

Mats Svegfors är chef för Sveriges Radio och var landshövding i Västmanlands län under åren 2000 till 2009. Dessförinnan var Mats Svegfors chefredaktör för Svenska Dagbladet, en tidning i vilken han var verksam i 17 år. Längre tillbaka var Mats Svegfors statssekreterare i bostadsdepartementet under Thorbjörn Fälldins andra regering efter att ha arbetat under Gösta Bohman på ekonomidepartementet mellan åren 1976 och 1978. Mats Svegfors ledde Ansvarskommitténs arbete som bland annat kom att handla om ansvaret för sjukvården i den svenska samhällsorganisationen.

Sjukvård i den mogna välfärdsstaten

På praktiskt taget alla samhällsområden finns en kombination av marknad och offentlig reglering. I varuproduktionen begränsas de offentliga interventionerna i allt väsentligt till rambetingelserna för verksamheten. I stora delar av tjänstesektorn spelar stat och kommun en mer aktiv roll. Skälen är flera. Den politiska debatten uppmärksammar av lätt insedda skäl framför allt de politiska och ideologiska förklaringarna till det starkare offentliga inflyandet över produktion och fördelning av sociala tjänster. Risken är uppenbar för att andra faktorer, som förklarar den mer aktiva rollen för det allmänna eller som är viktiga för att förstå politikens roll, förbises eller underskattas.

Sjukvårdens komplexa frågor

Sjukvård är en synnerligen komplex tjänst. Numera talar man ofta om vårdkedjan, dvs. alla de komponenter i vårdens ”värdekedja” som beskriver utvecklingen från sjukdom till hälsa, eller egentligen från hälsa till sjukdom och sedan tillbaka till hälsa. En jämförelse med traditionell varuproduktion visar särdraget hos sjukvården. Även en förhållandevis komplex industriprodukt låter sig beskrivas med hjälp av entydiga tekniska kategorier. Komponenter kan produceras av underleverantörer, i Sverige eller någon annanstans i världen. Industrieföretaget här i Sverige, med vårt internationellt sett tämligen höga löneläge, kan koncentrera sig på de mest kunskapskrävande momenten i värdekedjan. Företaget utvecklar sin kärnkompetens och lämnar resten av produktionen till andra. Kärnan i företagets kompetens handlar oftast om de delar av värdekedjan som är konkurrensmässigt unika, som kan appliceras på nya produkter och nya marknader och som ger slutprodukten dess särpräglade kundvärde.

Sjukvårdens värdekedja är i jämförelse med industriproduktionen synnerligen komplex. Den är ofta starkt individualiserad. Olika komponenter hänger samman, och är inbördes beroende, på ett helt annat sätt än i varuproduktionen.

Michael E. Porter och Elizabeth Olmsted Teisberg beskriver sjukvårdens värdekedja i sex huvudkomponenter med sammanlagt 21 delkomponenter.¹

Den första huvudkomponenten är *hälsopolitik/förebyggande insatser*, bl.a. screening, identifiering av riskfaktorer och allmänna förebyggande åtgärder.

¹ Redefining Health Care, Harvard Business School Press, Boston, 2006.

Den andra huvudkomponenten är *diagnostik* bl.a. utformning av tester, tolkning av testdata, expertkonsultation och fastställande av behandlingsplan.

Den tredje huvudkomponenten är *förberedelse för behandling*, dvs. att sätta samman behandlingsteam samt att genomföra förtester och förbehandling.

Den fjärde huvudkomponenten är själva *behandlingen* som inrymmer bl.a. insättandet av medicin och genomförandet av behandlingsåtgärden.

Den femte huvudkomponenten är *eftervård/rehabilitering*, bl.a. postoperativ vård, upprättandet av plan för efterbehandling, utskrivning och rehabilitering.

Den sjätte huvudkomponenten är *uppföljning* när det gäller patientens tillstånd, efterlevnaden av medicinska föreskrifter och livsstil.

Det finns självfallet enskilda vårdtjänster som liknar industriprodukten såtillvida att de i mycket stor utsträckning låter sig standardiseras. Ett exempel är operationer av höftleder. Ingreppet är förhållandevis ”mekaniskt”. När inte patienten uppvisar några särskilda egenheter kan ingreppet i praktiken utföras på löpande band. Stora delar av tandvården är också av denna karaktär (vilket nog är den viktigaste förklaringen till att tandvården definierats ut ur sjukvården).

I de flesta fall kan emellertid inte sjukvårdens faktiska värdekedjor, dvs. den individuella vårdkedjan, standardiseras. Det enskilda fallet uppvisar så många särdrag att det just måste ses och hanteras som ett unikt fall. Till detta kommer att det alltid handlar om ett samspel mellan psykiska och fysiska faktorer. Även vid det mest mekaniska ingrepp måste patientens psykiska tillstånd och reaktion beaktas. Generellt gäller också att patienterna ofrånkomligen är medaktörer i ”produktionen” av sin egen hälsa. Mest uppenbart gäller detta livsstilsfrågor. Den som lever hälsosamt förebygger sjukdomar. Men också i själva vårdprocessen har den enskilde patientens sociala, psykiska och fysiska resurser, och den utsträckning i vilka dessa mobiliseras, stor betydelse.

