fördelningen av olika utbildning över inkomstgrupper, då är det möjligt att säga någonting om dels hur mycket utbildningsfaktorn bidrar till κ_1 för hälsa och dess förändring över tiden, dels hur mycket en utbildningsinsats kan förändra κ_1 för hälsa. På samma sätt kan man analysera betydelsen av andra hälsofaktorer som inkomst, sysselsättning, civilstånd och geografiska faktorer.

κ_1 med dekomponeringsanalys kan även användas för att kvantifiera s.k. horisontell »orättvisa« i vården, dvs. i vad mån personer med lika behov har olika vårdutnyttjande. Vid empiriska studier är det vanligt att korrigera för olika behov med s.k. indirekt standardisering för ålder, kön och självskattad ohälsa (se Wagstaff och van Doorslaer 2000, Gravelle 2003). Det innebär att vårdutnyttjandet kan vara olika mellan t.ex. olika inkomstkikt, men ändå vara förenligt med en rättvis fördelning om de observerade skillnaderna enbart beror på skillnader i vårdbehov. En orättvis fördelning är om personer med högre inkomst får mer och bättre vård vid samma behov som personer med lägre inkomst, t.ex. på grund av skillnader i inkomst, utbildning, privata försäkringar, ersättningssystem och vårdorganisationen mellan landsting, dvs. faktorer som enligt den hälsopolitiska ambitionen bör vara irrelevanta för hur mycket vård individen får.

Vad säger resultaten?

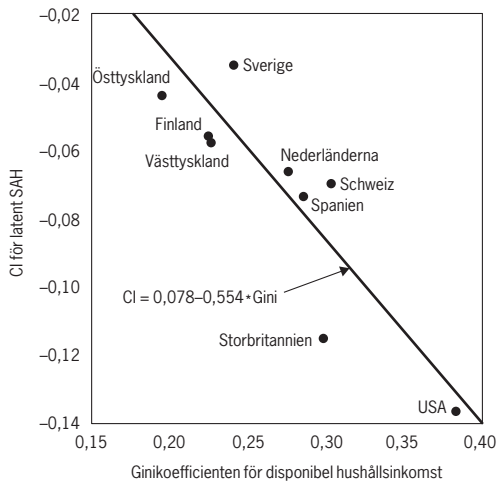
Van Doorslaer m.fl. (1997) jämför den inkomstrelaterade fördelningen av självskattad ohälsa i nio industrialiserade länder, korrigerat för skillnader i köns- och åldersfördelning (se tabell 8.1).

Ett potentiellt problem med självskattad hälsa, som är ett vanligt mått i hälsoekonomiska fördelningsstudier, är att det sällan är ett kardinalt mått vilket ofta innebär att restriktiva antaganden måste införas vid transformation till kardinalskala. Detta kan i sin tur ha betydelse för storleken på κ_1 (van Doorslaer m.fl. 1997, Gerdtham m.fl. 1999, Wagstaff och van Doorslaer 1994, Erreygers 2009). Ett par studier som har jämfört direkta kardinala hälsomått med vissa »kardinaliserade« hälsomått har emellertid visat att det skattade κ_1 inte alltid påverkas signifikant av kardinaliseringen (Gerdtham m.fl. 1999, Humphries och van Doorslaer 2000). Ett annat problem med självskattad hälsa kallas ibland »state dependent reporting bias« och innebär att olika befolkningar kan ha olika referensram när de uppskattar sin egen hälsa (Kerkhofs och Lindeboom 1995, Groot 2000), dvs. den rapporterade hälsonivån vid ett givet hälso-tillstånd kan vara korrelerad med exempelvis inkomst. Om så är fallet kan detta ha betydelse för storleken på κ_1 . Om personer med lägre inkomst har en benägenhet att rapportera sämre hälsa, t.ex. därför att de allmänt har lägre nivå av välfärd, kommer skillnader i hälsa mellan inkomstskikt att överskattas; om å andra sidan personer med lägre inkomst har en benägenhet att rapportera bättre hälsa, t.ex. därför att de allmänt har lägre förväntningar på hälsan,

Tabell 8.1 Koncentrationsindex för självskattad hälsa i nio västländer.

Land	Koncentrations-index	Nedre gränsen av 95 % konfidensintervall	Övre gränsen av 95 % konfidensintervall
USA	-0,14	-0,18	-0,09
Storbritannien	-0,11	-0,14	-0,08
Spanien	-0,07	-0,10	-0,04
Schweiz	-0,07	-0,09	-0,05
Nederländerna	-0,07	-0,10	-0,04
Västtyskland	-0,06	-0,08	-0,03
Finland	-0,06	-0,08	-0,03
Östtyskland	-0,04	-0,06	-0,03
Sverige	-0,03	-0,06	-0,01

Källa: Van Doorslaer m.fl. (1997).



Figur 8.2 Sambandet mellan koncentrationsindex för självskattad hälsa (CI för latent SAH) och Ginikoefficienten (för disponibel hushållsinkomst) för nio västländer.

kommer skillnader i hälsa mellan inkomstskikt att underskattas. Van Doorslaer och Gerdtham (2003) ger dock inget stöd åt någon av dessa hypoteser. Deras analys av dödlighet (som objektivt hälsomått) med avseende på interaktioner mellan dels självskattad hälsa och inkomst, dels självskattad hälsa och utbildning, finner att dessa interaktioner inte är statistiskt signifikanta vilket innebär att benägenheten att rapportera god hälsa vid en given mortalitetsrisk inte påverkas av inkomst och utbildning.

Tabell 8.1 visar att κ_1 för ohälsa är negativt i alla länder. Det indikerar att ohälsan generellt är snedfördelad mot personer med lägre inkomst, dvs. hälsan är fördelad till höginkomsttagares förmån. Snedfördelningen av ohälsa var minst i Sverige och störst i USA.

Ett annat resultat från samma studie och som återges i figur 8.2 är den positiva korrelationen mellan κ_1 för ohälsa och Ginikoefficienten för inkomst, dvs. ohälsan tycks vara mer snedfördelad mot låginkomsttagare (mer negativt κ_1 -värde) i länder med större in-

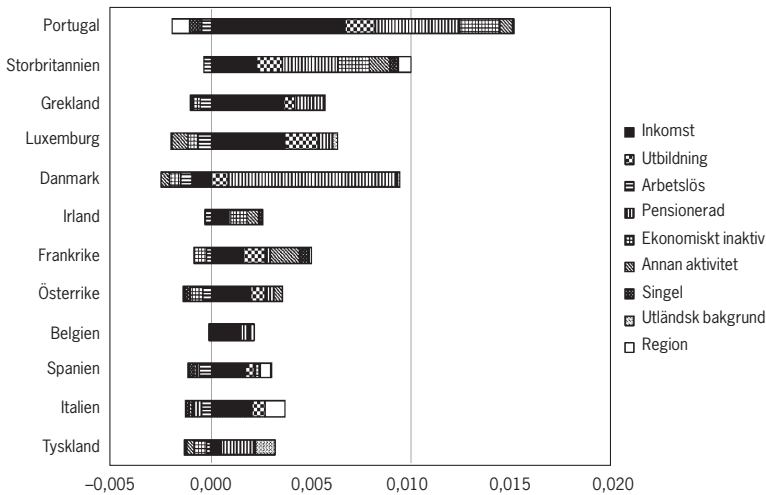
komstskillnader (ett högre värde på Ginikoefficienten). Detta indikerar att inkomstskillnader i sig själva kan vara en viktig bestämningsfaktor till hälsans skeva fördelning över inkomst. Den relativt stora variationen kring regressionslinjen tyder dock på att det kan finnas andra faktorer som påverkar κ_1 för ohälsa (eller hälsa). Det motiverar en mer utförlig förklaring av κ_1 för hälsa med avseende på även andra faktorer än inkomst och dess fördelning (se nedan), dvs. en dekomponeringsanalys.

Dekomponering av koncentrationsindex i olika länder

Van Doorslaer och Koolman (2004) analyserar snedfördelningen av självskattad hälsa i förhållande till inkomst i 13 EU-länder (Sverige är tyvärr inte med) med data från European Community Household Panel.

