

# Prioriteringar inom hälso- och sjukvård - erfarenheter från andra länder

*Per Carlsson (red.)*  
*Anders Anell                      Sandra Jansson*  
*Peter Garpenby                  Per-Erik Liss*  
*Karin Lund*

**PrioriteringsCentrum 2005:2**

---

PrioriteringsCentrum • Landstinget i Östergötland • 581 91 Linköping  
**Telefon:** 013-22 20 00 (vxl) **Telefax:** 013-22 77 99  
**Hemsida:** <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>  
**E-post:** [prioriteringscentrum@lio.se](mailto:prioriteringscentrum@lio.se)

## FÖRORD

Prioritering av hälso- och sjukvård är fortfarande en laddad politisk fråga i Sverige. Vi kan konstatera att det gått en lång tid sedan frågan på allvar kom upp på den politiska dagordningen i början av 1990-talet, tills vi nu börjat se de första konkreta resultaten i form av öppna prioriteringar i praktiken. Med tanke på att det många gånger visat sig både komplicerat och känsligt med öppna prioriteringar inom sjukvården är det särskilt intressant att studera hur prioriteringsarbetet bedrivs i andra länder.

PrioriteringsCentrum har som uppgift att överföra kunskap från forskning till praktiken men också att förmedla erfarenheter från andra länder. Därför startade vi ett projekt med syfte att studera förekommande system för öppna prioriteringar och relevanta utvecklingsprojekt i några utvalda länder. Vi valde dels länder som utmärkt sig på något sätt ur prioriteringssynpunkt, dels som kontrast till dessa Brasilien som får representera ett stort antal länder med relativt lite resurser per capita som går till sjukvården och med ett dåligt utvecklat sjukvårdssystem. Här är det fråga om helt andra typer av prioriteringar än vad vi är vana vid. Norge valdes för att man där var först med att genomföra en större utredning om prioriteringar. Storbritannien är ett intressant studieobjekt genom att den brittiska regeringen försöker utveckla en nationell struktur för utvärdering av nya medicinska metoder. Bildandet av National Institute for Clinical Excellence (NICE) är ett uttryck för denna strategi. Till de länder som i likhet med Storbritannien valt en mer rationell strategi hör också Nederländerna. I Nederländerna hade regeringen under tidigt 90-tal ambitionen att definiera det offentliga åtagandet, en ambition den senare tvingades skjuta på men som den helt nyligen på nytt aktualiserats. Nya Zeeland har gjort sig känt för sitt försök att definiera ett basåtagande för den offentliga vården som byggde på en medborgardialog.

Insamling av information har skett genom studiebesök och intervjuer med personer i dessa länder utom i Storbritannien där vi begränsat oss till intervjuer med personer med bra kännedom om brittiska förhållanden. Dessutom är den publicerade informationen om det brittiska systemet omfattande. Studiebesök och intervjuer genomfördes under 2002 och 2003.

Varje kapitel inleds med en översiktlig beskrivning av respektive lands sjukvårdssystem, vilket inkluderar information om struktur, finansiering och organisation. Vidare presenteras kortfattat vissa uppgifter rörande hälsan i befolkningen. Tillsammans med beskrivningar av pågående väsentliga reformer är dessa avsnitt tänkta att ge en bild av det sammanhang som prioriteringsarbete aktualiserats i de olika länderna.

Parallellt med PrioriteringsCentrums kartläggning genomfördes en annan internationell översikt av prioriteringsarbetet i ett urval av länder under ledning av Chris Ham och Glenn Roberts i Storbritannien. Förutom Nya Zeeland, Storbritannien, Norge och Nederländerna redovisar de även erfarenheter från Kanada. Trots att vår rapport delvis överlappar innehållet i den brittiska rapporten anser vi det finns ett värde i att rapportera våra observationer i PrioriteringsCentrums rapportserie. Dels tror vi att det prioriteringsarbete som sker i andra länder tolkas lite annorlunda beroende på perspektivet, dels är en rapport på svenska mer tillgänglig för en del läsare än en rapport på engelska. Vi har valt att göra smärre kompletteringar från Ham och Roberts rapport av väsentlig information.

Förutom medarbetare vid PrioriteringsCentrum medverkar Sandra Jansson och Anders Anell från Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund. De bidrar med en intressant översikt om prioriteringar i Nederländerna.

Förutom ett tack till alla medförfattare vill jag också tacka våra utländska kollegor som på olika sätt bidragit med värdefull information.

*Linköping februari 2005*

*Per Carlsson  
Föreståndare PrioriteringsCentrum*

## SAMMANFATTNING

Under de senaste femton åren kan man notera ett uppvaknande hos politiker i flera länder när det gäller behovet av att göra prioriteringar i hälso- och sjukvården. I själva verket har ransonering skett i alla tider. Sådan kan dock föregås av mer eller mindre medvetna och systematiska prioriteringar. När svenska politiker i likhet med sina kollegor i andra länder började prata om behovet av att göra prioriteringar handlade det om att göra dem mer öppet än vad som gällt tidigare. Det har dock visat sig svårt att agera öppet på grund av mängd orsaker. Avsaknaden av enhetliga begrepp, svårt att bestämma vilka kriterier för rättvisa som skall användas och en oförståelse från allmänheten att hälso- och sjukvård ska begränsas på något sätt är exempel på sådana svårigheter. För att övervinna dessa svårigheter har man valt olika strategier i de länder som på allvar försökt göra sina prioriteringar mer öppna. I några länder har man valt att fokusera på att utveckla en gemensam värdegrund medan andra valt att utveckla medborgardialogen. I ytterligare andra länder väljer man att undvika att tala öppet om prioriteringar.

I den internationella debatten är det framförallt de amerikanska etikerna Norman Daniels och James Sabin teorier om diskursiv rättvisa som fått ett stort genomslag. De menar att vi aldrig kommer att kunna nå en fullständig enighet om vilka principer som skall gälla vid nödvändiga prioriteringar. Istället anser de att det borde vara möjligt att nå större acceptans om ett prioriteringsbeslut fattats på ett sätt som flertalet anser som legitimt och rättvist. Förutom kravet på öppenhet är det enligt Daniels och Sabin viktigt att grunderna för besluten uppfattas som relevanta. Ett sätt för beslutsfattare att uppnå detta är att alliera sig med andra grupper som åtnjuter viss legitimitet t ex att politiker och vårdpersonal samarbetar. Ett annat sätt kan vara att rationalisera svåra beslut; d v s ge dem karaktär av att vara rationella. Här spelar tillgången på fakta om olika hälso- och sjukvårdsinsatsers effekter och patientnytta en stor roll.

Andra forskare menar att prioriteringar av sjukvård alltid innehåller ett stort mått av värderingar och individuella variationer mellan olika patienter. Därför kan man inte grunda sina ställningstaganden på vetenskapliga studier och utarbeta riktlinjer utan istället låta sig styras av vedertagna etiska principer. I Sverige gäller sedan 1997 principen att de med stora behov av vård i första hand skall garanteras vård. Denna princip liksom principen om människors lika värde och kostnadseffektivitet som Riksdagen tagit ställning till är ett försök få igång en bred dialog kring prioriteringar men även att bidra med en plattform för mer öppna och legitima prioriteringar i hälso- och sjukvården. I praktiken visar det sig svårt att omsätta allmänna principer i det dagliga beslutsfattandet.

## II

I Sverige efterlyser läkare och andra vårdgrupper tydligare riktlinjer för att kunna ta sitt ansvar för prioriteringar. Den aktuella genomgången visar att man nått olika långt när det gäller öppenheten i de länder som ingår i vår undersökning.

*Norge* var tidigt ute med att utarbeta riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Redan år 1987 avlämnade regeringen en offentlig utredning (NOU 1987:23) i ämnet (Lönning I). Tio år senare återkom regeringen med ytterligare tankar och förslag i NOU 1997:18 (Lönning II). Liksom i alla västländer har den norska hälso- och sjukvårdssektorn haft kostnadsproblem. I synnerhet under 1990-talet tycks kostnaderna ha vuxit i en snabbare takt än vad tillgängliga resurser har tillåtit. En öppen prioritering i enlighet med Lönning-utredningarna tycks dock inte ha varit lösningen på detta dilemma. Genomgången av den norska hälso- och sjukvården ger inget stöd för att dessa tankar fått genomslag i vården. I Norge har man istället försökt lösa problemen med en omfattande strukturförändring som i korthet inneburit att staten genom de regionala hälsoföretagen tagit ett än fastare grepp om den specialiserade sjukhusvården. I de dokument som ligger till grund för den nya ordningen finns dock klara viljeyttringar om att de principer och diskussioner om öppna prioriteringar som finns i både Lönning I och Lönning II ska genomsyra vården framöver. Särskilt omfattande konkret och praktiskt prioriteringsarbete tycks emellertid inte pågå inom ramen för det nya statliga huvudmannskapet. Införande av en rättighetslag för slutenvård på sjukhus ställer dock krav på en tydligare avgränsning av det offentliga åtagandet. Inte heller inom andra hälso- och sjukvårdssektorer tycks aktiviteterna vara särskilt omfattande.