En av de stora utmaningarna som sjukvården möter är hur avvägning sker, och sammanhang skapas, mellan vårdkedjans olika komponenter. Stora vinster kan uppnås såväl för individen som för samhället om insatser koncentreras till den delen av kedjan där resultaten är störst och kostnaden minst. Antirökpolitik, screening mot bröstcancer och magsårsbehandling med Losec och motsvarande mediciner utgör exempel på detta. Men exemplen antyder också de problem som avvägningarna i hälso- och sjukvården möter. Mot varandra står artskilda åtgärder som måste prövas mot varandra: att satsa på hälsouppllysning och screening eller på cancerterapi, att satsa på forskning eller på kirurgi, etc.

Vårdkedjans komplexitet gör att det är synnerligen svårt att åstadkomma en fungerande konkurrens i sjukvården. Inte minst de amerikanska erfarenheterna visar detta. Inget annat sjukvårdssystem i världen kan uppvisa så starka inslag av konkurrens som det amerikanska. Och de amerikanska sjukvårdskostnaderna är 50 till 100 procent högre än i jämförbara länder. Detta är i betydande utsträckning direkt hänförligt till just konkurrensen i systemet. Konkurrensen gäller inte det samlade resultatet av vårdkedjan: patientens hälsa. I stället sker konkurrens om enskilda länkar i hela kedjan. Och det innebär regelmässigt suboptimering.

Baumols dilemma

Av det som nyss sagts följer att det är svårare att öka produktiviteten i sjukvården än i industriproduktionen. Sjukvård måste i de allra flesta fall bedrivas här i Sverige, även om man i framtiden kan tänka sig att patienter reser till andra länder med lägre kostnadsläge för utförande av enklare ingrepp. Genom att sjukvårdsinsatser inrymmer direkt patientomsorg och dessutom är komplexa och kräver anpassning till det enskilda fallet är sjukvården ofrånkomligen arbetskraftsintensiv.

Sjukvården uppvisar ett allmänt fenomen som först beskrevs av William J. Baumol och William G. Bowen i mitten av 60-talet och som sedan har blivit känt som Baumols dilemma. Den klassiska ekonomiska teorin säger att löneökningar betingas av ökad produktivitet. Men skall de sektorer i samhället som inte ökar sin produktivitet, eller som gör det i mindre utsträckning än i ekonomin i övrigt, kunna konkurrera om arbetskraft måste lönerna där följa med i den allmänna löneutvecklingen. Följden är att relativkostnaderna för dessa lågproduktiva tjänster ökar. Just detta är Baumols dilemma.

Detta dilemma är inte speciellt för sjukvården. Det omfattar mycket stora delar av tjänstesektorn, inte minst sociala och kulturella tjänster. Det innebär en stor utmaning för hela välfärdspolitiken. Om inte produktiviteten ökar, men samtidigt lönerna utvecklas som lönerna i stort, kommer produktionen av de offentliga tjänsterna fortsätta att ta i anspråk en oförändrad andel av samhällsekonomin utan att kvantitet eller kvalitet förbättras. Skall äldreomsorgen byggas ut, eller skall nya behandlingsformer för exempelvis cancer kunna tas i bruk, måste resurserna tas från någon annan sektor – från annan offentlig tjänsteproduktion, från transfereringar eller från den privata konsumtionen genom höjt skattetryck.

Länge hanterades detta dilemma genom höjt skattetryck. Och detta var inte bara uttryck för att man i en svår situation tillgrip en lätt lösning. Det var tämligen logiskt. I stat och kommun var man medveten om att medborgarna prioriterade välfärdstjänster, inte minst sjukvård. I en förskjutning av relativkostnader till sjukvårdens nackdel var det rimligt att låta den relativt sett allt dyrare sjukvården – och andra välfärdstjänster – få ta en ökande andel av samhällets resurser i anspråk.

Baumols dilemma löstes upp genom att skatternas andel av samhällsekonomin ökade. Men sedan ett par decennier tillbaka sker inte detta längre. I delar av välfärdssektorn har dilemmat hanterats genom minskad volym eller lägre kvalitet. På andra områden har dilemmat kunnat hanteras genom att faktiskt driva fram produktivitetsförbättringar. Och med viss rätt kan hävdas att Baumol och Bowen hade fel. Alldeles uppenbart finns det möjlighet att driva fram produktivitetsförbättringar också i tjänsteproduktion, även när den sker i regi av stat och kommun. Men samtidigt är det uppenbart att Baumol och Bowen hade rätt i den meningen att utrymmet för produktivitetsförbättringar i tjänsteproduktionen är begränsat.

Skattefinansiering och skatteklar

Diskussionen om offentligt eller privat, respektive skattefinansiering eller marknadsfinansiering, utgör kärnan i den politiska debatten. Det är just synen på detta ideologiska vägval som betingar uppdelningen i vänster och höger. Tyvärr har detta kommit

att helt skymma de grundläggande ekonomiska samband som också gör sig gällande. Ty det handlar inte bara om ett ideologiskt val.