Studien visar att hälsan är särskilt snedfördelad i Portugal, England och Danmark och mindre snedfördelad i Nederländerna och Tyskland men även i Italien, Belgien, Spanien, Österrike och Irland. Huvudresultaten från denna studie är dock dekomponeringsanalysen som redovisas nedan i figur 8.3. Figuren visar hur mycket olika variabler bidrar till storleken i κ_1 för självskattad hälsa i olika länder i förhållande till jämförelselandet Nederländerna som hade minst snedfördelning av hälsa. Av analysen framgår att inkomst generellt är en viktig faktor bakom storleken på κ_1 för hälsa, men är samtidigt inte den enda viktiga faktorn. Författarna visar bl.a. att utbildning och sysselsättningsstatus också är viktiga förklaringsfaktorer även efter kontroll för inkomst. Med andra ord bidrar t.ex. personer utanför arbetsmarknaden (pensionärer, sjuka och arbetslösa) signifikant till κ_1 för hälsa genom att sysselsättningsstatus påverkar hälsan och genom att sysselsättningen naturligt nog är ojämnt fördelad över inkomstskikt. Ett annat resultat (som inte framgår av figuren) är att effekten av inkomst på hälsa är viktigare för snedfördelningen av hälsa än inkomstskillnader i sig. Det sistnämnda indikerar att insatser som påverkar effekten av inkomst på hälsan, t.ex. prissänkningar/skattejusteringar på hälsofrämjande varor och/eller prissänkningar på hälsoskadliga varor,

8. Hälsans fördelning i befolkningen

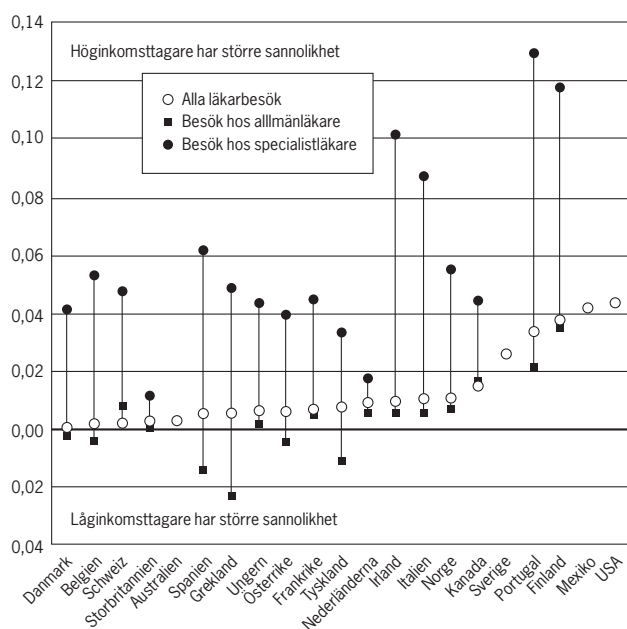


Figur 8.3 Dekomponering av koncentrationsindex för hälsa i 13 EU-länder. Effekterna anges relativt mot Nederländerna.

kan ge större effekt på hälsans snedfördelning än vad en minskning av inkomstojämlikheten i sig skulle ge.

Analys av »orättvisa« i sjukvård i OECD-länderna

För de flesta OECD-länder är en rättvis fördelning av vården ett angeläget sjukvårdspolitiskt mål. Detta tolkas ofta som att vård ska fördelas efter behov och inte efter betalningsvilja (eller betalningsförmåga). En analys av horisontell rättvisa (lika vård för lika behov) baserad på liknande data som ovanstående studie (oftast från European Community Household Panel) studerar snedfördelningen av läkarbesök i 21 OECD-länder för 2000. Fördelningen av läkarbesök studeras dels totalt, dels uppdelat på allmänläkare eller specialistläkare (tyvärr inte möjlig med svenska data). Studien skiljer även på dels sannolikheten att individen haft minst ett besök, dels det totala antalet besök. Motivet till denna uppdelning är att första besöket i en sjukdomsepisod kan antas vara efter-

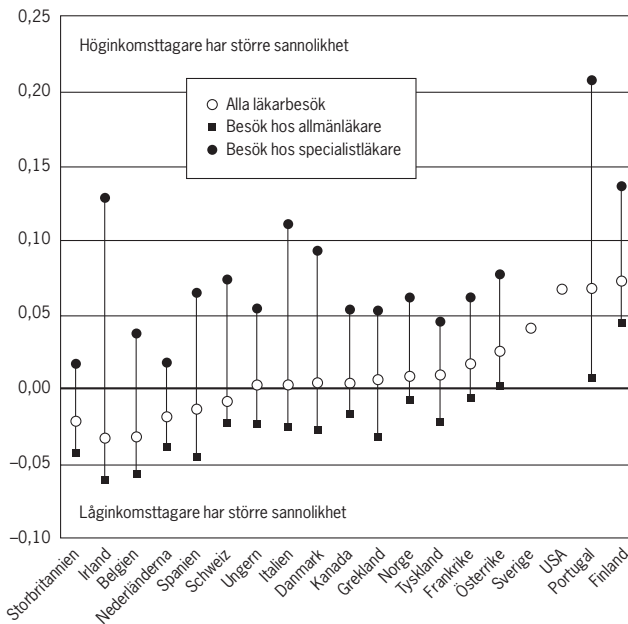


Figur 8.4 Horisontell orättvisa över inkomst i förekomsten av läkarbesök i 21 OECD länder (standardiserat för kön, ålder och hälsa).

frågebestämt medan återbesök i större utsträckning bestäms av läkaren.⁷ Skattade κ_1 standardiseras för skillnader i behov (kön, ålder och självskattad hälsa). Figurer 8.4 och 8.5 redovisar studiens huvudresultat. Figur 8.4 visar κ_1 för förekomsten av läkarbesök, allmänläkarbesök respektive specialistläkarbesök. Figur 8.5 visar motsvarande κ_1 för antalet läkarbesök.

Resultaten pekar på snedfördelning av läkarbesök till förmån för personer med högre inkomst i omkring hälften av OECD-länderna. Orättvisan mätt med κ_1 är störst i USA och Mexiko, följt

7. Distinktionen är dock problematisk eftersom de flesta studier enbart har data på antalet besök under en viss period, t.ex. ett år, och sällan uppdelat per episod (Cerdtham 1997, Cerdtham och Trivedi 2001).



Figur 8.5 Horisontell orättvisa över inkomst i antal läkarbesök i 21 OECD länder (standardiserat för kön, ålder och hälsa).

av Finland, Portugal och Sverige. De flesta länder uppvisar ingen snedfördelning för allmänläkare korregerat för behov. I de fall snedfördelning förekom var fördelningen ofta till förmån för låginkomsttagare.

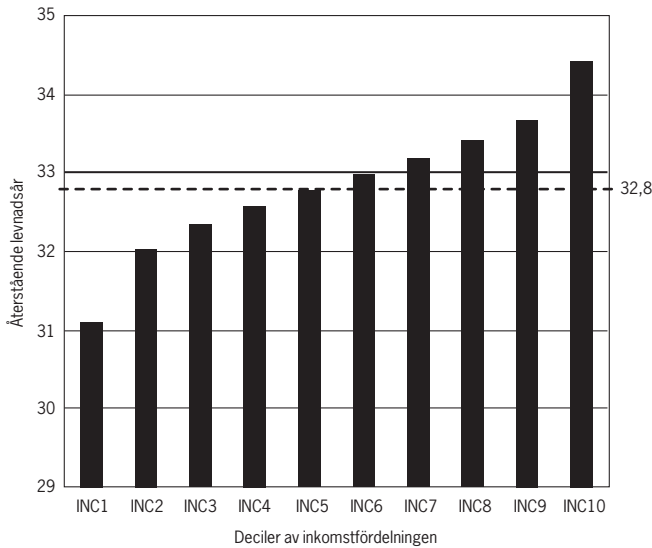
För specialistbesök var dock mönstret ett helt annat. I alla länder (där data var tillgängliga) var κ_1 för specialistbesök till förmån för personer med högre inkomst. Denna snedfördelning av specialistbesök var särskilt markant i Portugal, Finland och Irland. En slutsats i studien är att även om allmänläkare i de flesta OECD-länder är fördelade relativt »rättvist«, eller åtminstone inte till förmån för höginkomsttagare, tenderar specialistbesöken att vara snedfördelade till förmån för höginkomsttagare. Författarna bedömer att detta är vanligt i OECD-länderna men särskilt påfallande i län-

der med större andel privat vård och privata sjukvårdsförsäkringar. Som nämnts ovan kunde uppdelningen på allmänläkare och specialistbesök dessvärre inte göras för Sverige vilket hade varit intressant, dels eftersom Sverige enligt studien är ett land med relativt stor snedfördelning av läkarbesök, dels att andelarna privat vård i den samlade vården och privata sjukvårdsförsäkringar i finansieringen är låga men ökande i Sverige i ett internationellt perspektiv.