Förändringar av detta slag tar dock lång tid. Det Nationella rådet för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som har till uppgift att vara regeringens rådgivande organ ska utveckla principer och metoder för prioriteringar inom hela hälso- och sjukvårdsområdet, både det statliga och det kommunala. Genom rådet har prioriteringsarbetet kommit alltmer i fokus i den omfattande strukturförändring som norsk hälso- och sjukvård genomgår.

*Nya Zeeland* var liksom Norge tidigt med att diskutera prioriteringar inom hälso- och sjukvården på ett öppet och medvetet sätt. I samband med en genomgripande förändring av sjukvårdssystemet i början av 1990-talet påbörjade regeringen ett samtal om gränserna för det offentliga åtagandet och behovet av prioriteringar. Man valde metoder som involverade både sjukvårdspersonal och medborgare. Drygt tio år senare kan man konstatera att det nya zeeländska försöket bara delvis realiserats. Prioriteringar som var tänkta att göras genom att definiera en kärna av sjukvårdstjänster som skulle finansieras offentligt utifrån fastställda kriterier kom aldrig riktigt till stånd.

### III

Ekonomi vände, en regering med en annan majoritet tillträdde år 1999 och hälso- och sjukvårdssektorn tillfördes ytterligare medel. Under de första åren på 2000-talet har sjukvården blivit tillförsäkrad resurser motsvarande en utgiftsökning för staten med 21 procent på tre år. Intresset för att diskutera prioriteringar och rättvisefrågor har därmed falnat.

Samtidigt kan man konstatera att diskussionen och det arbete som lades ner från början av 1990-talet och framåt har haft viss effekt. Det finns idag en medvetenhet om att det är nödvändigt att se över hur åtminstone tillskottet av resurser som sektorn tilldelas ska fördelas. Arbetet pågår både centralt i Ministry of Health och regionalt i de nytilskapade District Health Boards att finna metoder och fördelningsnycklar för hur nytillskottet av pengar ska användas på bästa sätt med de fyra prioriteringskriterierna som formulerades redan i början av 90-talet som grund. Samtalet med befolkningen fortsätter i nya former i första hand genom de nya distriktsstyrelserna.

*Storbritannien* uppvisar relativt låga ambitioner när det gäller att utveckla former för öppna prioriteringar. Det beror dels på att majoriteten av sjukvård fördelas genom en politiskt styrd organisation och dels på den starka symboliska roll som National Health Service (NHS) intar i det brittiska samhället. NHS är en av få organisationer i ett ganska ojämnt samhälle som alltid har stått för principen om jämlikhet – vård efter behov och inte betalningsförmåga. Det har därför varit särskilt känsligt för politikerna på den nationella nivån att öppet diskutera att utesluta vissa vårdåtgärder.

På den lokala nivån inom den offentliga sjukvården har dock beslutsfattare prövat olika former för en mer öppen prioritering. Det finns ingen klar linje utan det förekommer stora lokala variationer, där vissa sjukvårdsområden försökt gå i riktning mot en tydlig process där motiven bakom prioriteringar tydliggörs för allmänheten. Hur framtiden kommer att se ut i detta avseende är svårt att uttala sig om då den lokala beställarorganisationen befinner sig i en period av omställning, där de läkardominerade Primary Care Trusts håller på att ta över ansvaret från de traditionella "health authorities".

Den nuvarande brittiska regeringen har valt en strategi för att lösa brister i NHS med mer pengar och effektivisering. I fallet med prioriteringar har politikerna lämnat över ansvaret till allehanda expertorgan, helt i linje med uppfattningen att god evidens ska leda till mer självklara avvägningar inom den lokala sjukvården. I vilken utsträckning den verksamhet som bedrivs inom expertorganet NICE kommer att underlätta prioriteringar är dock oklart. En effekt blir också att den lokala sjukvården måste implementera de nya medicinska metoder som av NICE bedöms vara kostnadseffektiva. Att detta leder till att nya prioriteringar aktualiseras är givet.

NICE löser inte det grundläggande dilemma som en heltäckande offentlig sjukvårdsorganisation, som brittiska NHS, står inför, nämligen att kraven på organisationen tenderar att hela tiden öka. Trots en del försök med konsultation av medborgare i frågor om prioritering finns dock inget som tyder på att den brittiska allmänheten stöder uppfattningen att den offentliga hälso- och sjukvården måste begränsa sitt åtagande.

Liksom i flera andra länder väcktes frågan om öppna prioriteringar i *Nederländerna* under en tid av dålig offentlig ekonomi. På samma sätt som i Sverige mynnade diskussionen ut i ett politiskt dokument med höga ambitioner rörande öppenhet och prioriteringsprinciper (den s k Dunningkommitténs slutrapport). Trots vissa försök att begränsa det samhälleliga åtagandet inom hälso- och sjukvården har de flesta tjänster som genom politiska beslut lyfts ut ur förmånssystemet lyfts tillbaka igen efter påtryckningar. Kostnadskontrollen har följt traditionella vanor genom att kontrollera utbudet av hälso- och sjukvårdens resurser inklusive personal. Följden har i praktiken blivit att ansvaret för prioriteringarna, så som i många andra länder, indirekt har delegerats till hälso- och sjukvårdspersonalen, vilka i sin tur har styrts av sjukhusens budgetar och behandlingsriktlinjer. Vissa framgångsrika försök finns rörande införande av ny medicinsk teknologi och läkemedel.

Den ekonomiska uppgången i samhällsekonomin under senare delen av 1990-talet har möjliggjort en expansion av hälso- och sjukvården för att möta ökade vårdbehov. Efterfrågan har dock ökat i en snabbare takt med långa väntelistor som följd. Den ökande tendensen att söka vård utomlands tyder på att många i *Nederländerna* inte längre är beredda att ställa sig i kö för behandling eller ett läkarbesök. En ytterligare utveckling som exemplifierar växande förväntningar på vården är en ökning av antalet helt privata kliniker. Liksom i början av 1990-talet står landet nu inför en marknadsorienterad reform av hälso- och sjukvårdssystemet som ska uppmuntra valfrihet och patientinflytande i vården. Denna gång tycks den komma att genomföras. Vidare har hälso- och sjukvårdsrådet, en myndighet som arbetar nära regeringen, nyligen publicerat en rapport om prioriteringar som pekar på att Dunningkommitténs tankar från början av 1990 om öppna prioriteringar återigen blivit politiskt aktuella.

Prioriteringar av hälso –och sjukvården i *Brasilien* är dåligt beskrivet i litteraturen eller i officiella dokument. De torde ändå ske på alla beslutsnivåer i den offentligt finansierade sektorn. De berör dock i liten utsträckning de grupper som har privata sjukförsäkringar. Det verkar inte finnas varesig explicit formulerade riktlinjer eller någon explicit formulerad policy som vägledning vid prioriteringsbeslut i sjukvården. Sådana riktlinjer och rekommendationer finns däremot på den centrala beslutsnivån.

Generellt har förebyggande program mot framförallt epidemiska sjukdomar, ofta med externt finansiellt stöd (t ex från Världsbanken), fått en hög prioritet. Även familjehälsan är högt prioriterad. Program för att minska incidensen av så kallade externa orsaker har också ansetts särskilt viktiga. Ett sådant exempel utgör ett program för att reducera antalet trafikolyckor som stöds av internationella biståndsmedel. Prioriterade grupper är kvinnor, barn och ungdomar. Speciella program riktade mot dessa grupper inkluderar aktiviteter som vaccinering, främjande av amning, vård av barn med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar, kontroll av undernäring både hos barn och blivande mödrar samt kontroll av AIDS och andra sexuellt överförda sjukdomar.

Sammanfattningsvis konstateras att prioriteringar av hälso- och sjukvården i samtliga studerade länder bäst liknar strategin "Att fyndigt hanka sig fram". Den innebär att prioriteringar i regel sker relativt öppet på den övergripande nivån medan de nästan alltid sker dolt både på organisations- och individnivån. Det finns dock initiativ i flera av länderna till att utveckla en eller flera alternativa strategier. En utveckling mot ett rationellt beslutsfattande förekommer i flera länder.

De viktigaste lärdomarna från Norge gäller utvecklingen av den etiska plattformen. Sverige behöver i likhet med Norge klarlägga och revidera principerna för prioriteringar. Det är närmast Socialdepartementet i Sverige som bör ta initiativ till en sådan översyn. Här kan Sverige framförallt hämta värdefull kunskap från Lönningutredningen i Norge och Dunningkommittén i Nederländerna.