Med begreppet skattekil syftar man på den kil som beskattningen, både den direkta inkomstbeskattningen och den indirekta mervärdesbeskattningen, slår in mellan köpare och säljare. A ber sin gode vän B tapetsera A:s lägenhet. B vill ha 10 000 kronor för arbetet. B vill kunna åka till Thailand i en vecka. Men det kostar A närmare 30 000 kronor i beskattade pengar att ge B en ersättning för måleriarbetet så att B får behålla 10 000 kronor i beskattade pengar. (B får betala en tredjedel av bruttointkomsten, 15 000 kr, i inkomstskatt. De sociala avgifterna uppgår till cirka 40 procent av bruttointkomsten vilket ökar den totala arbetskraftskostnaden till 21 000 kronor. Därtill kommer mervärdesskatten på 25 procent vilket ger totalkostnaden 26 250 kronor för A.) A får alltså avstå nästan tre Thailandsresor för att B skall kunna åka till Thailand en gång.

Skattefinansieringen är en ekonomisk-tekniskt mycket elegant lösning på problemet med skattekilarna i tjänsteutbyte. Skatten som skall betala för tjänsten tas ju definitionsmässigt av den obeskattade inkomsten. Den skatt som väl sedan belastar det konkreta tjänsteutbytet går tillbaka till stat och kommun. Hela transaktionen blir i praktiken skattefri. Tjänsteutbytet kommer till stånd utan snedvridning på grund av skattesystemet.

Problemet är att det förmodligen finns ett faktiskt skattetak. Och det handlar inte blott, eller ens främst, om att medborgarna som valmän kommer att motsätta sig ökade skatter utan att medborgarna som ekonomiska aktörer kommer att undandra sig ökad beskattning. Det kan ske legalt genom minskad arbetsinsats och över huvud taget anpassning till skattesystemet. Det kan ske illegalt genom svartarbete och skattefusk.

Det finns en paradox härvidlag. Ju högre skattetrycket är, desto mer rationellt är det att skattefinansiera tjänster för att neutralisera de ökade skattekilarna. Men ju högre skattetrycket är, desto mer osannolikt är det att det går att finansiera ytterligare offentliga tjänster genom att öka de faktiska skatteintäkterna.

Sjukvården – välfärdsstatens kärna

Alla undersökningar visar en och samma sak: sjukvården är välfärdssamhällets kärnverksamhet. När SOM-institutet frågar svenskarna om vad som är viktigast i livet hamnar "hälsa" i topp med 85 procent som svarar "mycket viktigt" att jämföra med 29 procent för "njutning" och 7 procent för "rikedom". Sjukvården är också den verksamhet i samhället som möter störst förtroende hos svenskarna med index 56 att jämföra med 46 för polisen, 28 för bankerna, 20 för kungahuset och 4 respektive 3 för riksdag och regering.^{2 3}

Sjukvårdens personal möter ett extremt stort förtroende: index 82 att jämföra med 67 för poliser och 23 för rikspolitiker. När svenskarna direkt tillfrågas vilken fråga eller vilket problem som är viktigast hamnar sjukvården i topp: var fjärde nämner sjukvården att jämföra med 22 procent för sysselsättning, 21 procent för miljö och 5 procent för skatter. Slående är också att förtroendet inte bara är stort för sjukvård som verksamhet utan också att den svenska

² SOM-rapport 2008:19 Svenska trender 1986-2007.

³ Indexsiffran utgörs av ett balansmått utifrån en femgradig skala. Om alla svara "mycket stort förtroende" blir balansmålet +100. Svarar alla "mycket litet förtroende" blir balansmålet -100.

sjukvården, med dess offentliga huvudmannaskap, möter förtroende. På frågan om mer av sjukvården bör skötas i privat regi svarar flertalet nej (balansmått -14).

För medborgarna är sjukvården välfärdsstatens viktigaste verksamhet. Och sjukvården är därmed rimligen också central för välfärdsstatens legitimitet. Med en något hårdragen metafor har sjukvården, åtminstone fram till nu, kunnat beskrivas som välfärdsstatens kyrka och läkarna som dess prästerskap.

Fördelningens primat

Det finns en ”värdelänk” mellan synen på sjukvårdens betydelse och synen på vårdens fördelning. Just därför att sjukvården är så viktig – den handlar ytterst om liv och död – anses det uppenbarligen inte acceptabelt att inkomst- och förmögenhetsskillnader blir avgörande för om människor har tillgång till sjukvård eller ej. Slående är att någon form av offentligfinansierad sjukvård finns tillgänglig i alla utvecklade länder för dem som inte själva kan betala. Även i USA, med dess marknadsbaserade sjukvårdssystem, finns de offentliga systemen Medicare, Medicaid och SCHIP för äldre, låginkomsttagare och barn under 19 års ålder vars föräldrar inte har råd med egen sjukvårdsförsäkring. Dessa tre offentliga amerikanska sjukvårdsprogram kostar i dag strax över 4 procent av BNP, en andel som förväntas öka till över 8 procent 2030. Tendensen internationellt har varit entydig under de senaste decennierna. Sjukvårdssystemen har blivit mer och mer heltäckande. Det stora undantaget är USA. Visserligen har kostnaderna, och det antal medborgare som täcks, ökat för de offentliga systemen. Samtidigt har företagen blivit alltmer restriktiva med de arbetsgivaranknutna systemen som finansierar sjukvårdskostnaderna för de flesta amerikaner.