Snedfördelningen av överlevnad i Sverige

Gerdtham och Johannesson (2000) analyserar återstående levnadsår för individer i olika inkomstdeciler. Återstående levnadsår skattas genom överlevnadsanalys med information på drygt 43 000 individer 20–84 år gamla som intervjuades 1980–1986. Det vanliga problemet med analys av sambandet mellan levnadsår och inkomst är att det finns relativt få datamaterial som både innehåller uppgifter om överlevnad och inkomst. I denna studie länkas scb:s Undersökning av levnadsförhållanden (ULF-undersökningen) med Socialstyrelsens Dödsorsaksregister. Individernas överlevnad följs sedan upp fram till slutet av 1996. Överlevnaden skattas som en funktion av kön, ålder och inkomst. Det förväntade antalet återstående levnadsår beräknades uppdelat på män och kvinnor i olika åldrar genom summering av överlevnadssannolikheter över livscykeln.

Figur 8.6 presenterar resultaten för män 40–49 år i olika deciler av inkomstfördelningen. En man i denna åldersgrupp kan förvänta sig att leva cirka 33 år till. Överlevnaden varierar med inkomst. En person i lägsta decilen i inkomstfördelningen har en förväntad överlevnad på drygt 31 år mot drygt 34 år i högsta decilen, dvs. skillnaden i överlevnad mellan högsta och lägsta decilen är ca 3 år. Resultaten är liknande för kvinnor. Kvinnornas κ_1 är dock lägre vilket kan bero på kvinnors längre livslängd och att κ_1 mäter relativa skillnader i hälsa (se appendix 1). Studien visar också att snedfördelningen av överlevnad ökar med ålder både för män och



Figur 8.6 Återstående levnadsår för män 40–49 år i olika deciler av inkomstfördelningen.

kvinnor. Detta resultat beror åtminstone delvis på att de relativa skillnaderna ökar med ålder pga. att överlevnaden minskar.

Idealt bör hälsomåttet inkorporera både hälsostatus och överlevnad. Sådana hälsomått, t.ex. kvalitetsjusterade levnadsår (QALY:s), har utvecklats inom ekonomiska utvärderingar av vårdinsatser (Drummond m.fl. 2005) men har sällan använts i analyser av hälsans fördelning i en befolkning. QALY:s konstrueras genom att väga levnadsår med vikter mellan 0 (död) och 1 (full hälsa) beroende på hälsostatus. I Gerdtham och Johannesson (2000) skattas dock även KI för QALY:s genom att justera levnadsåren med time trade-off livskvalitetsvikter.⁸ Hälsovikterna, som sträcker sig mellan 0 och 1 där 1 är full hälsa och 0 motsvarar död, kan bestämmas på många olika sätt. Det vanligaste är att de bestäms på basis

8. Se även Burström m.fl. (2005).

av individuella preferenser för olika hälsotillstånd. Beräkningen av kvalitetsjusterade levnadsår sker i två steg. Först härleds vikter för olika hälsotillstånd, sedan kvalitetsjusteras levnadsåren med dessa hälsovikter.

En naturlig fråga är om skillnaderna ovan är stora eller små, vilket inte är helt enkelt att besvara. I ovannämnda studie var skillnaderna i QALY:s mellan inkomstskikt relativt sett små i vissa åldersgrupper (bortsett från för de allra äldsta), t.ex. för kvinnor i yngsta åldersgruppen var skillnaderna i QALY:s bara 7 procent högre i högsta inkomstdecilen jämfört med lägsta inkomstdecilen. Men även små skillnader i QALY:s kan ses som viktiga skillnader i välfärd. Om värdet av en QALY antas vara 100 000 dollar (Cutler och Richardson 1998) blir en skillnad på 1 QALY mellan två inkomstgrupper likvärdig med en skillnad i livstidsinkomst på 100 000 dollar.

Dekomponering av koncentrationsindex för dödlighet i Sverige

Det finns ingen studie som dekomponerar κ_1 för QALY:s med avseende på dess bestämningsfaktorer. Emellertid dekomponerar van Doorslaer och Gerdtham (2002) κ_1 för dödlighet i Sverige. Detta gjordes genom att dekomponera fördelningen i logaritmen av den predikterade dödligheten baserat på överlevnadsanalys.⁹ Det skattade bidraget av varje förklaringsvariabel med avseende på κ_1 för dödligheten beräknas med utgångspunkt från informationen i tabell 8.2.

Kolumnerna i tabell 8.2 visar varje variabels inkomstfördelning (1), varje variabels bidrag till κ_1 för dödlighet (κ_{1d}) i absoluta tal (2) och relativa tal (i procent) (3).

Varje förklaringsvariabels fördelning efter inkomst återspeglas

9. Notera att κ_1 av den logaritmerade dödsrisken (dvs. κ_{1d}) inte är jämförbar med κ_1 för återstående levnadsår, bl.a. på grund av att logaritmen av dödligheten har ett negativt värde (eftersom dödsrisken per definition varierar mellan 0 och 1) så ska det positiva värdet på $\kappa_1 = 0,0345$ tolkas som ett negativt samband med inkomst (personer med högre inkomst har lägre dödsrisk).

Tabell 8.2 Dekompositionsanalys av koncentrationsindex för dödlighet.

Variabler	KI (1)	Bidrag till KI	
		Absolut (2)	Relativt (%) (3)
Ålder	-0,033	0,02024	57,90
God hälsa	0,068	0,01662	
OK hälsa	-0,163	-0,00691	27,76
Viss funktionsnedsättning	-0,262	0,00155	
Omfattande funktionssättning	-0,308	0,00297	12,93
Årsinkomst ^a	0,019	0,00181	5,17
Kort gymnasium (≤ 2 years)	0,047	0,00006	
3–4-årigt gymnasium (> 2 years)	0,107	0,00023	
Högskoleutbildning	0,324	0,00100	3,68
Ålder * god hälsa	0,064	-0,00577	
Ålder * OK hälsa	-0,204	0,00409	-4,82
Man	0,021	-0,00074	-2,10
Man * god hälsa	0,075	-0,00084	
Man * OK hälsa	-0,120	0,00036	-1,38
Högt blodtryck * god hälsa	-0,061	0,00009	
Högt blodtryck * OK hälsa	-0,267	0,00031	1,14
Högt blodtryck	-0,176	-0,00009	-0,25
Inkluderad 1981	-0,029	0,00007	
Inkluderad 1982	-0,025	0,00006	
Inkluderad 1983	-0,004	0,00001	
Inkluderad 1984	0,007	-0,00001	
Inkluderad 1985	0,051	-0,00009	
Inkluderad 1986	0,104	-0,00005	-0,04
KI för dödlighet (KI _d)		0,03496	100

av deras respektive κ_1 (kolumn 1). Inte oväntat är κ_1 för inkomst, utbildning, god hälsa och kön (man) positiva vilket indikerar att individer med högre inkomst, utbildning, god hälsa och kön är snedfördelade mot höginkomsttagare. Det omvända gäller för dålig hälsa och ålder. Men bidraget av dessa faktorer till κ_1 för dödlighet beror även på den skattade effekten på dödligheten som återspeglas i regressionskoefficienterna (som inte finns med i tabellen).

Det totala bidraget på κ_1 för dödlighet mäts i »enheter« av κ_1

som redovisas i kolumn 2. Som framgår särskilt av bidraget uttryckt som procent av total snedfördelning (kolumn 3) är det klart att ålder har störst bidrag. Detta beror naturligtvis på att ålder är den starkaste prediktorn på dödlighet och att äldre personer i genomsnitt har lägre inkomst än personer i arbetskraften. Cirka 60 procent av de relativa skillnaderna i dödlighet mellan inkomstskikt kan förklaras av att lägre inkomster oftast hänger ihop med högre ålder som i sin tur innebär högre dödlighet än låg ålder. Hälsa och funktionella begränsningar förklarar 13 procent respektive 28 procent.

Bidraget av inkomst (5 procent) och utbildning (4 procent) till snedfördelning av dödlighet är lägre än motsvarande siffror som rapporteras i van Doorslaer och Koolman (2002) och van Doorslaer och Jones (2001) för motsvarande snedfördelning av självskattad hälsa. Dock kan ingen av dessa (tvärsnitts-) studier kontrollera för ursprunglig hälsa vilket är viktigt eftersom individens hälsa även kan antas påverka hans eller hennes inkomst. Denna studie kontrollerar för ursprunglig hälsa genom att kontrollera för hälsostatus, funktionella begränsningar och högt blodtryck vid tidpunkten för intervju. Det innebär att effekterna av förändringar i dödlighet kan tolkas som att man studerar individer med lika ursprunglig hälsa men olika inkomst etc. Det negativa bidraget på κ_1 av kön beror på att män har högre inkomst men högre dödsrisk.