Nya Zeeland har prövat flera olika angreppssätt för prioriteringar utan att så mycket har hänt i praktiken. Konkret har Sverige antagligen en del att lära av det system som utvecklats för prioritering av elektiva operationer. Detta är särskilt intressant eftersom köproblematiken kopplats ihop med frågan om prioriteringar. Detta bör ha implikationer för arbetet med den allmänna behandlingsgarantin som skall införas i Sverige under 2005.

I Storbritannien är den officiella hållningen att ligga lågt när det gäller behovet av prioriteringar medan regeringen kraftfullt utvecklar ett system för evidensbaserad sjukvård. Nederländerna liknar Storbritannien när det gäller utveckling av en nationell strategi för evidensbaserad hälso- och sjukvård. Utöver kunskapssammanställningar av den typen som SBU genomför i Sverige avsätter man både i Storbritannien och i Nederländerna avsevärda resurser centralt till primärstudier för utvärdering av medicinska metoder. När det gäller utvärderingsforskning lider Sverige av den nuvarande strukturen med många autonoma huvudmän och ingen central part som har både ansvar och resurser att fördela.



## VI

En nationell strategi som knyter ihop evidensbaserad medicin, kvalitetsarbete och utvecklingen av öppna prioriteringar behöver utarbetas i Sverige med intryck från dessa länder.

I Storbritannien men även i Brasilien prövas olika former av medborgarråd, medborgarjurys mm som är intressant att fortsätta följa. Även NICE håller på att utveckla nya arbetsformer med ett ökad inflytande från medborgare. Det är angeläget att komma igång i Sverige med försöksverksamheter som inkluderar medborgares involvering i prioriteringsarbetet. Det är i första hand landstingen som bör sådana initiativ.

# INNEHÅLL

<b>1. VILKEN STRATEGI FÖR PRIORITERINGAR SKA VÄLJAS? .....</b>	<b>1</b>
<b>REFERENSER .....</b>	<b>6</b>
<b>2. ÖPPNA PRIORITERINGAR I NORGE – LÅG AKTIVITET UNDER SENARE ÅR 7</b>	<b>7</b>
2.1 INTRODUKTION.....	7
2.1.1 Allmänt om landet .....	7
2.1.2 Hälsförhållanden.....	8
2.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET .....	8
2.2.1 Politiska och administrativa strukturer/beslutsnivåer .....	8
2.2.2 Kostnader och finansiering .....	9
2.2.3 Statligt ägande av sjukhusen.....	10
2.2.4 Sjukhusvård.....	12
2.2.5 Psykiatrisk vård.....	12
2.2.6 Öppen vård utanför sjukhus.....	12
2.2.7 Äldreomsorg .....	13
2.2.8 Prevention.....	14
2.2.9 Läkemedel.....	14
2.3 VERKSAMHET OCH RESURSER.....	15
2.3.1 Kostnader, kostnadsutveckling.....	15
2.3.2 Personal .....	15
2.4 PATIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER.....	15
2.4.1 Lag om patienträttigheter.....	15
2.4.2 Brukarinflytande.....	16
2.5 ÖPPNA PRIORITERINGAR .....	17
2.5.1 Bakgrund.....	17
2.5.2 Lönning I.....	17
2.5.3 Lönning II.....	18
2.6 PRIORITERINGAR I DEN NYA STATLIGA SJUKHUSORGANISATIONEN .....	19
2.6.1 Nationellt råd för prioriteringar inom hälso- och sjukvård.....	20
2.6.2 Praktiska försök.....	21
2.7 LÖNNING I OCH II OCH SEDAN. . .	21
<b>REFERENSER .....</b>	<b>23</b>
<b>3. NYA ZEELAND –ETT TIDIGT FÖRSÖK ATT KONSULTERA MEDBORGARNA</b>	<b>25</b>
<b>.....</b>	<b>25</b>
3.1 INTRODUKTION.....	25
3.1.1 Allmänt om landet .....	25
3.1.2 Hälsförhållanden.....	26
3.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET .....	27
3.2.1 Politiska och administrativa strukturer/beslutsnivåer .....	27
3.2.2 Finansiering .....	29
3.2.3 Produktion och vårdutnyttjande.....	29
3.3 VERKSAMHET OCH RESURSER.....	31
3.3.1 Personal .....	31
3.3.2 Kostnader, kostnadsutveckling.....	31

3.4 PATIENTENS/ALLMÄNHETENS RÄTTIGHETER.....	32
3.4.1 Lagstiftning.....	32
3.4.2 Patientens rättigheter.....	32
3.5 ÖPPNA PRIORITERINGAR.....	33
3.5.1 Bakgrund.....	33
3.5.2 Öppna prioriteringar 2002.....	34
3.5.3 The National Health Committée.....	35
3.5.4 Bokningssystem för planerad vård.....	35
3.5.5 Hälsodepartementets prioriteringsprojekt.....	36
3.5.6 Prioritering av läkemedel.....	36
3.5.7 Exempel på pågående prioriteringsarbete på lokal nivå.....	38
3.6 DISKUSSION OCH SAMMANFATTANDE SLUTSATSER .....	39
<b>REFERENSER .....</b>	<b>40</b>
<b>4. ÖPPNA PRIORITERINGAR INOM DEN OFFENTLIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I STORBRIANNIEN – ETT BROTT MOT TRADITIONEN? .....</b>	<b>42</b>
4.1 INTRODUKTION.....	42
4.1.1 Allmänt .....	42
4.1.2 Hälsoförhållanden.....	44
4.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET .....	45
4.2.1 Politisk och administrativa strukturer/beslutsnivåer .....	45
4.2.2 Politisk makt.....	45
4.2.3 Finansiering: privat/offentlig Skatter/försäkring.....	46
4.2.4 Produktion: privat/offentlig.....	46
4.2.5 Sjukhusvård.....	46
4.2.6 Öppen vård utanför sjukhus.....	46
4.2.7 Läkemedel.....	47
4.2.8 Äldreomsorg .....	48
4.2.9 Reformen.....	49
4.3 VERKSAMHET OCH RESURSER .....	49
4.3.1 Utbud (personal) .....	49
4.3.2 Kostnader, kostnadsutveckling.....	49
4.4 PATIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER.....	50
4.4.1 Relevant allmän lagstiftning.....	50
4.4.2 Patient charter.....	50
4.4.3 Medborgarinflytande.....	50
4.5 ÖPPNA PRIORITERINGAR .....	51
4.5.1 Bakgrund.....	51
4.5.2 Initiativ .....	52
4.5.3 Praktiska försök.....	55
4.5.4 Reguljär verksamhet.....	56
4.6 SAMMANFATTANDE SLUTSATSER .....	57
<b>REFERENSER .....</b>	<b>58</b>
<b>5. ÖPPNA PRIORITERINGAR I NEDERLÄNDERNA – TILLBAKA PÅ RUTA ETT? .....</b>	<b>61</b>
5.1 INTRODUKTION.....	61
5.1.1 Hälsoförhållanden.....	62
5.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET .....	62

5.2.1	Hälso- och sjukvårdsutgifter.....	63
5.2.2	Finansiering av hälso- och sjukvårdssystemet.....	64
5.2.3	Produktion av hälso- och sjukvård.....	66
5.2.4	Personal .....	67
5.2.5	Prevention.....	68
5.2.6	Läkemedel.....	68
5.2.7	Äldreomsorgen .....	69
5.2.8	Reformer.....	70
5.3	PATIENTENS RÄTTIGHETER OCH INFLYTANDE.....	71
5.4	ÖPPNA PRIORITERINGAR .....	72
5.4.1	Historik.....	72
5.4.2	Dagsläget .....	74
5.5	EU-KONSEKVENSER.....	76
5.6	SAMMANFATTANDE SLUTSATSER .....	77
	<b>REFERENSER .....</b>	<b>78</b>
<b>6.</b>	<b>PRIORITERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I UTVECKLINGSLÄNDER –</b>	
	<b>EXEMPLET BRASILIEN .....</b>	<b>82</b>
6.1	INTRODUKTION.....	82
6.1.1	Allmänt .....	82
6.1.2	Demografiska och socioekonomiska uppgifter .....	82
6.2	HÄLSOFÖRHÅLLANDEN .....	83
6.2.1	Hälsomönster i olika åldersgrupper .....	84
6.2.2	Förekomst av specifika sjukdomar.....	85
6.2.3	Våld och olycksfall .....	87
6.3	HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSYSTEMET .....	87
6.3.1	Finansiering .....	88
6.3.2	Produktion.....	88
6.3.4	Läkemedel.....	89
6.3.5	Personal .....	89
6.4	PRIORITERINGAR I PRAKTIKEN .....	89
6.5	SAMMANFATTANDE KOMMENTARER .....	91
	<b>REFERENSER .....</b>	<b>91</b>
<b>7.</b>	<b>VAD KAN SVERIGE LÄRA AV DE ANDRA LÄNDERNA? .....</b>	<b>92</b>

# 1. VILKEN STRATEGI FÖR PRIORITERINGAR SKA VÄLJAS?

*Per Carlsson*

En intensiv debatt följde när Landstinget i Östergötland tog ett första litet steg mot mer öppna prioriteringar av den svenska hälso- och sjukvården. Det var väntat att det första beslutet av sitt slag i Sverige skulle skapa uppmärksamhet eftersom det dröjt många år efter det att prioriteringsutredningen avslutade sitt arbete och sedan riksdagen ställde sig bakom att arbeta mer öppet med prioriteringar. Uppmärksamheten blev dock större än förväntat och vissa inslag i kritiken var förvånande.