Alternativen – teori och erfarenheter

Sjukvårdspolitiken skiljer sig åt mellan olika länder. Men i huvuddrag är inte variationsmöjligheterna oändliga. I princip finns tre olika alternativ: offentliga system, kollektiva försäkringssystem och marknadsreglerade system. I praktiken helt offentliga system finns i de nordiska länderna, Storbritannien, Irland, delar av Sydeuropa, Kanada, Australien och Nya Zeeland. Kollektiva försäkringssystem finns i Tyskland, Frankrike, Österrike, Belgien, Luxemburg och Japan. I den industrialiserade världen är det i stort sett bara USA som har ett marknadsmässigt system, även om det som nyss sagts kompletteras av ett nationellt, offentligt system för att trygga tillgången till sjukvård för äldre, lägre inkomsttagare och vissa barn och ungdomar, i dag sammanlagt cirka 40 000 000 amerikaner.

De offentliga systemen definieras av att det allmänna svarar för finansieringen. Regelmässigt ligger i dessa system en större del av huvudmannaskapet för sjukhusen, dvs. produktionsansvaret för sjukvården, också på offentliga organ. De kollektiva försäkringssystemen har sin bakgrund i försäkringsarrangemang som vuxit fram på arbetsmarknaden. I länder med en sådan sjukvårdspolitik är det vanligare med privat huvudmannaskap för sjukvårdsinrättningarna.

Det är viktigt att inse att den avancerade utbyggnaden av sjukvården, och därmed av sjukvårdspolitiken, tillhör de senaste 60–70 åren. Det är först under det senaste kvartsseket som sjukvårdskostnaderna på allvar har blivit ett problem i västvärldens utvecklade

välfärdsstater. I den meningen är ”sjukvårdspolitik” en relativ nykomling på den politiska dagordningen. Detta, i kombination med verksamhetens komplexitet och starka värdeladdning, förklarar att de politiska skiljelinjerna i sjukvårdspolitiken är tämligen oklara.

Sjukvården och politiken

Sjukvårdspolitikens grundläggande frågor, vid sidan av systemfrågan om finansiering, handlar om fördelning och prioritering.

Skall fördelningen bestämmas helt och hållet i politisk ordning, dvs. vara i stort sett helt oberoende av individers och hushålls betalningsförmåga och betalningsvilja? Finns det några segment som, i likhet med tandvården, kan skiljas ut ur en kollektivt finansierad och kollektivt fördelad sjukvård?

Ett rimligt, om än ifrågasatt, antagande är att sjukvården i framtiden kommer att kräva en större andel av samhällets resurser. Bör sjukvårdskonsumtionen prioriteras högre och öka som andel av samhällsekonomin? Vad innebär det för välfärdsstater som i likhet med Sverige har ett internationellt sett högt skattetryck? Skall andra offentliga utgiftsområden få stå tillbaka? Är det önskvärt, och möjligt, att öka skatternas andel av samhällsekonomin? Bör det ske en mer selektiv prioritering inom sjukvården? Kan vissa typer av behov och behandlingar prioriteras ned?

Prioriteringsfrågan är förvisso svår att besvara. De allmänna fördelningskonflikterna i de offentliga budgetarna är redan nu mycket stora: allt står mot allt, alla slåss mot alla. Infrastruktur skall vägas mot kultur, teknisk forskning mot socialbidrag, militärt försvar mot biståndsverksamhet, etc. Och sjukvården tar redan i anspråk en mycket stor andel av statliga och kommunala resurser. I Sverige lägger vi 9,2 procent av BNP⁴ på hälso- och sjukvård. Vi ligger därmed i mitten av en internationell rangskala.

<u>Land</u>	<u>Andel av BNP</u>
USA	15,3
Schweiz	11,3
Frankrike	11,1
Tyskland	10,6
Belgien	10,4
Österrike	10,1
Danmark	9,5
Nederländerna	9,3
Nya Zeeland	9,3
<i>Sverige</i>	9,2
Italien	9,0
Australien	8,8
Norge	8,7
Spanien	8,4
Storbritannien	8,4

⁴ OECD, Health Expenditure as a Share of GDP, 2006.

Den offentliga konsumtionen i Sverige utgör 25 procent av BNP. Sjukvården svarar alltså redan nu för betydligt mer än en tredjedel av offentlig konsumtion.