Slutsatser och förslag

Analysen av hälsans fördelning i befolkningen innefattar många intressanta frågor som har fått stor uppmärksamhet i hälsoekonomisk forskning. Denna forskning har utvecklats snabbt från att endast ha handlat om att kvantifiera hälsans snedfördelning efter inkomst med ett index till att analysera orsakerna bakom snedfördelningen och skillnader mellan olika befolkningsgrupper samt förändringar över tiden.

Resultatet av dessa studier har bl.a. visat att snedfördelningen av hälsa i relation till inkomst är statistiskt signifikant i alla länder som har studerats. Snedfördelningen tycks vara mindre i Sverige

än i andra länder men behöver för den skull inte var oväsentlig. Exempelvis kan en man i 40-årsåldern förvänta sig att leva tre år längre om han befinner sig i den högsta inkomstdecilen jämfört med en man i lägsta inkomstdecilen, allt annat lika. Resultaten i absoluta tal för kvinnor och andra åldersgrupper är liknande.

Ett annat forskningsrön är att inkomst i sig bidrar till hälsans fördelning efter inkomst och att sysselsättning och utbildning också bidrar till snedfördelning. Det indikerar åtminstone två viktiga poänger: 1) inkomstpolitik, arbetsmarknadspolitik och utbildningspolitik kan vara effektiva instrument i fördelningspolitiken inom hälsoområdet. Dvs. det är inte bara sjukvård som har betydelse för hälsan och hälsans fördelning; 2) inkomstpolitik, arbetsmarknadspolitik och utbildningspolitik som *inte* primärt fokuserar på hälsa utan på sina specifika områden kan ge bieffekter med avseende på hälsa. Således kan det vara viktigt att beakta olika hälsoeffekter vid utvärderingar av ovannämnda politik och inte enbart utvärdera dem med avseende på deras primära mål. Detta indikerar sammantaget att dessa olika politiska områden kan användas både för att förklara snedfördelningen av hälsa och som verktyg att förändra en given fördelning i önskvärd riktning.

Liknande metoder som har använts för analys av fördelning av hälsa har tillämpats på fördelning av vård. En fortfarande aktuell studie visar att personer med högre inkomst har fler läkarbesök i Sverige även efter att man har korrigerat för skillnader i »behov« mellan inkomstgrupper (ålder, kön och självskattad hälsa). Dessutom är den mätta snedfördelningen relativt stor i Sverige i förhållande till flera andra jämförbara länder. Detta kan tolkas som att »rättvisa« i vården sannolikt inte gäller trots hälso- och sjukvårdslagens ambitioner och att vården ges i offentlig regi.

Det återstår dock en hel del forskning för att analysen ska kunna ge mer precisa svar på beslutsfattares frågor om varför hälsans fördelning förändras och hur den bäst kan påverkas. Vad är det som gör att personer med exempelvis högre inkomst lever längre, har bättre hälsa och kan konsumera mer vård när de är sjuka i ett land som under lång tid har försökt utjämna sociala skillnader i hälsa och vård? För att komma vidare krävs mer forskning om vilka

mekanismer som förklarar orsakssamband mellan olika socioekonomiska faktorer och hälsa:

1. I analysen av sjukvårdens fördelning kan flera intressanta analyser utföras, delvis med existerande data. En analys är att studera fördelningen av läkarbesök i primärvården inom Sverige mellan landsting, i syfte att undersöka dels variationen i graden av socioekonomisk snedfördelning mellan landsting, dels försöka förklara denna variation med de dekomponeringsmetoder som har diskuterats. En viktig fråga är om graden av snedfördelning sammanhänger med skillnader i sättet att finansiera och organisera sjukvården och primärvården i olika landsting, t.ex. om snedfördelningen har förändrats före och efter införandet vårdval i primärvården eller skiljer mellan landsting som har infört vårdval mot de som inte gjort det.

En möjlig förklaring till snedfördelningen av läkarbesök i Sverige skulle kunna vara den svaga utbyggnaden av primärvård i Sverige jämfört med flera andra länder. Kostnadsandelen för primärvård i Sverige är relativt liten och antalet allmänläkare är relativt få jämfört med andra specialister (se kapitel 6). Det är också intressant att studera fördelningen av andra variabler som exempelvis väntetider till behandling och analyser av hur fördelningsmålen kan påverkas av en ökning av privat finansierad sjukvård. Slutligen är det självklart intressant att se i vad mån skillnader i vårdutnyttjandet spelar roll i slutändan för skillnader i hälsa.

2. Utveckla hälsomåttet i fördelningsstudier med mått som används i ekonomiska utvärderingar av hälsa. I ekonomiska analyser används vanligen självskattad hälsa som hälsomått. Idealt bör hälsomåttet som tar hänsyn till såväl individers livslängd som hälsostatus användas och helst bör mått användas som tar hänsyn till dessa olika dimensioner samtidigt så att man kan analysera exempelvis socioekonomisk fördelning i kvalitetsjusterade levnadsår (QALY:s). Det finns dock i nuläget inga metoder utvecklade för att dekomponera QALY:s.

3. Modeller för analys av variationer i hälsa och vård måste bli mer detaljerade så att fler politiskt relevanta variabler med större precision kan införas i dem utöver variabler som inkomst, utbildning, arbetsmarknad, tidigare hälsa och familjebakgrund. Det gäller exempelvis variabler som återspeglar ekonomiska incitament (såsom patientavgifter och olika ersättningsprinciper för vård), priser och tillgång till olika vårdtyper, alkohol, kost, motion etc. Ett dilemma idag är att det redan existerar datamaterial med hög kvalitet men att dessa bara har begränsad tillgänglighet och att forskare endast till höga kostnader får tillgång till relevanta data. Ett annat viktigt relaterat område inom denna forskning är naturligtvis att fastställa orsakssambanden och effekterna av olika socioekonomiska faktorer på hälsan och vårdkonsumtionen. Att det finns ett samband mellan inkomst och hälsa innebär inte nödvändigtvis att det är inkomsten som påverkar hälsan. Det kan även vara hälsan som påverkar inkomst genom att personer med sämre hälsa har svårare att göra sig gällande på arbetsmarknaden. Det kan även finnas omöta faktorer som t.ex. genetiska faktorer och uppväxtmiljö som påverkar både inkomst och hälsa och som förklarar inkomst-hälsa-sambandet (se Nordin och Gerdtham 2010).

Slutsatsen av detta kapitel är att den ekonomiska analysen av fördelning i hälsa och vård efter välstånd har utvecklats snabbt och representerar ett fascinerande forskningsområde. På samma gång representerar den ett område där mycket kvarstår innan analysen kan leverera användbara resultat med precision till beslutsfattare om läget och vilka konsekvenser olika insatser kan förväntas få. De resultat som forskningen hittills har kommit fram till visar dock att målen i fördelningspolitiken om lika hälsa inom hälsoområdet inte är uppfyllda och att det finns anledning att gräva djupare bland orsakerna till ojämnheter i fördelningen av hälsa och vård.

REFERENSER

- Allanson, P., Gerdtham, U.-G. och D. Petrie (2009), »Longitudinal analysis of income-related health inequality«. *Journal of Health Economics*. In Press.
- Becker, G. (1964), *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis With Special Reference to Education*. New York: National Bureau of Economic Research.
- Becker G.S. (1975), *Human Capital*. Second Edition. Chicago: The University of Chicago Press.
- Burström, K., Johannesson, M. och F. Diderichsen (2005), »Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALY:s in Sweden 1980 to 1997«. *Health Economics*, 14: 831–850.
- Cutler, D. och E. Richardson (1998), »The value of health: 1970–1990«. *American Economic Review Papers and Proceedings* 88, 97–100.
- Clarke, P., Gerdtham, U.-G., Johannesson, M., Bingefors, K. och L. Smith (2002), »On the Measurement of Inequalities in Health: a Comparison of Australia and Sweden Using the SF-36«. *Social Science of Medicine* 55: 1923–1928.
- Currie, J. (2008), »Healthy, wealthy, and wise: socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development«. *NBER, Working Paper* 13987.
- Deaton, A. (2002), »Policy implications of the gradient of health and wealth«. *Health Affairs* March/April.
- Drummond M., Sculpher, M., Torrance, G., O'Brien, B. och C. Stoddart (2005), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 3:e upplagan. Oxford University Press.
- Erreygers, G. (2009), »Correcting the Concentration Index«. *Journal of Health Economics* 28: 504–515.
- Fleurbaey, M. och E. Schokkaert (2009), »Unfair inequalities in health and health care«. *Journal of Health Economics* 28: 73–90.
- Gerdtham, U.-G., Johannesson, M., Lundberg, L. och D. Isacson (1999), »A Note on Validating Wagstaff and Van Doorslaer's Health Measure in the Analysis of Inequalities in Health«. *Journal of Health Economics* 18: 117–124.