Att prioritera hälso- och sjukvård innebär att två eller flera behandlingsalternativ rangordnas efter en eller flera principer. Ett resultat av prioriteringen kan vara att viss vård väljs bort helt och hållet från landstingets vårdutbud eller ransoneras på annat sätt. En öppen prioritering förutsätter att prioriteringsbeslutet är medvetet, redovisas på något sätt och att underlag plus motiveringar går att ta del av för den som så önskar. Det är fortfarande oklart hur ”öppen” prioriteringsprocessen skall vara för att kallas öppen. Självklart finns det ingen skarp gräns mellan en dold och öppen prioritering utan det handlar antagligen om en successiv förändring av varje steg i processen. Garpenby har delat in prioriteringsprocessen i initiering, problemformulering, beslutsfattande och implementering (Garpenby 2003). Den svenska debatten har än så länge fokuserats på politikernas beslutsfattande.

Det ökande intresset för öppna prioriteringar, som kan skönjas i Sverige och i flera andra länder, är förmodligen ett uttryck för politikernas och i viss mån läkares önskan att hantera en trängd budgetsituation med beaktande av rättvis fördelning av resurserna i vården. Ofta aktualiseras behovet av prioriteringar i Sverige i tider med förväntade underskott i landstingens finanser. I själva verket finns det ständigt ett gap mellan medicinska möjligheter och tillgängliga resurser och därmed ett problem med hur resurserna ska fördelas på ett rättvist sätt. Det finns inte heller någon anledning att tro att denna situation skulle förändras i framtiden utan många tecken talar för att gapet blir större och risken för större orättvisor ökar.

Den medicinska paradoxen är mycket påtaglig i modern sjukvård – ju effektivare dödligheten i olika sjukdomar minskas, desto mer vårdinsatser och resurser krävs det totalt. Om en patient överlever en hjärtinfarkt, vilket blir allt vanligare, krävs det fortsatta kontroller och fler vårdinsatser för behandling av hjärtsjukdomen. Dessutom riskerar en sådan patient att senare i livet drabbas av andra allvarliga sjukdomar, t ex cancer.

När den medicinska utvecklingen även ökat överlevnaden vid cancersjukdom inträffar ofta senare i livet behandling för andra åldersrelaterade tillstånd som syn- och hörselproblem, operationer av utslitna leder etc. Dessutom tillkommer demenssjukdomar med stora omvårdnadsinsatser som följd.

Detta gap mellan vad sjukvården i teorin kan åstadkomma eller tror sig åstadkomma eller förväntas åstadkomma och vad den faktiskt erbjuder medborgarna leder till besvikelser och/eller missnöje bland patienter och anhöriga. Varför dröjer det så länge innan alla reumatiker har tillgång till de nya läkemedlen? Varför är inte nikotinplåster gratis? Varför blir inte alla med kraftig fetma erbjudna en operation? För att på lång sikt kunna möta ett växande missnöje i befolkningen över köer och att bli ”nedprioriterad” behöver antagligen politiker och vårdpersonal förstärka legitimiteten att fatta den här typen av negativa beslut som nedskärningar eller avgränsningar innebär för enskilda individer. Det är dock oklart vad som exakt behövs för att erhålla en tillräcklig legitimitet.

De amerikanska etikerna Norman Daniels och James Sabin menar att vi aldrig kommer att kunna nå en fullständig enighet om vilka principer som skall gälla vid nödvändiga prioriteringar eller att alla ska komma att vara nöjda med resultatet av enskilda prioriteringsbeslut. Däremot anser de att det borde vara möjligt att nå större acceptans om ett prioriteringsbeslut fattats på ett sätt som flertalet anser som legitimt och rättvist.

I deras teori som kan översättas med ”ansvartagande för rimlighet” presenterar de fyra villkor som bör vara uppfyllda för att en prioriteringsprocedur skall uppfattas som rättvis:

1. Grunderna för prioriteringsbeslut måste vara offentliga (”publicity condition”)
2. Dessa förklaringsgrunder (bevis, sakskäl och principer) måste anses vara relevanta för prioriteringsbeslut (”relevance condition”) av människor med känsla för rättvisa (”fair minded people”)
3. Det måste finnas mekanismer för att ompröva besluten och revidera dem i ljuset av nya bevis och argument, (”appeals condition”).
4. Det måste finnas antingen en frivillig eller offentlig reglering av beslutsprocesser för att se till att villkor 1-3 uppfylls (”enforcement condition”).

(Bäckman m fl 2004)

Daniels och Sabins idéer har fått ett stort genomslag i den internationella litteraturen under senare år och kan förväntas påverka utvecklingen av prioriteringsprocessen i de länder som aktivt arbetar med frågan.

Förutom kravet på öppenhet är det enligt Daniels och Sabin viktigt att grunderna för besluten uppfattas som relevanta. Ett sätt för beslutsfattare att uppnå detta är att alliera sig med andra grupper som åtnjuter viss legitimitet t ex att politiker och vårdpersonal samarbetar. Ett annat sätt kan vara att rationalisera svåra beslut; det vill säga ge dem karaktär av att vara rationella. Här spelar tillgången på fakta om olika hälso- och sjukvårdsinsatsers effekter och patientnytta en stor roll. Uppbyggnaden av system för klinisk forskning, utvärderingar (health technology assessment), evidensbaserad medicin, hälsoekonomi, kvalitetsregister etc är av relativt sent datum i de flesta länder. Exempel på en rationell prioriteringsansats låg bakom den s k Oregonlistan i USA som fortfarande är en av de mest omfattande explicita rangordningslistor av sjukvård. I det fallet baserades den initiala rangordningen i hög grad på en beräknad kostnadseffektivitet. Sverige har varit relativt framstående när det gäller uppbyggnad av system som stödjer en rationell grund för beslutsfattande. SBU:s arbete med systematiska kunskapsöversikter har varit framgångsrikt liksom etableringen av Läkemedelsförmånsnämnden för att nämna ett par exempel.

Andra menar att prioriteringar av sjukvård alltid innehåller ett stort mått av värderingar och individuella variationer mellan olika patienter. Därför bör man inte grunda sina ställningstaganden på vetenskapliga studier och övergripande riktlinjer utan istället låta sig styras av vedertagna etiska principer. Kan man uppnå en bred acceptans för några centrala principer kommer det att underlätta beslutsfattandet på alla nivåer i sjukvården och bidra till en större rättvisa, är den rådande uppfattningen bland dessa personer. Vi har sett prov på den inställningen i framför allt Sverige och Norge där det pågått storskaliga försök att etablera en gemensam värdegrund. Prioriteringsutredningen i Sverige och två motsvarande utredningar i Norge skapade en relativt stor uppmärksamhet för dessa frågor bland sjukvårdspersonal. I Sverige gäller sedan 1997 principen att de med stora behov av vård i första hand skall garanteras vård. Denna princip liksom principerna om människors lika värde och kostnadseffektivitet, som Riksdagen tagit ställning till, är ett försök att få igång en bred dialog kring prioriteringar men även att bidra med en plattform för mer öppna och legitima prioriteringar i hälso- och sjukvården. I praktiken visar det sig svårt att omsätta dessa allmänna principer i det dagliga beslutsfattandet. I Sverige efterlyser läkare och andra vårdgrupper tydligare riktlinjer för kunna ta sitt ansvar för prioriteringar.

Trots goda ambitioner hos svenska landstingspolitiker möter en ökad öppenhet vid politiska prioriteringar motstånd. Samma sak gällde i den amerikanska delstaten Oregon, i Nya Zeeland och i Nederländerna när politikerna tog initiativ till att explicit definiera ett basåtagande för den offentliga hälso- och sjukvården i dessa länder i början av 1990-talet.

Eftersom all kollektivt finansierad sjukvård kräver någon typ av ransonering, på grund av att efterfrågan tenderar att överstiga utbudet, kvarstår frågan hur det ska gå till på bästa sätt. Ska den ofrånkomliga prioriteringen ske medvetet, systematiskt och öppet eller bör man fortsätta att acceptera att prioriteringar och efterföljande ransonering sker dolt och utan att någon kan redovisa exakt hur det går till? På den punkten är meningarna delade. Det finns framträdande hälso- och sjukvårdsforskare och andra experter som menar att det inte är möjligt för politiker att fatta den här typen av impopulära beslut öppet på grund av dess komplexitet och att det hela tiden finns grupper som upplever att de blivit förfördelade. Peter Garpenby kallar detta angreppssätt ”att fyndigt hanka sig fram” efter det engelska uttrycket ”muddling through elegantly” i en tidigare rapport från PrioriteringsCentrum. Han presenterar i den en översikt av denna och fem andra övergripande strategier för prioriteringar av hälso- och sjukvård som förekommer i litteraturen (Garpenby 2003).