Sjukvårdspolitikens utformning

Den sjukvårdspolitiska debatten rör i mycket begränsad utsträckning de nyss nämnda grundläggande frågorna. På ett allmänt plan förefaller riksdagens partier vara överens om den grundläggande inriktningen av sjukvårdspolitiken, dvs. om finansiering, fördelning och prioritering. Däremot råder skilda uppfattningar om utformningen av den faktiska sjukvårdspolitiken. Och det speglar möjligen i sin tur skillnader som faktiskt är av mer värderingsmässig natur. Ty med skäl kan hävdas att svar på till synes tekniska frågor i sjukvårdspolitiken sannolikt ger konsekvenser också i mer grundläggande avseenden. Samtidigt är det nog så att sådana samband är svåra att urskilja och förutse. Därmed uppstår en risk för att en i sig synnerligen viktig debatt om hur sjukvården bör organiseras och styras undanskymms av allmänna politiska motsättningar.

En första fråga i utformningen av sjukvårdspolitiken rör produktionsansvaret.

Förklaringen till ”den svenska linjen” i sjukvårdspolitiken innebärande ett samlat landstingsansvar för sjukvården är sannolikt främst historisk. Landstingen inrättades genom beslut 1862 och hade från början ansvar för sjukvården och fick en bit in på 1900-talet det samlade ansvaret för svensk sjukhusvård. Så sent som i början 1980-talet övertog landstingen ansvaret för de tidigare s.k. rikssjukhusen, dvs. de stora universitetsanknutna sjukhusen. Ansvar för sjukvården har alltså alltid legat på det allmänna i Sveriges. Och landstingen har under mycket lång tid haft huvudansvaret för sjukvårdsproduktionen. Men det fullt ut genomförda sjukvårdsansvaret för landstingen hör de senaste decennierna till.

Det är svårt att se några avgörande värderingsmässiga skillnader som förklarar svaret på frågan om sjukvården skall ha staten eller landstingen som huvudman. Det innebär på intet sätt att frågan är oviktig eller att den skulle vara systemmässigt irrelevant. Det är emellertid mer pragmatiska och erfarenhetsmässiga faktorer än politiska värderingar som avgör svaret på frågan.

En angränsande fråga som anmäler sig i sammanhanget rör maktfördelning stat/landsting. Om nu landstingen har ansvaret för sjukvården bör detta ansvar då också innefatta frågan om vem som skall producera sjukvård, dvs vem som skall driva sjukhus. Eller bör landstingens ansvar definieras snävare och inte omfatta mer grundläggande komponenter i systemutformningen?

En andra fråga i utformningen av sjukvårdspolitiken rör styrningen.

Som på många andra områden går det mode i inställningen till centralisering/decentralisering. Även här är det svårt att se några avgörande värderingsmässiga skillnader som skulle bestämma inställningen till hur oberoende landstingsnivån bör vara i förhållande till staten. Visst skulle det kunna betraktas som en central politisk fråga hur mycket statlig styrning skall få inkräkta på det demokratiska självbestämmandet på regional nivå. Samtidigt handlar det i praktiken i mycket begränsad utsträckning om förhållandet mellan två demokratiska nivåer

och betydligt mer om hur stort rörelseutrymmet skall vara för den medicinska professionen på regional nivå i förhållande till expertis på nationell nivå.

En tredje fråga rör sjukvårdens avgifter.

Förvisso är det en i allra högsta grad värdeladdad fråga om finansieringen skall vara individuell eller kollektiv. Däremot är det inte nödvändigtvis en fråga av samma laddning om inslagen av avgiftsfinansiering skall öka. Det är heller inte sagt att det i grunden är en särskilt central värdefråga hur avgifterna för öppen vård skall sättas. Med skäl kan sägas att det framför allt är pragmatiska bedömningar som bör avgöra de exakta avgiftsnivåerna i skilda delar av sjukvårdssystemet. Och även om bidraget från avgifter inte skall överdrivas för finansieringen av sjukvården – avgifterna svarar bara för några enstaka procent av intäkterna – har de likväl betydelse för efterfrågan. En närbesläktad fråga kan resas när det gäller den enskildes eget ansvar för sin hälsa. Bör det ske en differentiering av avgifter, eller på annat sätt göras skillnad mellan patientgrupper, utifrån ett försäkringsmässigt synsätt. Det går att argumentera för att den enskilde individen bör ta ett större ekonomiskt ansvar för behandlingar när sjukdomstillstånd uppenbarligen har orsakats av hans eget sätt att leva. Man kan säga att tobaks- och alkoholbeskattning har sådana drag redan nu. De höga skatterna på alkohol och tobak kan ses som försäkringspremier.

En speciell fråga som hänger samman med den ekonomiska balansen i de europeiska sjukvårdssystemen rör rätten till vård i andra europeiska länder än hemlandet. Än så länge är det mer ett problem av principiell art än ett faktiskt ekonomiskt problem. Det finns dock anledning att peka på att en europeisering av systemen för finansiering och produktion av sjukvård riskerar att bli mycket haltande. Ett skäl till att de europeiska sjukvårdssystemen, till skillnad från det amerikanska, fungerar inom rimliga ekonomiska ramar är att sjukvårdsproduktion och finansiering hålls ihop på ett hyfsat sätt. Bryts sambandet mellan vårdproduktion och finansieringsansvar riskerar efterfrågan att löpa amok.