- Gerdtham, U.-G. och M. Johannesson (1999), »New Estimates of the Demand for Health: Results Based on a Categorical Health Measure and Swedish Micro Data«, *Social Science and Medicine* 49: 1325–1332.
- Gerdtham, U.-G. och M. Johannesson (2002), »Do Life-Saving Regulations Save Lives?«, *Journal of Risk and Uncertainty* 24: 231–249.
- Gerdtham, U.-G. (1997), »Equity in Health Care Utilisation: Further Tests Based on Hurdle Models and Swedish Micro Data«, *Health Economics* 6: 303–319.
- Gerdtham, U.-G. och P.K. Trivedi (2001), »Equity in Swedish Health Care Reconsidered: New Results Based on the Finite Mixture Model«, *Health Economics* 10: 562–572.
- Gerdtham, U.-G. och M. Johannesson (2000), »Income-related inequality in life-years and quality-adjusted life-years«, *Journal of Health Economics* 19: 1007–10026.
- Gravelle, H. (2003), »Measuring income related inequality in health: standardisation and the partial concentration index«, *Health Economics* 12, 803–819.
- Gravelle, H.S.E. och M. E. Backhouse (1987), »International cross section analysis of the determination of mortality«, *Social Science and Medicine* 25, 427–441.
- Groot, W. (2000), »Adaption and scale of reference bias in self-assessments of quality of life«, *Journal of Health Economics* 19: 403–420.
- Grossman, M. (1972), »On the concept of health capital and the demand for health«, *Journal of Political Economy* 80, 223–255.
- Grossman, M. (2002), »The Human capital model«. I Culyer, A.J. och J.P. Newhouse (red.), (2000), *Handbook of Health Economics*. North-Holland: Amsterdam, 1803–1862.
- Humphries, K. och E. van Doorslaer (2000), »Income-related inequalities in health in Canada«, *Social Science and Medicine* 50, 663–671.
- Hälso- och sjukvårdslag 1982, 763.
- Islam, K., Gerdtham, U.-G., Clarke, C. och K. Burström (2009), »Does socioeconomic health inequality change as the population ages? Evidence from Swedish panel data«, *Health Economics*. Under produktion.
- Kerkhofs, M. och M. Lindeboom (1995), »Subjective health measures and state dependent reporting errors«, *Health Economics* 4, 221–235.
- Le Grand, J. och M. Rabin (1986), »Trends in British health inequality 1931–83«. I Culyer, A.J. och B. Jönsson, *Public & Private Health Services*, Oxford: Basil Blackwell Ltd.

- Nordin, M. och U.-G. Gerdtham (2010), »Why a positive link between age and income related health inequality?«, Working papers nr 2010:12, ekonomiska institutionen, Lunds universitet.
- Rosenzweig, M. och T.P. Schultz (1983), »Estimating a household production function: heterogeneity, the demand for health inputs, and their effect on birth weight«, *Journal of Political Economy* 91: 723–746.
- Smith J.P. (1999), »Healthy bodies and thick wallets: The dual realation between health and economic status«, *Journal of Economic Perspectives* 1999;13:145–166.
- sou 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Socialdepartementet, 1995.
- Wagstaff A. och E. van Doorslaer (2000), »Equity in health care finance and delivery«, I Culyer A.J. och J.P. Newhouse (red.), *Handbook of Health Economics*. North-Holland: Amsterdam, 1803–1862.
- Wagstaff, A. (2002), »Inequality aversion, health inequalities and health achievement«, *Journal of Health Economics* 21, 627–641.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E. och N. Watanabe (2003), »On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam«, *Journal of Econometrics* 112, 207–223.
- Wagstaff, A. (1986), »The demand for health: some new empirical evidence«, *Journal of Health Economics* 5, 195–233.
- Wagstaff A. och E. van Doorslaer (1994), »Measuring Inequalities in Health in the Presence of Multiple-Category Morbidity Indicators«, *Health Economics* 3, 281–291.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., Calonge, S., Gerdtham, U.-G., Gerfin, M., Geurts, J., Gross, L., Häkkinen, U., Leu, R.E., O'Donnell, O., Propper, C., Puffer, F., Rodriguez, M., Sundberg, G. och O. Winkelhake (1997), »Income-related inequalities in health: some international comparisons«, *Journal of Health Economics* 16, 93–112.
- van Doorslaer, E. och X. Koolman (2004), »Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries«, *Health Economics* 13, 609–628.
- van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X., Lafortune, G., Clarke, P., Gerdtham, U.-G., Häkkinen, U., Couffinhal, A., Tubeuf, S., Dourgnon, P., Schellhorn, M., Szende, A., Nigenda, G., Arreola, H., Grasdahl, A., Leu, R., Puffer, F. och E. Seidler (2006), »Unequal Access to Medical Care in the OECD Countries«, *Canadian Medical Association* 17, 177–183.

- van Doorslaer, E. och U.-G. Gerdtham (2003), »Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? – Evidence from Swedish data«, *Social Science & Medicine* 57, 1621–1629.
- van Doorslaer, E. och A. M. Jones (2003), »Inequalities in selfreported health: Validation of a new approach to measurement«, *Journal of Health Economics* 22, 61–87.
- Williams, A. (1997), »Intergenerational equity: an exploration of the fair innings argument«, *Health Economics* 6, 117–132.

APPENDIX 1: *Egenskaper hos koncentrationsindex (K1)*

Det är viktigt att känna till olika inneboende egenskaper hos K_1 . En egenskap är att K_1 är okänsligt för om hälsan multipliceras med ett godtyckligt värde (scale independence) eftersom K_1 mäter *relativa* skillnader mellan inkomstskikt. Detta innebär att om allas »hälsa« fördubblas från en tidpunkt till en annan kommer index att vara oförändrat. En annan egenskap som har att göra med att vi mäter relativa skillnader är att om en godtycklig konstant adderas till hälsan för alla individer kommer K_1 att påverkas givet att inte alla inkomstskikt har samma hälsa i utgångsläget. Clarke m.fl. (2002) har visat att K_1 kan vara känsligt för om man mäter hälsostatus med ett positivt mått (hälsa) eller vänder på måttet till ett negativt mått (ohälsa). I strikt mening kräver K_1 att hälsovariabeln mäts på en s.k. kvotskala (som vikt och längd). Om hälsan istället mäts på en s.k. intervallskala (som temperatur), kan K_1 påverkas (Clarke m.fl. 2002, Erreygers 2009). Denna egenskap är problematisk eftersom hälsomått ofta förlitar sig på ordinala mått baserade på individers självskattade hälsa, dvs. intervjupersoner besvarar frågan: »Hur bedömer du ditt hälsotillstånd för närvarande? Är det mycket bra, ganska bra, varken bra eller dåligt, ganska dåligt eller mycket dåligt?«. K_1 kan inte beräknas direkt med sådana kategoriska mått utan måste transformeras till kardinala mått varpå index kan beräknas. Emellertid kan då indexvärdet bero på den valda transformationen (Erreygers 2009). Erreygers (2009) har visat hur man kan korrigera K_1 så att hänsyn kan tas till flera problem om hälsan mäts på en intervallskala.

En annan viktig egenskap med K_1 framgår av en möjlig definition av K_1 , nämligen:

$$1 - \frac{2}{n \cdot \mu} \sum_{i=1}^n h_i(1 - r_i)$$

I summeringen framgår att hälsoandelarna, $h_i/n\mu$, viktas med 2 ($1 - r_i$). Detta innebär att vikterna minskar linjärt från 2 för individen med minst inkomst, 1 med medianinkomst till 0 för individen med högst inkomst. Wagstaff (2002) har visat hur ett »extended« K_1 kan skattas där man lägger andra vikter på hälsoandelarna. I samma artikel föreslår Wagstaff även hur ett s.k. achievement index kan skattas som kombinerar nivån av hälsa med fördelning i hälsa genom att istället vikta medelvärde på hälsan med 1 minus K_1 för hälsa.