Enligt Garpenby är ingen av de strategier som förespråkas tillräcklig för att etablera *en* prioriteringsprocess med hög legitimitet utan förhållanden i omvärlden måste tillåtas påverka valet och sådana förhållanden kan förväntas förändras över tiden. Dessutom förefaller det lämpligt att dela upp prioriteringsprocessen i två separata processer. En som framförallt syftar till att uppnå intern legitimitet som inbegriper sjukvårdens egen organisation och en annan för extern legitimitet som syftar till att säkerställa allmänhetens förtroende. Enligt Garpenby hänger dessa två processer ihop på så sätt att intern legitimitet är i det närmaste en förutsättning för extern legitimitet. För dessa syften är det framförallt två strategier som ter sig mer attraktiva än de övriga för att utveckla de två typerna av prioriteringsprocesserna i Sverige.

”Kombinationsstrategin” - med användning av kunskap *och* förhandling ter sig mest lämpad för att uppnå intern legitimitet medan ”pluralistisk förhandling” antagligen fungerar bättre för att säkerställa förtroendet hos allmänheten. Joanna Coast som förespråkar en kombination menar att det inte finns någon teknik som kan lösa prioriteringsproblemet utan att det handlar om att åstadkomma socialt acceptabla beslut där sättet på vilket besluten fattas är viktig. Dessutom måste man ta hänsyn till att tillgången av vetenskaplig information inklusive kostnadseffektanalyser är bättre inom vissa områden jämfört med andra. Det gäller framförallt vid prioriteringsbeslut inom sjukdomsgrupper. Därför kan och bör utarbetande av kliniska prioriteringsbeslut i högre utsträckning baseras på ett rationellt beslutsfattande medan fördelning av resurser mellan olika delar av sjukvården kräver mer av förhandling och en öppen politisk förhandling. Likaså är det uppenbart att beslut som gäller individuella patienter med biologiska och sociala variationer inte heller helt kan baseras på en rationell metod.

Vidare pekar Coast på det klassiska dilemmat vid prioriteringar rörande hur avvägningen skall se ut mellan rättvisa (jämlighet) och effektivitet.



Det är därför viktigt att hitta former som stödjer att de med samma behov garanteras samma grad av insatser med de med olika behov får olika tillgång på vård. Med andra ord de med stora behov, d v s de svårast sjuka, ska garanteras en större andel av resurserna. Denna avvägning måste ske med hjälp av en pluralistisk förhandling. Utgångspunkten i en sådan är att nå fram till ett resultat som kan accepteras av berörda parter. När det gäller hälso- och sjukvård bör det rimligtvis inkludera medborgarna. Vissa forskare menar att problemet med prioriteringar är att dessa inte varit tillräckligt pluralistiska. Det finns dock inga lyckade exempel på fall där patienter och medborgare involverats i beslutsfattande. Här bidrar inte heller förespråkarna för denna ansats med klara riktlinjer för hur samhället ska omvandlas för att beslutsprocessen skall bli mer öppen (Garpenby 2003).

Här finns emellertid tydliga kopplingar till Daniels och Sabins idéer om diskursiv rättvisa. En sådan förutsätter dock ett aktivt deltagande av många parter som ges tillfälle att framföra olika argument. Bland dessa parter finns patienter och allmänheten förutom politiker och vårdpersonal. Det finns även hos dessa frågetecken kring hur parterna ska representeras i praktiken. Det är därför särskilt intressant att studera och lära av de begränsade erfarenheter av medborgardialog som finns i andra länder. Den verkliga utmaningen för samtliga strategier som förespråkar en större öppenhet när det gäller prioriteringar är hur man skall engagera allmänheten. I Sverige har det hittills visat sig svårt att engagera medborgarna i demokratifrågor. Ansvarutredningen skriver i sitt första delbetänkande (SOU 203:123) om ett vikande intresse för demokratins traditionella institutioner men att det nödvändigtvis inte behöver tolkas som ett ointresse för samhällsfrågor hos folk i allmänhet. Istället är de mer inriktade på handling och konkreta frågor här och nu. ”Det finns också en tendens att man engagerar sig först när betydelsefulla värden står på spel eller när man är missnöjd med politiska beslut”(s 53). Det finns som bekant en rad exempel på sådant agerande inom hälso- och sjukvårdområdet inte minst när det gäller nedläggning av sjukhus. Det åligger politikerna i Sverige att tydliggöra att beslut om fördelning av resurser inom hälso- och sjukvården handlar om att betydelsefulla värden står på spel för att debatten om prioriteringar ska komma igång innan alla beslut redan i praktiken är fattade.

De olika strategierna för prioriteringar inom hälso- och sjukvård kan användas som utgångspunkt för att tolka de likheter och olikheter i de länder som ingår i vår studie. Det gäller såväl öppenheten på olika beslutsnivåer som vilka delar av prioriteringsprocessen som fokuseras. Det empiriska underlaget är dock inte tillräckligt detaljerat för att tillåta en systematisk kategorisering av de utvalda länderna i denna översikt. Det är ändå möjligt att notera vissa skillnader i sättet som man tagit sig an frågan om prioriteringar i de utvalda länderna.

Jag konstaterar också att tillvaron inte är statisk vilket också gäller för prioriteringsarbetet. Vår studie är en ögonblicksbild av ett långsiktigt skeende som innebär att tyngdpunkten i utvecklingsarbetet och därmed valet av strategi inte är särskilt renodlat och förändras hela tiden.

## REFERENSER

Bäckman K, Andersson A, Carlsson P. Öppna prioriteringar I Östergötland. Del 1. Den politiska beslutsprocessen. Linköping: Rapport 2004:4, PrioriteringsCentrum.

Garpenby P. Prioriteringsprocessen, Del 1: övergripande strategier. Linköping: Rapport 2003:3, PrioriteringsCentrum.

Finansdepartementet. Utvecklingskraft för hållbar välfärd. Ansvarskommitténs delbetänkande, SOU 2003:123.

## 2. ÖPPNA PRIORITERINGAR I NORGE – LÅG AKTIVITET UNDER SENARE ÅR

*Karin Lund, Per Carlsson*

### 2.1 Introduktion

Norge var det första land som på en övergripande nationell nivå diskuterade riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. År 1987 avlämnade det s k Lönningutvalget ”Retningslinjer for prioriteringar innen helsetjensten” (NOU 1987:23). Den politiska behandlingen av utredningen ledde till en lagändring och föreskrift om väntelistegaranti. År 1996 tillsatte regeringen en andra prioriteringsutredning, Lönning II, som året därpå redovisade sina förslag i rapporten Prioritering på ny (NOU 1997:18). Där konstaterades bl a att den första utredningen haft mindre effekt än väntat. De områden som av Lönning I särskilt pekats ut som underförsörjda och högt prioriterade; psykiatri, (re)habilitering, vården av de svårt kroniskt sjuka samt omsorgen av äldre sjuka hade inte byggts ut. I Lönning II föreslogs dessutom ett antal förändringar av hälso- och sjukvården, till vilka vi återkommer nedan.

Innehållet i rapporten är huvudsakligen hämtat från den norska regeringens hemsida [www.odin.dep.no](http://www.odin.dep.no) och från betänkandet Behovsbasert finansiering av specialisthelsetjenesten (NOU 2003:1). Där inte annat anges kommer uppgifterna från dessa båda källor.

#### 2.1.1 Allmänt om landet

Norge är en välfärdsstat av skandinavisk modell, med en stor offentlig sektor. Cirka hälften av bruttonationalprodukten utgörs av offentliga åtaganden. Landet som är en konstitutionell monarki har drygt 4,5 miljoner invånare. Det är ett av de mest glest befolkade länderna i Europa, med en huvudsaklig befolkningskoncentration till kustområdena, den södra delen av landet och till Oslo-området, där ca 16 procent av befolkningen bor. Konstitutionen bygger på den representativa demokratin, med parlamentarismen som princip och har sedan oktober 2001 en borgerlig koalitionsregering ledd av kristdemokraten Kjell Magne Bondevik. Nuvarande hälsoministern Ansgar Gabrielsen tillhör Höyre.

Liksom de flesta västländer har Norge en åldrande befolkning. Andelen äldre över 67 år var år 2000 ca 14 procent och förväntas öka till drygt 19 procent år 2030 och till 20,6 procent till år 2050. Främst efter 2020 blir antalet 80 år och äldre snabbt större, på grund av den allt längre levnadsåldern för de stora grupper som föddes under de första årtiondena efter andra världskriget.