Den svenska modellen

Sverige har en regionaliserad enhetsmodell när det gäller både finansiering och huvudmannaskap för sjukvård. Landstingen har ansvaret men staten har långtgående synpunkter på hur landstingen skall utforma sjukvården. Genom skatteutjämningen neutraliseras i betydande utsträckning regionala ekonomiska skillnader. Skulle det på någon punkt saknas statlig styrning är landstingen tämligen duktiga på att genom sin samverkan i SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) åstadkomma en central självreglering av verksamheten. Till denna självreglering kommer den uniformerande verkan som arbetsmarknadens enhetslösningar medför, även om framför allt makten över lönebildningen decentraliserats under senare år. Utifrån denna beskrivning är det inte svårt att dra slutsatsen att den demokratiska styrningen på regional nivå har mycket begränsad betydelse för svensk sjukvård. Men samtidigt är det inte korrekt. Visst är landstingens makt beskuren. Men likväl är det i landstingsstyrelse och landstingsfullmäktige som makten över sjukvården slutligen ligger.

Ett rimligt sätt att beskriva systemet är att vi har en sammanblandningsstyrning. Och den oftast diskuterade maktbegränsningen för landstingens del ligger därvidlag inte i en interventionistisk stat utan i den starka, men samtidigt rätt diffusa, makt som utövas av den

medicinska professionen. Detta senare är inget speciellt för svensk sjukvård. Om man skall förstå olika sjukvårdssystem utveckling är just läkarkårens organisering och ställning en av de viktigaste faktorerna. Det är också viktigt att inse att samtidigt som professionens makt är ett problem är den en av sjukvårdens riktiga styrkefaktorer. Läkarkårens, men också sköterskornas, professionalitet och bundenhet till de egna professionella värdena är den avgörande förklaringen till den medicinska personalens exceptionellt höga förtroende.

Den blandade styrningen ger anledning att ifrågasätta de konventionella beskrivningsmodeller som används i diskussion och överväganden om systemutformning. Vi är så bundna vid dikotomierna stat/marknad och demokrati/byråkrati att vi inte ser att det finns system som inte på ett rimligt sätt låter sig kategoriseras med hjälp av dessa begrepp.

Den svenska sjukvårdens finansiering bestäms i det politiska systemet. Det gäller finansieringsmodell och det gäller de ekonomiska ramarna. Över besluten inom dessa ramar råder i mycket stor utsträckning de medicinska professionerna, framför allt läkarkåren. Det senare är inte byråkratisk maktutövning i någon rimlig mening. Det är en kunskaps- och värdebetingad maktutövning. Intressant är att en traditionell diskussion om sjukvård i termer av privat eller offentligt och marknad eller politik helt kan missa väsentliga särdrag i sjukvårdens styrning och organisation som den faktiskt ser ut.

En sjukvårdspolitisk debatt som förs utifrån den traditionella dikotomin offentligt/privat riskerar att spänna kärran framför hästen, dvs. ge svar på andra frågor än de som är centrala.

Problem i dag och i morgon

Hur ser då en lidelsefri beskrivning ut av svensk sjukvård? Med den mångfald internationella jämförelser som numera görs av olika länders sjukvårdssystem är bilden av svensk sjukvård tämligen klar och väl belagd. Ett samlingsbetyg säger att svensk sjukvård finns i en absolut internationell toppklass.⁵ Den svenska sjukvården är relativt sett mycket kostnadseffektiv. Vi har en synnerligen hög nivå på den kritiska somatiska vården. Fördelningen tillfredsställer mycket höga krav även om landets geografi naturligtvis skapar sina speciella problem. Men vi har bristande tillgänglighet i det som kan kallas vardagsvården. Vi har också betydande tillgänglighetsproblem i den psykiatriska vården.

Svensk sjukvårds problem handlar inte primärt om dess prestationer utan om medborgerlig legitimitet. Ty trots att vården och vårdpersonalen åtnjuter stort förtroende brister likväl ”kundnöjdheten”.⁶ Sannolikt hänger detta samman med den bristande tillgängligheten.

Men det riktigt stora frågetecknet i sak gäller inte dagens vård utan hur sjukvårdssystemet kommer att klara morgondagens krav. I Sverige görs, till skillnad från i USA, Storbritannien och Australien, inte några riktigt systematiska och kvalificerade långtidsbedömningar av den offentliga ekonomin. Framför allt i USA visar långsiktiga bedömningar att sjukvårdens kostnader är ett av de riktigt stora framtidsproblemen för ekonomin. Trots att vården där i betydande utsträckning är privat riskerar likväl de offentliga sjukvårdsprogrammen att spränga den offentliga ekonomin. De totala amerikanska sjukvårdsutgifterna utgör i dag cirka 15 procent av BNP. De offentliga utgifterna för sjukvård förväntas öka från dagens nivå på 4

⁵ Svensk sjukvård i internationell jämförelse, SKL 2008.