APPENDIX 2: *Dekomponering av koncentrationsindex* (κI)

Ett sätt att dekomponera κI på dess bestämningsfaktorer utgår från två enkla ekvationer (1–2). För att en dekomponering ska bli användbar krävs att hälsans bestämningsfaktorer kan modelleras på ett meningsfullt sätt som i (1) och skattas med lämpliga metoder:

$$h_i = a + \sum_k b_k x_{ki} + e_i \quad (1)$$

där x är k olika bestämningsfaktorer (inkomst, utbildning osv.) och b är en konstant som mäter effekten av en förändring i en bestämningsfaktor med avseende på hälsa. a mäter hälsan i genomsnitt när alla värden på x är lika med 0 och e är en residual som återspeglar slumpens inverkan på hälsan (och effekter av icke-observerbara som förhoppningsvis tar ut varandra). Givet en modell av hälsa kan formeln för κI_h skrivas om som:¹⁰

$$\kappa I_h = \sum_k \left(\frac{b_k \bar{x}_k}{\bar{h}} \right) \times \kappa I_k \quad (2)$$

där $\bar{x}_k$ är medelvärdet på x_k , κI_k är κI för x_k . Ekvation (2) visar att bidraget av en viss hälsofaktor, t.ex. inkomst, med avseende på κI_h beror av denna faktors: (i) effekten på hälsan (b); (ii) genomsnittsvärde ($\bar{x}_k$); (iii) variation över inkomst (κI_k).¹¹ Om inkomsteffekten (b) ökar (minskar), allt annat lika, då kan man förvänta att κI för hälsa ökar (minskar); om inkomstjämligheten ($\kappa I_{inkomst}$) ökar (minskar), allt annat lika, då kan man förvänta att κI för hälsa ökar (minskar). Givet att (1) kan skattas kan bidraget av inkomst och andra socioekonomiska faktorer kvantifieras med avseende på κI för hälsa, dvs. vi kan visa hur mycket snedfördelningen av hälsa minskar om vi modifierar faktorer som påverkar den.¹²

10. Bidraget av residualtermen har uteslutits från ekvation 2.

11. Den första faktorn i ekvation 2 ($\frac{b_k \times \bar{x}_k}{\bar{h}}$) utgör förklaringsfaktorns elasticitet med avseende på hälsan, dvs. som visar hur mycket hälsan förändras i procent om t.ex. inkomsten ökar med 10 procent.

12. Detta är dock i många fall lättare sagt än gjort på grund av begränsningar i data vilket gör att många faktorer som inrymmer sig i x saknas vilket innebär att de hamnar i feltermen vilket i sin tur leder till tolkningsproblem (se appendix 3).

APPENDIX 3: *Hur kan hälsan modelleras?*

En grundläggande fråga för dekomponeringen är hur orsakerna till hälsa kan modelleras (ekvation 1 ovan) vilket är grunden för att snedfördelning av hälsa ska kunna analyseras. Den typiska utgångspunkten för en ekonom är teorin om efterfrågan på hälsa som först utvecklades av Grossman (1972) (se även Rosenzweig och Schultz 1983, Wagstaff 1986, Gravelle och Backhouse 1987, Gerdtham m.fl. 1999, Gerdtham och Johannesson 1999, Grossman 2000). Modellen utgår dels från teorin för hushållet som producent, där hushållen själva producerar grundläggande nyttigheter med sin tid och inköp av varor och tjänster på marknaden (Becker 1965), dels teorin för mänskligt kapital (Becker 1975). I Grossmans (1972) modell producerar individen hälsa genom att kombinera egen tid och vård, men man kan även se val av levnadsvanor, dvs. matvanor, fysisk aktivitet, rökning och alkoholvanor, som argument i den s.k. produktionsfunktionen för hälsa. De variabler som påverkar individers val av eller »efterfrågan« på hälsa som oftast diskuteras är ålder, inkomst och utbildning. Ålder påverkar hälsan eftersom deprecieringen i hälsa antas öka med åldern, vilket successivt ställer ökade krav på hälsoinvesteringar samtidigt som priset för att upprätthålla hälsa ökar. Inkomsten påverkar investeringar i hälsa på så sätt att det å ena sidan är mer lönsamt för personer med hög inkomst att hålla sig friska men å den andra sidan måste individen t.ex. ta hänsyn till att priset (tiden) för att bygga upp hälsan blir dyrare med högre inkomst. Enligt en tolkning av modellen (investeringsmodellen) kommer hälsan ändå att öka med ökad inkomst pga. att den sistnämnda effekten blir svagare än den förra effekten eftersom hälsan produceras inte bara med tid utan även med hälsoinsatser som köps på marknaden och individen kan substituera mellan egen tid och marknadsvaror. I modellen antas individer med hög utbildning ha en mer effektiv hälsoproduktion än de med lägre utbildning. Det innebär att mer utbildade individer producerar mer hälsa utifrån en given hälsoinvestering, dvs. priset per enhet producerad hälsa är lägre med högre utbildning. Utöver dessa faktorer (ålder, utbildning och inkomst) kan man tänka sig andra faktorer som påverkar hälsan på liknande sätt, t.ex. sysselsättning och arbetsmiljö.

En enkel modell (3) kan illustrera möjliga modeller som kan skattas:

8. Hälsans fördelning i befolkningen

$$h_i = a + b_1c + b_2m + v + e \quad (3)$$

h är hälsa, c är en vektor av hälsorelaterade varor, m är sjukvård, v är observerbara socioekonomiska bakgrundsfaktorer som ålder, familjebakgrund, sysselsättning, arbetsmiljö, e är icke-observerbara variabler som ursprunglig hälsa. Individens konsumtionsval begränsas av:

$$p_c c + p_m m = y \quad (4)$$

där p_c , p_m är priser av c respektive m och y är inkomst.

I modellen bestäms efterfrågan på c respektive m av p_c , p_m , y , v och e , vilket medför att *reducerade formen* för efterfrågan på h kan skrivas:

$$h_i = \alpha + \beta_1 p_c + \beta_2 p_m + \beta_3 y + v + e \quad (5)$$

Givet tillgång på lämpligt datamaterial kan (5) skattas och ge policyrelevanta resultat, t.ex. hur minskade patientavgifter eller hur en skatt på cigaretter påverkar hälsan via förändrad efterfrågan på c och m i produktionsfunktionen för hälsa. En annan strategi är att skatta produktionsfunktionen för hälsa direkt, dvs. (3). Ett problem med denna strategi är att produktionsfunktionen visserligen visar hur hälsan förändras om en insatsfaktor förändras men inte hur denna insatsfaktor kan förändras. Ett problem är att beslutsfattare inte har kontroll över hur t.ex. olika levnadsvanor förändras men har mer inflytande på faktorer som priser, tillgänglighet, information och inkomst, och som kan påverka bl.a. människors val av levnadsvanor etc. Från politisk synpunkt kan det därför vara mer relevant att få insikt i hur hälsan och hälsans bestämningsfaktorer förändras om dessa bakomliggande faktorer som bestämmer efterfrågan på hälsa via val av insatsfaktorer i hälsoproduktionen förändras. Den strategi som oftast används är därför att skatta efterfrågerelationer med avseende på hälsa.¹³

13. Ett ekonometriskt problem med den andra strategin är dessutom att de icke-observerbara faktorerna i modellen (3) kommer att vara korrelerade med c och m eftersom e som finns med i produktionsfunktionens felterm även kommer att ha en indirekt effekt på hälsan via c och m . Detta innebär att det kommer att finnas en korrelation mellan feltermen och insatsfaktorerna i den skattade modellen vilket genererar s.k. bias i de skattade effekterna. Detta problem kan i princip övervinnas (eller minskas) med t.ex. instrumentalvariabelmetoder och s.k. fixeffektmodeller med longitudinella data.

REGISTER

A

ackreditering 149, 158, 162ff
Albanien 33
alternativmedicin 12
anpassning 46, 114, 137, 142, 162, 166
ansvar 8, 17, 35f, 62, 67, 69, 72, 82ff, 94f, 97, 103, 105ff, 115, 132f, 150, 159f, 172, 178, 180ff, 197ff, 202f
ansvarsprincip 94
Athen 141
Australien 22, 29, 128, 162
avgifter 20ff, 105, 131, 133, 135, 138, 191, 203, 243, 251
avreglering 139

B

befolkningspyramid 116
behandlingsförmånsnämnd 102
Belgien 14ff, 33, 128, 185, 232f
betalningsvilja 12, 32, 64, 67, 72f, 115, 130
boendeyta 137
Borg, Per 114, 125, 127, 129, 137, 141f
bröstcancer 31, 127, 134

C

cancerläkemedel 19, 34
sjukdomar 29
Capio 193
Carema 193

casemix 209f
centralisering 171
Cleveland Health Quality Choice 214f

D

dagkirurgi 25
Danmark 14ff, 29, 125, 137, 139, 185, 188, 232
decentralisering 12, 171
dekomponering 229, 232f, 242, 249f
deliberativ ansats 93
demokrati 37, 71, 87f, 90, 92, 94, 107, 141, 208
depression 30
deprofessionalisering 83
dialog 92, 106, 207, 218f
DRC-system 26, 116