Barn och ungdomar upp till 15 år förväntas minska under samma period från 21 procent till 18,5 procent. Landet har drygt 300 000 invandrare, varav 210 000 har en icke-europeisk bakgrund och utgör därmed ca 4,7 procent av befolkningen. Hela 80 000 eller 38 procent är bosatta i Oslo-området. Invandrare från Europa kommer huvudsakligen från grannländerna Sverige, Danmark, Finland och Tyskland.

Norge är ett rikt land med stora inhemska naturtillgångar; olja, vattenkraft, fiske, skog och gruvor. Landet är numera starkt beroende av oljan och de internationella oljepriserna för välfärdsuppbyggnaden. Norsk ekonomi har haft en kraftig tillväxt under hela 90-talet, under slutet av 90-talet med en BNP-tillväxt med i genomsnitt 3,7 procent per år. Arbetsmarknadsdeltagande är bland de högsta i Europa (77 procent) och arbetslösheten är låg (3,6 procent) (CIA 2002). Landet har ett väl utbyggt utbildningssystem med en obligatorisk skola upp till 16 års ålder. 83 procent av befolkningen har utbildning därutöver. Dessutom går ca en miljon vuxna per år i olika former av vuxenutbildning.

### **2.1.2 Hälsförhållanden**

Hälsa beskrivs här i termer av spädbarnsdödlighet, genomsnittlig levnadsålder och sjuklighet. Spädbarnsdödligheten är förhållandevis låg, 3,9 dödsfall på 1000 födda barn år 2002. Den genomsnittliga levnadsåldern var samma år för kvinnor drygt 82 år och för män drygt 76 år. De vanligaste dödsorsakerna är hjärt-kärlsjukdomar, cancersjukdomar samt sjukdomar i andningsorganen. Dessa utgjorde år 1998 drygt 76 procent av alla dödsfall.

Sjukligheten i befolkningen har emellertid genomgått betydande förändringar under de senaste tio åren. Medan det varit en klar nedgång i hjärt-kärlsjukdomar har det samtidigt skett en ökning av muskel/skelettbesvär, diabetes/övervikt, astma och allergier och åldersrelaterade sjukdomar såsom cancer, stroke, demens, depressioner och multiorgansvikt. Sjukligheten är socialt relaterad. Generellt lever höginkomsttagare längre och är mindre drabbade av sjukdom än låginkomsttagare. Studier visar också att lågutbildade föräldrars barn oftare än andra drabbas av luftvägssjukdomar och att barn till socialhjälpstagare oftare än andra är inlagda på sjukhus.

## **2.2 Hälsa- och sjukvårdssystemet**

### **2.2.1 Politiska och administrativa strukturer/beslutsnivåer**

Norsk hälso- och sjukvård bygger på tanken att alla ska ha lika tillgång till vård och omsorg oberoende av bostadsort, social status och inkomst. Den centrala statliga styrningen är omfattande, främst beroende på att sektorn i huvudsak finansieras av statsbidrag.

Fram till år 2002 var den norska hälso- och sjukvården i princip organiserad på samma sätt som den svenska, med tre beslutsnivåer; kommuner, landsting (fylken) och staten. En väsentlig skillnad mellan det norska och det svenska systemet är emellertid att de norska fylkena saknar beskattningsrätt. De olika hälso- och sjukvårdsinrättningarna ägs och drivs huvudsakligen offentligt. Den offentliga vården är indelad i två nivåer; primärvården och specialistvården. Kommunerna ansvarar för primärvården. I denna ingår sjukhemsvård, hemsjukvård och allmänläkarvård. Tidigare var fylkena ansvariga för specialistvården. Där ingår sjukhus och polikliniker, de fristående specialister som har avtal med fylkena samt tandhälsovården.

Den 1 januari 2002 övertog staten ansvaret för specialistvården, exklusive tandvården som fortsatt är ett ansvar för fylken och kommuner. Vi återkommer senare till detta. Fram till dess hade fylkena i princip samma uppgifter som de svenska landstingen. De var ansvariga för sjukhusvården, tandhälsovården, viss kulturverksamhet, gymnasie- och vuxenutbildning, kommunikationer och energiförsörjning. Genom det statliga övertagandet av sjukhusen har fylkenas betydelse blivit kraftigt försvagad och det pågår nu en diskussion i landet om deras fortsatta roll och uppgifter. Staten har efter sjukhusreformen fortsatt ansvar för universitetsutbildning och forskning inom hälsoområdet samt för hur den högspecialiserade sjukvården ska fördelas.

### **2.2.2 Kostnader och finansiering**

Liksom i alla OECD-länder har andelen av bruttonationalprodukten (BNP) som tilldelats hälso- och sjukvården vuxit stadigt i Norge, från 2,9 procent år 1960 till drygt 9 procent år 2000. I ett internationellt perspektiv är denna andel måttlig. Beräkningar från den norska Statistiska centralbyrån tyder dock på en fortsatt ökning. Norsk hälso- och sjukvård är i princip i sin helhet offentligt finansierad. Patientavgifterna utgör mellan 10 och 15 procent. Den norska staten ansvarar helt för finansieringen av sjukhusen. Efter statens övertagande av specialistsjukvården går ersättningarna främst till de regionala hälsoföretagen. Undantaget är ersättningen för poliklinisk behandling som utbetalas direkt till den enskilda vårdgivaren från Rikstrygdeverket (RTV) som förvaltar den allmänna försäkringen (Lag om folketrygd).

Den statliga specialistsjukvårdens budget är sammanlagt drygt 60 miljarder norska kronor (2004). Ersättningarna till de regionala hälsoföretagen utgörs dels av enhetliga statliga bidrag (ramanslag) och sedan 1997 insatsfinansierad (ISF) ersättning vars storlek är beroende av vilka och hur många insatser som utförs. Dessutom har de regionala företagen fått vissa möjligheter att få intäkter från annat håll genom bl a försäljning av tjänster till andra hälsoregioner. Statens basåtagande för år 2002 var 29 miljarder norska kronor.

Den allmänna sjukförsäkringen (Folketrygden) finansierar i princip all hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs utanför institutionerna samt viss privat verksamhet, som t ex privata laboratorier och röntgenenheter. Den kommunalt drivna allmänläkarverksamheten samt all sjukgymnastik i öppen vård finansieras fullt ut av den allmänna försäkringen.

Sedan 1 juni 2001 gäller en lag om fast läkarkontakt i den kommunala hälsovården (fastlegeordningen). Enligt denna får allmänläkarna betalt genom ett per capita-tillskott, ersättning från Rikstrygdeverket per patientkontakt/åtgärd och egenbetalning av patienterna.

### **2.2.3 Statligt ägande av sjukhusen**

Den 1 januari 2002 överfördes alltså ansvaret för specialistsjukvården i Norge till staten. Bakgrunden till förändringen var ett antal paradoxer inom den norska hälsosektorn (Sosial- og helsedepartementet 2000-2001):

- Trots att sektorn under hela 90-talet tillfördes pengar växte de finansiella problemen.
- Trots att allt fler patienter blev behandlade, blev köerna och väntelistorna allt längre.
- Trots att antalet anställda kraftigt ökade blev personalbristen allt svårare.
- Det fanns en oförmåga att skapa ett patientflöde för att öka kapaciteten.
- Det förelåg en stor variation i erbjudna hälso- och sjukvårdstjänster beroende på bostadsort.
- Det förelåg stora skillnader mellan sjukhusen med avseende på resursutnyttjande. Det ifrågasattes också om en uppdelning av ansvaret på 19 fylken var det bästa och mest ändamålsenliga sättet att organisera specialistvården vid sjukhus.

Övertagandet innebar att staten genom ny lagstiftning (Lov om helseforetak) blev direkt ägare till landets 85 sjukhus. Sjukhusen fick genom förändringen företagsställning med fullt eget ansvar för drift och ekonomi och blev separata rättssubjekt. Antalet hälsoföretag har successivt blivit mindre och är idag (hösten 2004) 36 stycken. ([www.odin.dep.no/sykehus/organisering](http://www.odin.dep.no/sykehus/organisering)).

Genom att centralisera ägandet hoppas regeringen kunna förbättra resursutnyttjandet och komma tillrätta med onödigt långa väntetider och andra brister i den norska sjukhusvården. Genom företagsformen får sjukhusen en stor frihet att själva organisera och driva sin verksamhet. Konkret innebär det att sjukhusen själva har ett personalansvar och kan förfoga över sitt kapital. De är ansvariga för sin finansiering, men kan inte gå i konkurs. Merparten av resurserna kommer fortfarande från staten via tillskott från de regionala hälsoföretagen, och 60 procent är aktivitetsbaserad finansiering.