⁶ Hälso- och sjukvårdens reformer – en internationell jämförelse, Bruno Palier, SKL 2006.

procent till 8 procent 2030. De samlade sjukvårdsutgifterna i den amerikanska ekonomin förväntas öka till 25 procent av BNP 2025.

Den framtida utmaningen mot svensk sjukvårdsekonomi har två komponenter: en demografisk och en teknologisk. Den demografiska utmaningen är svårbedömbär. En skola säger att en åldrande befolkning inte nödvändigtvis medför ökade vårdkostnader. Längre livslängd medför väsentligen att de ”dyra” två sista levnadsåren förskjuts upp i åldrarna. En annan skola hävdar att människors sjuka period trots allt bli längre med höjd medellivslängd. Av naturliga skäl vet vi inte vilken skola som har rätt. Innebörden härav är att handlingsfrihet måste skapas för att hantera en demografisk utmaning även om denna är mindre i Sverige än i många andra länder till följd av att vi redan har genomgått den riktigt stora förskjutningen av ålderspyramiden.

Den teknologiska utmaningen består i att nya behandlingsmetoder successivt utvecklas. Inte minst skapas möjligheter att fördröja sjukdomsförlopp.⁷ Återigen är det en bedömning med stor osäkerhet. Den teknologiska utvecklingen innehåller både positiva och negativa faktorer. Nya behandlingsmetoder minskar behovet av slutna sjukhusvård. Detta reducerar sjukvårdskostnaderna. En friskare befolkning innebär att människor kan arbeta högre upp i åldrarna vilket avsevärt kan öka skatteunderlaget. Inte minst it-utvecklingen ger synnerligen stora möjligheter att både förbättra vårdkvalitet och medborgarservice. Men samtidigt går det inte att bortse ifrån att nya behandlingsmöjligheter, bl.a. dyrare mediciner, ökar kostnaderna.

Nyckelfrågan i sjukvårdspolitiken blir hur utrymme skapas i samhällsekonomin för att rymma sjukvårdskostnader som kan komma att öka påtagligt. Med den grundläggande inriktning av sjukvårdspolitiken som vi har finns inget som tyder på att vi går mot en utveckling som tillnärmelsevis liknar den amerikanska. Men projektioner i Storbritannien antyder att vi kan få räkna med sjukvårdskostnader som motsvarar halva de amerikanska, räknat som andel av BNP, om 10 till 15 år. Det skulle innebära en ökning av sjukvårdskostnaderna från 8 procent av BNP till 12 procent 2020 eller 2025.

Till detta kommer internationaliseringen av såväl efterfrågan som produktion av sjukvård. På kort sikt innebär det sannolikt ingen stor kostnad att patienter söker vård utomlands som de inte kan få i Sverige. Däremot får sannolikt den indirekta internationaliseringen – den internationellt bästa tillgängliga vården blir norm i Sverige – att få genomslag mycket snabbare.

Hur ser då en politik ut som kan skapa handlingsfrihet för framtidens krav på sjukvården?

1. Utnyttja pluralismen i det svenska systemet

En nyckelfråga för framtiden är hur produktiviteten kan öka. Och även om svensk sjukvård i ett internationellt perspektiv är kostnadseffektiv är det likväl uppenbart att det finns mycket stora möjligheter att använda resurser bättre. I ekonomin i övrigt är det framför allt konkurrensen som driver fram produktivitetsoökningar. Men sjukvårdens komplexitet gör det svårt att skapa väl fungerande konkurrens. Risken är mycket stor för att vårdkedjorna slås sönder och att konkurrens leder till förödande suboptimering. Den landstingsdrivna vården

⁷ Hur kan dagens forskning påverka framtidens sjukvård, Ansvarskommittén, Peter Aspelin, Karolinska Institutet, 2004.

ger oss mycket goda möjligheter att hålla ihop vårdkedjorna och samtidigt skapa någon form av institutionell konkurrens och därmed lärande i systemet. De större landstingen – Stockholm, Västra Götaland och Skåne – har den kritiska storleken för att också i framtiden kunna ta ansvaret för utvecklingen av det egna sjukvårdssystemet. De andra landstingen är för små.

2. Begränsa statens styrning

Själva förutsättningen för att systemet skall bli lärande är att sjukvårdshuvudmännen kan agera så fritt som möjligt i förhållande till staten. En sak är att staten centralt svarar för kunskapsstyrning i olika former utifrån ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Det sker i dag genom Socialstyrelsen och SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). Nationella kvalitetsregister och öppna resultatjämförelser bidrar också till en samlad kunskapsstyrning. När det däremot gäller sjukvårdens styrning och organisering finns i dag inte någon möjlighet till ”evidensbaserad” reglering. Ett sjukvårdssystem med ett begränsat antal resursstarka och demokratiskt legitima sjukvårdshuvudmän, som dessutom har samma grundläggande mål i fråga om prestation och fördelning, ger synnerligen goda förutsättningar för ett lärande demokratiskt system. Men förutsättningen är att staten begränsar sig till kunskapsstyrning och låter sjukvårdshuvudmännen ta det fulla ansvaret för hur sjukvården i den egna regionen drivs.