E

effektivisera 80f, 114, 129, 142, 161
effektivitet 23f, 36f, 39, 129f, 142, 151f, 158, 167, 186, 200, 207f, 216
ekonomisk tillväxt 80
enighet 140
ersättning 14, 19, 37, 70f, 124, 178, 180ff, 202f
ersättningsprinciper (-system) 36f, 181f, 189, 197, 208, 229, 243

eso-rapport (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) 114, 141, 158, 167
 etableringsfrihet 176, 180
 etisk plattform 90, 94
 evidensbaserad medicin (EBM) 97ff
 externalitet 132

F

fee-for-service 19, 27
 flexibilitet 141
 forskare 36, 90, 124, 140f, 150, 153, 156f, 171, 226, 243
 Frankrike 13ff, 22, 128, 139, 233
 frikoppling 72, 216
 fritt tillträde 130
 förändringsarbete 8f, 216
 förbättringspotential 29
 fördelning 9f, 19, 24, 32, 38, 59, 84, 91, 94, 104f, 116, 118, 179, 224ff
 försäkring 18, 20, 22, 60, 90, 115f, 120, 125f, 132ff, 179, 191, 202f
 Försäkringskassan 116, 127
 försäkringsmarknad 134ff
 premie 115, 131
 första linjens vård 9, 37, 176, 180
 förtroende 78, 82, 84, 87f, 106, 178, 180, 189, 198, 201
 kapital 87

G

glesbygd 132, 178, 191, 193
 GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) 100

H

hjärtinfarkt 30, 129, 137
 kirurgi 214f
 horisontell integration 197
 horisontell prioritering 89
 HTA (Health Technology Assessment) *se* ny teknologi
 hälsa 9f,
 hälsans snedfördelning 224ff, 231ff, 240ff, 249
 hälso- och sjukvårdens finansiering 7, 9, 15, 18, 20ff, 35ff, 71, 83, 95ff, 100, 102f, 108f, 114ff
 resurser 7f, 10ff, 23f, 27f, 54, 57ff, 68ff, 78, 80ff, 89ff, 97, 104f, 108, 117, 119, 125f, 131, 137f
 hälsoekonomer 17, 224
 ekonomi 12, 42
 ekonomiska utvärderingar 30, 32, 42ff
 kost 12
 vinst 32, 58f, 62ff, 73ff, 85, 119, 126
 höftledsoperation 26, 33, 86, 210
 högkostnadsskydd 22, 133, 135

I

icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier 102ff, 108f
 icke-vinstdrivande 129
 idébärare 155ff, 164
 modell 154
 implementering 55, 107, 164, 168f
 implementeringsprocesser 149, 171
 impotensmedel 86

incitament 18f, 35, 42, 64, 68f, 72,
 74, 116, 123f, 133, 138, 179, 181,
 186ff, 200, 202, 243
 information 29, 32, 47, 54, 62, 66,
 68, 81ff, 99, 108, 125, 129, 141,
 166, 191, 196, 198, 207f, 211ff,
 219, 236, 251
 inkomstelasticitet 120
 innovationer 7, 9f, 17f, 31, 35, 37,
 42, 58, 61, 85, 108, 124, 176, 184,
 198, 200, 203
 institutioner 87f, 90ff, 106, 140f
 intäkt 30f, 69, 127, 142, 188
 Irland 13ff, 20ff, 128, 232ff
 Italien 14ff, 128, 139, 232f

K

Kaiser Permanente 25
 Kanada 22, 128, 180, 185
 karotistrombendartärektomi 122
 klinisk forskning 17, 29, 124, 199,
 202
 koncentrationsindex 227f, 230ff,
 238f, 248f
 kurva 227f
 konkurrens 9, 38, 69, 84, 129f,
 139, 152, 172, 176ff
 neutralitet 191, 195, 200f
 Konkurrensverket 195, 200f
 kontinuitet 186, 191, 198
 Korea 13
 kostnadsansvar 180ff, 184, 187ff,
 192, 197
 effektivitet 32, 42f, 47, 59, 64ff,
 71f, 100, 102, 107, 123
 effektivitetsprincipen 107
 ökande 124
 sänkande 121, 123f

utveckling 10, 12, 18, 25, 63, 67,
 119, 127, 138
 kunskapsstyrning 9, 105, 109
 kvalitetsförbättring 207, 213, 215
 indikatorer 210, 212, 216, 219
 jämförelser 207ff
 justerade levnadsår 30, 62, 134,
 237f, 242
 rapportering 207, 213, 215, 217
 redovisning 207ff, 212, 214f,
 219
 register 23, 31, 47, 83, 161, 208,
 213, 217
 säkring 148f, 152f, 156, 158ff,
 säkringsidé 153, 162, 165, 168
 kvasimarknad 124, 129
 kö 34, 109, 115, 125ff, 136, 138

L

landsting 8f, 18f, 23ff, 29ff, 42,
 48, 68, 70f, 78ff, 92ff, 98, 100ff,
 125ff, 137ff, 150, 176ff, 207, 229,
 242
 legitimitet 89, 92, 106f, 212
 levnadsstandard 27
 listning 75, 180ff, 195
 livslängd 26ff, 57f, 62, 70, 86, 117f,
 125f, 236, 242
 Luxemburg 13ff, 233
 lägesrapport 7, 10
 läkarbesök 22, 26, 54, 56, 179,
 194, 233ff, 241f
 läkare 10, 13ff, 19, 25ff, 38f, 54,
 60, 81f, 87ff, 95, 119, 124, 134,
 160, 166, 170, 177ff, 211, 216ff,
 233ff, 242
 läkemedel 17ff, 31ff, 42ff, 80, 86f,
 95, 98, 100ff, 116, 120ff, 183

läkemedelskonsumtion 19
utgifter 17, 49, 63, 66, 70, 95,
127

Läkemedelsverket 102

M

målbaserad ersättning 189, 198,
202

måluppfyllelse 10, 23, 37, 182f

människovärdesprincip 94, 136

marginaleffekt 131

marknad 22, 36f, 47, 51, 64ff, 74,
84, 86, 96, 101f, 115, 122, 126ff,
152, 155f, 163ff, 180, 187, 190,
192ff, 212, 225, 232, 241, 243,
250

marknadskrafter 133, 166

lösning 115

mäta sjukvårdens kvalitet/resul-
tat 130, 148, 158, 207, 209, 211

medellivslängd 27

medelvårdtider 25

medicinsk teknologi 10, 15, 17ff,
27f, 31, 35, 42ff, 108, 120, 123,
225

medicinska framsteg 81, 85, 121,
138

medier 8, 18, 79, 82, 213f, 220

Mexiko 20, 234

monopol 139f, 168

mortalitet 27, 214f, 231

MS 32

N

nationella riktlinjer 53, 100f, 107,
161

Nederländerna 13ff, 185, 230,
232f

Norge 13ff, 19, 21, 128, 185, 188

NPM (New Public Management)
36f, 149, 155f, 171f

ny teknologi 31, 35, 43, 57ff, 67f,
123

närsjukvård 177

O

obligatoriska socialförsäkrings-
avgifter 20

OECD 7, 11, 13ff, 33f, 38, 41, 128f,
151, 178f, 184, 189, 233ff

offentlig finansiering 20, 114,
131, 142

omställning 135, 195

OmVård.se 207, 212

organisation 15, 35, 37, 79, 83,
91, 94, 127, 130, 150ff, 176f, 180,
211, 216, 220, 229

organisationsförändring 36

P

patienter 7ff, 17ff, 26, 32, 47ff,
73ff, 80ff, 91ff, 105, 115f, 119,
121ff, 131f, 178f, 183ff, 197, 202,
207ff, 212ff

patientavgift 21f, 131, 133f, 182f,
243, 251

föreningar 219f

nytta 26, 30ff, 42, 81, 85, 98,
100, 102

skador 26

pensionsreform 114, 135, 137
system 135, 140

per capita-kostnader 117, 120,
129, 138
politiker 9, 36, 71ff, 79, 82ff, 97,
138, 140, 149, 156, 178, 217, 220
prevention 15, 126f
primärvård 9, 23, 25f, 37, 132, 172,
176ff, 242
primärvårdsläkare 19, 27
primärvårdsmodeller 178, 184f
prioritering 9, 22, 35, 67f, 73f,
78ff, 88ff, 98f, 125, 131, 136, 138,
198, 226
prioriteringsobjekt 101
privata
aktörer 177, 179ff, 192f, 199f
finansieringar 20, 96f, 114, 133,
135, 142
försäkringar 21f, 229
producenter 132
sjukvårdsförsäkringar 22, 115,
126, 132, 138, 202f, 236
vårdenheter 176, 195, 201
produktion 14, 30, 47, 67, 73, 75,
104, 127, 129, 142, 151, 161, 250f
produktivitet 17, 23ff, 31, 39, 121,
151f, 158, 167, 194, 200
produktivitetsutveckling 24, 151,
194
professionell autonomi 217
professionellt imperativ 124
prostatacancer 29, 85
psykiatri 25f, 99, 101, 161, 211
PTCA 121