Från år 2004 är denna procentuella andel från staten sänkt till 40 procent (Helsedepartementet St.prp. nr 1, 2003-2004). En reform av finansieringssystemet har förslagits (NOU 2003:1, Behovsbaserad finansiering av specialisthelsetjenesten).

Sjukhusen förhandlar inte var och ett för sig utan bildar sjukhusgrupper. Hela landet är indelat i fem regionala hälsoföretag som ansvarar för att befolkningen i det aktuella geografiska området tillförsäkras en adekvat specialistvård. De regionala företagen kan ingå avtal med privata sjukhus och specialister (lov om helseföretag). Både de regionala hälsoföretagen och varje sjukhus leds av en styrelse. Staten styr verksamheten genom lagstiftningen, olika typer av direktiv (årliga styrningsdokument) och företagsmöten. I de olika dokumenten beskrivs t ex att staten förväntar sig att hälsoföretag samarbetar i vissa frågor. Det gäller bland annat högspecialiserad vård. I samband med regeringsskiftet efter det senaste stortingsvalet delades det tidigare Sosial- og helsedepartementet i Sosialdepartementet och Helsedepartementet. Inom Helsedepartementet tillkom ytterligare en avdelning – Eieravdelningen - med ansvar för styrningen av sjukhusen.

Den 1 januari 2002 bildades dessutom ett nytt Sosial- og helsedirektorat som i vissa sammanhang ger stöd till de nya regionala hälsoföretagen. Direktoratet har till uppgift att vara ett förvaltnings- och kompetensorgan och att bidra till genomförandet och verkställandet av den nationella politiken i hälso- och socialsektorerna, att bedriva rådgivning gentemot centrala myndigheter, kommuner, hälsoföretag, frivilliga organisationer och befolkningen samt att ansvara för funktioner knutna till kvalitetsutveckling och prioritering inom hälso- och socialsektorerna.

Beträffande den norska statens arbete med prioriteringar inom vård och omsorg har Sosial- og helsedirektoratet givits en uttalad uppgift. Direktoratet ger råd om prioriteringar baserade på yrkesmässiga och rättsäkerhetsmässiga värderingar, samhällsekonomiska analyser, etiska överväganden och annan samhällshänsyn. Dessutom har direktoratet sekreterarfunktionen för det nationella rådet för prioriteringar inom hälsovården (Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten, [www.shdir.no](http://www.shdir.no)). Rådet är rådgivare till hälso- og omsorgsministern.

I samband med en omorganisation av den centrala hälso- og socialförvaltningen år 2002 och förstatligandet av specialistsjukvården blev det tidigare Folkehelse omgjort till ett Nationellt folkhälsoinstitut med uppgift att förmedla kunskap och ge råd om hur man kan främja hälsa och förebygga sjukdom och skador. Institutet ska arbeta med ett brett hälsoperspektiv - det ska täcka både somatiska, psykiska och sociala förhållanden.

### **2.2.4 Sjukhusvård**

Kostnaderna för sjukhusvården har stadigt ökat sedan 1970-talet. Särskilt under 1990-talet var kostnadsökningen påtaglig. Från år 1990 till år 2000 ökade de somatiska sjukhusens driftsutgifter reallt med 42 procent. Huvuddelen av kostnaderna i sjukhussektorn är löner. Cirka 59 400 årsarbetare var knutna till de somatiska sjukhusen vid utgången av år 2001. Ökningen av antalet anställda har varit stor under perioden från 90-talets början och framåt, cirka 12 000 årsarbetare. I synnerhet har antalet läkare och sjuksköterskor vuxit. År 2001 fanns ca 8 000 läkare och 26 000 sjuksköterskor helårsanställda inom den somatiska sjukhusvården. Samtidigt som antalet inläggningar av patienter på sjukhus för somatisk vård har ökat från 580 000 (1980) till 720 000 (2001) – en ökning på ca 24 procent - tillbringar patienterna allt kortare tid på sjukhuset, vilket slår igenom på det genomsnittliga antalet vård dagar som minskat från 4,5 miljoner år 1990 till 4,2 miljoner år 2001.

### **2.2.5 Psykiatrisk vård**

I synnerhet från mitten av 90-talet har kostnadsutvecklingen varit stark inom den psykiatriska vården. Framst kan ökningen ses inom barn- och ungdomspsykiatrin. I genomsnitt har driftsutgifterna brutto ökat med 22 procent, barn- och ungdomspsykiatrin med drygt 52 procent och vuxenpsykiatrin med 22 procent. Samtidigt har behandlingsutbudet förändrats genom att längre institutionsbehandlingar bytts ut mot kortare sådana eller poliklinisk behandling. Under 90-talet har behandlingsperioderna inom vuxenpsykiatrin halverats, samtidigt som de polikliniska konsultationerna ökat med 73 procent. Regeringen har antagit en förbättringsplan för psykisk hälsa 1998 till 2006. Denna innebär att år 2004 ligger kostnaderna reallt 4,6 miljarder norska kronor över 1998 års nivå.

### **2.2.6 Öppen vård utanför sjukhus**

Kommunerna ansvarar för den öppna hälso- och sjukvården (Lov om helsetjenesten i kommunene). Det kommunala uppdraget är att tillse att nödvändig sådan verksamhet finns tillgänglig för alla som bor eller uppehåller sig i kommunen. Förutom ansvaret för grundskolan, förskolan, sociala frågor, lokal infrastruktur m m har sålunda kommunerna det huvudsakliga ansvaret för den förebyggande hälsovården, all primärvård, mödra- och förlossningsvård, äldre- och handikappomsorgen samt den primära omsorgen om de psykiskt sjuka. Kommunerna kan organisera sitt hälso- och sjukvårdsarbete antingen genom att anställa och driva verksamheten i egen regi eller i samverkan med andra kommuner eller fylken eller att ingå avtal med privata företag.

Staten fastställer varje år en samlad ram för den kommunala hälso- och sjukvården innehållande dels antalet läkartjänster som ska finnas i kommunerna, dels antal nybeviljade avtal för privat allmänläkarverksamhet.



Som nämnts tidigare gäller sedan 1 juni 2001 en lag om fast läkarkontakt i den kommunala hälsovården (fastlegeordningen). Denna innebär en ny organisation av allmänläkarna på så sätt att kommunerna numera är skyldiga att tillse att varje kommuninvånare ges en möjlighet att vara anknuten till en fast läkare eller en läkarpraktik. Syftet med förändringen är att förbättra kvaliteten i allmänläkarverksamheten och att ge befolkningen en större trygghet genom bättre tillgänglighet till primärvården.

Fastlegeordningen gör kommunerna skyldiga att genom avtal tillhandahålla ett tillräckligt antal allmänläkare. I avtalet åläggs den enskilde läkaren att prioritera allmänläkarverksamheten till de innevånare som står på läkarens eller läkarpraktikens lista. Vid reformens genomförande fastställdes antalet listade patienter per läkare till 1 500 personer (Social- og helsedepartementet 1999). Läkaren ersätts dels av kommunen med ett per capitabelopp motsvarande 30 procent av kostnaderna och dels med ett enhetsbelopp i form av ersättning från den allmänna försäkringen och egenbetalning. Patienter som väljer att stå utanför fastlegeordningen kan avkrävas en större egenavgift. Cirka 25 000 av medborgarna i Norge valde att stå utanför reformen då den genomfördes. Erfarenheterna hittills är positiva bortsett från att det i vissa fall har varit svårt att få akutverksamheten att fungera tillfylles på dagtid och att det i ett tiotal av kommunerna varit svårt att skaffa ett tillräckligt antal läkare.

### **2.2.7 Äldreomsorg**

En av kommunernas uppgifter i Norge är att bedriva äldreomsorg. Denna är till sin konstruktion lik det svenska systemet. Kommunernas ansvar är reglerat dels i lagen om kommunal hälso- och sjukvård, dels i socialtjänstlagen.

Äldreomsorgen har genomgått kraftiga förändring under senare år; dels har den decentraliserats i den meningen att ansvaret överförs till kommunerna, dels har den avinstitutionaliserats, innebärande att allt fler äldre bor kvar i det egna hemmet eller i alternativa vårdformer som inte är sjukhem eller annan institution (Socialdepartementet 2003).

Idag delas ansvaret för de äldre mellan det offentliga (kommunerna), familjen och frivilliga. Kommunerna står för huvuddelen av insatserna och den politiska uppfattningen såsom den uttrycks i dokument från regeringen är att behovet av vård och omsorg även framgent ska lösas av det offentliga. Privatisering och konkurrensutsättning är nya begrepp och företeelser i den norska äldreomsorgen. Kommunernas vård och omsorg finansieras i huvudsak genom ett ramanslag från staten och via kommunalskatten. Viss egenavgift tas ut. Kostnaderna har vuxit och var år 2001 ca 43 miljarder norska kronor. År 2005 kommer verksamhetsområdet att utgöra cirka 40 procent av kommunernas utgiftsbudget (St.prp nr.1 2004 – 2005).