3. Utveckla systemkunskap, dvs. kunskap om organisation och styrning av sjukvård

Det finns en paradox i sjukvårdspolitiken. Sjukvården som sådan är mycket kunskapsintensiv och den medicinska forskningen är omfattande över hela den utvecklade världen. Däremot är forskningen om sjukvårdssystem, alltså system för att organisera, styra och administrera sjukvård, mycket begränsad. I en rapport till SKL och socialdepartementet från 2006, *Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården*, presenterar de tre författarna Johan Calltorp, Arne Johansson och Göran Maatz ett program för att utveckla kunskap och kompetens när det gäller sjukvårdsadministration. De viktigaste komponenterna rör rekrytering av ledare, bred och relevant forskning, effektiva mötesplatser för forskning och praktik, kunskapsbaserad utbildning samt en kunskapsbaserad fortbildning.

Det är synnerligen opportunt att föreslå ökade anslag till medicinsk forskning. Men sannolikt ger en satsning på kunskapsutveckling när det gäller sjukvårdsadministration avsevärt mycket större hälsoeffekter än en ökad satsning på medicinsk forskning.

4. Skapa ett nationellt system för e-journaler

I bästa fall är vi nu äntligen på väg att skapa ett sammanhållet it-buret journalsystem. Detta är det mest uppenbara område inom sjukvården där vi faktiskt bör ha ett sammanhållet nationellt system. Sannolikt kan vi se samma produktivitets- och kvalitetseffekter av administrativ it-användning i sjukvården som vi har sett i samhället i övrigt. Ett sammanhållet patientdatasystem ger uppenbara och direkta kvalitetseffekter för vården. Behandlande läkare kan omedelbart få kunskap om en patients sjukdoms- och behandlingshistoria. Precis som på andra områden kan kombinationen av datorer och telekommunikationer helt förändra produktionsprocesserna. Sjukvårdsupplysningen, som är viktig i dag men som endast medger

mycket enkel konsultation, kan förändras i grunden och bli en högkvalitativ sjukvårdstjänst. Telemedicin öppnar för övervakning och medicinsk uppföljning i hemmet.

5. Pröva kompletterande finansiering

En av de stora fördelarna med den svenska modellen är att vårdkedjorna kan hållas ihop. Det innebär att sjukvårdshuvudmännen kan ta ett systemansvar, dvs. förfoga över och arbeta med de viktiga komponenter som sammantagna bestämmer vägen från hälsa till återskapad hälsa. Inslag av kompletterande finansiering i sjukvårdssystemet kan bryta denna kedja. Det sker exempelvis om primärvården bryts ut ur vårdkedjan och finansieras vid sidan av sjukvårdsbudgeten i övrigt. Det sker, även om det inte har så mycket med själva finansieringen att göra, om sjukhusen privatiseras och landstingen binder sig för långtidskontrakt när det gäller vårdinsatserna. Men samtidigt bör sjukvårdshuvudmännen ha ett mycket stort utrymme för att pröva nya sätt att organisera och styra vården. Det finns ingen uppenbar gräns mellan sådant som bryter sönder vårdkedjan och sådant som kan förändras utan att det bryter sönder det samlade landstingsansvaret. Det vore önskvärt att det gjordes mer avancerade försök med differentierade avgifter i det svenska sjukvårdssystemet.

6. Varning för överdriven ideologisering av verkligheten

De flesta frågor som i dag diskuteras i den sjukvårdspolitiska debatten rör inte värden och ideologi utan teknik. Det finns anledning att varna för ideologisering av något som i mycket stor utsträckning borde handla om en pragmatisk prövning av vad som faktiskt fungerar bra och vad som fungerar mindre bra. Vi har ett – relativt sett – mycket bra sjukvårdssystem. Inte minst har det förmåga att leverera den riktigt viktiga vården till en relativt sett tämligen låg kostnad och med mycket jämn fördelning. Den sjukvårdsdebatt som förs nu bidrar till en bristande legitimitet för systemet. Paradoxalt nog innebär detta att det som fungerar bra ifrågasätts för mycket och åtgärder som sannolikt skulle kunna förbättra systemets funktion blockeras. Vi får politiska lösningar i organisatoriska och administrativa frågor.

7. Sammanfattningsvis

- Lägg fast grundprinciperna för svensk sjukvårdspolitik: offentlig finansiering, jämn fördelning, offentligt systemansvar.
- Håll samman vårdkedjorna
- Låt landstingen behålla systemansvaret och finansieringen av sjukvården
- Skapa större landsting så att dessa kan ta på sig ett reellt utvecklingsansvar.
- Låt hela systemet bli lärande genom att landstingen ges möjligheter att inom vida ramar pröva olika alternativa utformningar av sjukvårdspolitiken.
- Ge utrymme för att pröva olika utformning av vårdavgifter – inte i finansieringssyfte men väl i syfte att låta efterfrågan få ett starkare genomslag i sjukvårdspolitiken
- Ge prioritet åt ett nationellt sammanhållet system av e-journaler.
- Gör en massiv satsning på stärkt systemkunskap och sjukvårdsadministrativ kunskap.