Q

QALY (Quality Adjusted Life-
Year) 30, 32f, 47ff, 53, 62, 64,
69, 72ff, 237f, 242

R

rambudget 27
RAND Health Insurance
Experiment 120
ranking 13f, 27f, 33f
rättvisa 93, 97, 99f, 102, 136, 188,
200, 225, 241
reformer 37, 84, 106, 114, 116, 124,
130, 135ff, 153, 157, 176ff, 192f,
201, 208, 213
resursutveckling 11
reumatoid artrit 32, 47f, 61

S

samhällsekonomiskt effektiv 116,
127
samhällskontrakt 87
SBU Alert 103
screening 85, 127, 134
sjukhusläkare 14, 28
sjukhusvård 118, 129
sjuksköterskor 10, 13ff, 38f, 67,
160, 170, 177, 216
sjukvårdsförsäkring *se* privata
sjukvårdskonsumtion 120, 133f
kvalitet 207, 211, 215, 217
politiker 9, 79, 84, 87, 92, 233
utgifter 11, 13ff, 23, 114, 117,
119f, 128f, 134
se även per capita-kostnader
sjukvårdsutgifternas andel av
BNP 11ff, 114, 120, 128f
skandinavisk institutionalism
153
skatt 8, 20, 23, 114f, 117, 119, 125,
131, 133, 137ff, 232, 251
skattehöjning 117, 125, 131

social ingenjörskonst 36
 Socialstyrelsen 32, 52f, 62, 68f,
 86, 94, 99ff, 107, 157f, 165, 207,
 236
 socioekonomiska grupper 179
 specialistvård 178f, 188f
 spelregler 140f, 200, 202
 spridningsprocesser 148, 153,
 158, 162ff, 173
 spädbarnsdödlighet 28
 stabil 23, 119, 140ff, 153, 191, 199
 star rating 216
 Statens beredning för medicinsk
 utvärdering (SBU) 99ff, 107,
 122
 Storbritannien 14ff, 21, 128f, 156,
 159, 230, 233
 strategiskt beteende 133
 styrning 10, 35ff, 84, 92, 105ff,
 148ff, 171ff, 176, 192, 196ff
 Sveriges Kommuner och Lands-
 ting 105, 157, 207
 sär läkemedel 98

T

tandvård 12, 21, 23, 72, 100
 Tandvårds- och läkemedelsför-
 månsverket 31, 60, 100
 teknologisk spridning 121
 utveckling 35, 119f, 125
 framsteg 119
 teknologiskt imperativ 123
 tidsanda 155f
 tillgång till vård 115, 136, 186
 tillgänglighet 9, 24, 33, 54, 57f, 82,
 84, 115, 139, 177f, 185f, 189, 194,
 196, 203, 225, 243, 251

transparens 37, 42, 69, 109, 161,
 172, 208, 211f
 tredjepartsfinansiering 18
 trender 81, 154, 156, 172
 Turkiet 13, 129
 Tyskland 13ff, 33, 125, 128, 139,
 185, 230, 232f

U

upphandling 192, 207, 219
 USA 13ff, 30f, 38, 120ff, 128, 134,
 139, 179, 185, 214, 230f, 234f
 utredning 114, 127, 137, 140, 142,
 171
 utredningsväsende 140f

V

valfrihet 9, 84, 165, 172, 176ff, 207
 Viagra 86f
 vinstdrivande 124, 129
 vårdbehov 15f, 22, 84, 114, 179,
 188, 229
 garanti 34
 kö 115, 126, 138
 konsumtion 9f, 54, 117, 120,
 134f, 213, 224, 243
 personal 7, 9, 14ff, 81, 83f, 89,
 160, 170, 189
 platser 25
 tyngd 187f
 val 9, 37, 74, 84, 109, 116, 172,
 176f, 180f, 189ff, 212, 215,
 217f, 242
 vårdvalsmodeller 176f, 181f, 184,
 186, 190, 194f, 201
 reformer 179f, 192f
 välfärdsstaten 36, 114ff, 139f

väntetid 8, 18, 23f, 33f, 84, 126,
136, 242
värdebaserat prissättningssystem
60, 74

Å

åldrande befolkning 114, 117, 125
åtgärdbar dödlighet 26ff

Ä

ädelreformen 8, 17, 150

Ö

öppen redovisning 207ff
öppenhet 78, 82ff, 87, 90, 93, 103,
106, 208, 217
öppenvård 49, 55f, 59, 118, 130,
197
öppna jämförelser (kvalitet och
redovisning) 9, 23, 29, 37f, 207
övergångsperiod 137
översättning 154, 159, 212, 219
översättningssociologi 153f

FÖRFATTARNA

ANDERS ANELL är adjungerad professor och knuten till Ekonomihögskolan vid Lunds universitet som biträdande forskningsledare för programmet Health Economics & Management. Han forskar bl.a. om incitament och resursfördelning i hälso- och sjukvården och preferenser hos befolkning och patienter kopplat till vårdval.

PER CARLSSON är professor i hälsoekonomi vid Linköpings universitet. Han är chef för Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi och Prioriteringscentrum vid samma universitet. Hans forskning studerar bl.a. prioriteringar och andra beslutsprocesser inom hälso- och sjukvården.

GUDBJÖRG ERLINGSDÓTTIR är universitetslektor vid företagsekonomiska institutionen vid Ekonomihögskolan, Lunds Universitet. Hon har bl.a. forskat om införande och spridning av kvalitetssäkringar inom hälso- och sjukvården och revisorsbranschen samt om hur de två dominerande professionerna, läkare och revisorer har reagerat på dessa kontrollformer.

ULF-G. GERDTHAM är professor i hälsoekonomi vid institutionerna nationalekonomi och kliniska vetenskaper vid Lunds Universitet. Han är även forskningsledare för programmet Health Economics & Management vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet. I sin forskning studerar han bl.a. sambanden mellan ekonomi och hälsa samt orsakerna bakom hälsans socioekonomiska fördelning.

CHARLOTTA LEVAY är lektor i företagsekonomi med inriktning på organisation vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet. Hon forskar bl.a. om hur professionella yrkesgrupper som läkare och sjuksköterskor förhåller sig till organisationsreformer, och expertinformation förmedlas till anhöriga och patienter.

CARL HAMPUS LYTTKENS är professor i nationalekonomi vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet. Hans nuvarande forskning är inriktad mot hälsoekonomi och ny institutionell ekonomi. Aktuella forskningsprojekt är bl.a. kopplingen mellan inkomstskillnader och hälsa, utbildning och hälsa, och globaliseringens effekter på hälsan i utvecklingsländer.

GERT PAULSSON är ekonomie doktor, lärare och forskare vid Ekonomihögskolan vid Lunds universitet. Han har även arbetat vid Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), Statsrådsberedningen, Riksrevisi-

sionsverket och Finansdepartementet. Hans forskning är inriktad på organisation och styrning av offentliga organisationer.

ULF PERSSON, Ph. D., är vd på IHE och adjungerad professor i hälsoekonomi vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet. Han är ledamot i Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Hans forskning är inriktad på bl.a. hälsoekonomi, läkemedelsekonomi och trafikekonomi.

REFERENSGRUPP

Följande företag och myndigheter har med kunskap, tid och finansiellt stöd bidragit till studien.

I referensgruppen har de representerats av följande medarbetare:

Diaverum, KARIN KALOCZY

Ecofin Invest, HÅKAN GERGILS

IK Investment Partners, GUSTAV ÖHMAN och HELENA STJERNHOLM

Läkemedelsindustriföreningen, ANDERS BLANCK

Merck Sharp & Dohme, BILLIE PETTERSSON

Odlander och Fredriksson/HealthCap, JOHAN CHRISTENSON

Pfizer, KERSTIN FALCK

Praktikertjänst, BJÖRN ZACKRISSON

Skandia, HANS G. SVENSSON

Stockholms Läns Landsting, MONA BOSTRÖM

Sophiahemmet, PETER SEGER

Statistiska centralbyrån, TOMMY JOHANSSON

Statskontoret, MIKAEL HALAPI

Swedish Medtech, ANNA LEFEVRE SKJÖLDEBRAND och BAHAR

ALDUR

Sveriges Läkarförbund, KÅRE JANSSON

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, KARL ARNBERG

Vetenskapsrådet, HÅKAN BILLIC (ordförande)

Vinnova, JOHANNA ADAMI