### 2.2.8 Prevention

I mars 2003 lade den norska regeringen fram ett förslag till folketinget om en strategi för folkhälsopolitiken för de kommande tio åren (St.meld nr. 16, 2002-2003, Resept for ett sunnere Norge). Man pekar där på ett antal oroväckande utvecklingstendenser när det gäller livsstil; bristen på fysisk aktivitet börjar bli det framtida stora hälsoproblemet, rökningen är den viktigaste enskilda orsaken till för tidig död, det finns också sociala snedheter vad gäller hälsa - riskfaktorerna samlas i speciella och sårbara delar av befolkningen. Man pekar på att regelbunden fysisk aktivitet och en riktigt sammansatt kost kan reducera förekomsten av hjärt- kärlsjukdomar, reducera förekomsten av cancer och förhindra ökningen av övervikt och diabetes typ 2.

I förslaget till Stortinget anvisar regeringen de strategier man prioriterar för att uppnå ”ett sundare Norge”:

- Skapa bra förutsättningar för befolkningen att ta ansvar för sina egen hälsa.
- Bygga allianser och infrastruktur för folkhälsan – ett mer systematiskt, förpliktigande och enhetligt folkhälsoarbete ska byggas upp, med lokal demokratisk förankring.
- Hälso- och sjukvården ska förebygga mer och reparera mindre.
- Förebyggande insatser ska baseras på erfarenhet och kunskap.
- En särskild strategi för kvinnors hälsa ska genomföras.

### 2.2.9 Läkemedel

Läkemedelskostnaderna i Norge var 12,7 miljarder norska kronor år 2001. Kostnaderna delas mellan den allmänna försäkringen (Folketrygden), sjukhusen, kommunerna och patienterna. Den allmänna försäkringen står för mer än hälften av kostnaderna, sjukhusen för knappt 10 procent. Resten av kostnaderna delas mellan kommunerna (knappt 400 miljoner kronor) och de enskilda patienterna. Patientandelen för läkemedel på recept är generellt 36 procent av utgifterna för ”blåreseptmedisiner” upp till en nivå på 360 kronor per recept. ”Blåreseptmedisiner” är läkemedel avsedda för vissa sjukdomar när dessa har övergått till mer kroniska tillstånd och där långvarig medicinering är nödvändig. Patientavgiften för dessa har ett tak på 1 550 norska kronor (år 2004). Statens legemiddelsverk fastställer det högsta priset för läkemedel. Detta baseras på ett urval av priser i vissa europeiska länder. Det har vuxit fram ett omfattande inköpssamarbete mellan de flesta sjukhusen i landet. Den centrala aktören är här Legemiddelsinnköpssamarbeidet (LIC) som genom anbuds konkurrens på vissa utvalda läkemedel kan uppnå i genomsnitt 30 procents rabatt på dessa.

## **2.3 Verksamhet och resurser**

### **2.3.1 Kostnader, kostnadsutveckling**

Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling har varit påtaglig från 1970-talet och framåt. Under 70-talet ökade utgifterna inom den somatiska sjukhusvården med 140 procent brutto. Utvecklingen under det kommande decenniet var lugnare, ca 10 procent beroende på ändringar i finansieringssystemet, medan 90-talet, främst den senare delen, återigen var ett decennium med en stark kostnadsökning, reallt med 42 procent. Förklaringen ligger huvudsakligen i en kraftig personalförstärkning och löneutveckling under hela perioden. År 2004 är de statliga överföringarna till de regionala hälsoföretagen (specialistsjukvården) 63 miljarder norska kronor. Också inom psykiatrin har det varit en stark kostnadsökning, i synnerhet från år 1996. Denna förklaras med att både antalet anställda och kompetensen på de anställda har ökat.

### **2.3.2 Personal**

Eftersom huvuddelen av hälso- och sjukvårdens kostnader är lönekostnader är den viktigaste förklaringen till den kraftiga kostnadsutvecklingen i det norska hälso- och sjukvårdssystemet en ökning av personalen. Framförallt har antalet läkare och sjuksköterskor vuxit. Norge har idag den högsta läkartätheten i Norden och en av de högsta i Europa. I dagsläget finns en läkare per 270 invånare. Under 1990-talet var tillväxten av antalet läkare särskilt stark, med en ökning med 42 procent under perioden. Också antalet medicinstuderande har ökat mycket starkt under senare år och framskrivningar tyder på att Norge kommer att ha en långt bättre läkartäckning framöver än övriga nordiska länder.

## **2.4 Patientens ställning och Rättigheter**

### **2.4.1 Lag om patienträttigheter**

Patientens ställning har stärks genom den lag om patienträttigheter inom specialistsjukvården som började gälla den 1 januari 2001 (Lov om pasientrettigheter). Det blir hälsoföretagens uppgift att ta till vara de rättigheter som patienten tilldelats i lagen. Lagen ger den enskilde patienten rätt till nödvändig sjukvård, rätt till utredning inom 30 dagar, rätt till förnyad utredning av specialist efter remiss av allmänläkare, rätt att välja sjukhus och rätt till en individuell behandlingsplan.

I den nya lagen regleras också patientens rätt till medverkan, information och insyn i journalen samt i vilka former patientens samtycke till vård ska hämtas.

Rätten till nödvändig sjukvård gäller om

- Patienten har en sådan prognos att livslängd hotas eller en inte obetydligt nedsättning av livskvaliteten riskeras om sjukvård inte ges,
- Patienten har en förväntad nytta av sjukvården samt
- Om de förväntade kostnaderna står i rimligt förhållande till insatsens effekt

I en föreskrift om prioritering av hälsotjänster förtydligas de urvalsprinciper som anges i lagen. Patienten har rätt till insatser av hälso- och sjukvården när livslängden kan påverkas eller en icke obetydlig nedsättning av livskvalitet kan förväntas om behandling uteblir. Med icke obetydligt nedsatt livskvalitet menas här att patientens livskvalitet märkbart reduceras utan behandling, med smärter och lidande, problem med vitala livsfunktioner t ex med näringsintag eller nedsatt fysisk eller psykisk funktionsnivå som följd. Med förväntad nytta avses att det finns dokumentation för att en aktiv medicinsk behandling mer långsiktigt kan påverka patientens livslängd eller livskvalitet positivt, att tillståndet kan förvärras utan behandling eller att behandlingsmöjligheter förspills om man avslutar behandlingen.

I december 2003 beslutade stortinget om vissa ändringar i Lagen om patienträttigheter. Dessa gäller från september 2004 och innebär i korthet att den statligt reglerade specialsjukvården åläggs att fastställa en konkret tidsfrist för varje patient inom vilken rätten till nödvändig sjukvård ska vara tillgodosedd. I den förordning som följer lagändringen regleras patientens möjlighet att överklaga både beslutet huruvida vården ska anses nödvändig och tidsfristens längd. Den reglerar också att vårdgivaren har en skriftlig informationsplikt om tidsfristen och rätten att överklaga beslutet.

#### **2.4.2 Brukarinflytande**

Inom ramen för den omfattande sjukhusreformen blev brukarinflytande en av grunderna för planläggning av utbudet och genomförandet av insatser och tjänster både på överordnad och på individuell nivå i alla regioner. Brukarråd är etablerade både inom de regionala och de lokala hälsoföretagen.

Våren 2003 hade sådana brukarråd inrättats i alla de regionala hälsoföretagen och i flertalet av de lokala företagen.

## 2.5 Öppna prioriteringar

### 2.5.1 Bakgrund

Inledningsvis nämndes att Norge har en lång tradition att diskutera och arbeta med principer för prioritering inom hälso- och sjukvård. Det var det land i västvärlden som tidigast arbetade fram nationella prioriteringsprinciper. Dessa har haft en viss begränsad betydelse för vårdens utveckling under åren som gått, men inriktningen mot att arbeta med prioriteringar har blivit mer uttalad i den nya sjukhusreformen. Tankarna bygger huvudsakligen på de två utredningarna Retningslinjer för prioriteringar innan helsetjensten” (NOU 1987:23) och Prioritering på ny (NOU 1997:18). Båda utredningarna leddes av professorn i teologi Inge Lønning, varför de blivit kallade Lønning I och Lønning II.

### 2.5.2 Lønning I

Den första Lønningutredningen hade till uppgift att utarbeta riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården och hur olika insatser borde förhålla sig till varandra. Där fördes bl a en diskussion om vikten av att mål, principer och riktlinjer för prioriteringarna måste ligga i linje med sådana allmänna värderingar som har stor förankring i det norska samhället. Utifrån diskussionerna föreslogs ett system för prioriteringar i fem nivåer, fyra som man kallade positiv prioritering och en nivå som inte skulle prioriteras, ”en noll-prioritering”.

*Första prioritet* skulle sådana insatser ges som är nödvändiga, i den meningen att de får livshotande konsekvenser för enskilda, grupper eller för samhället som helhet om de inte åtgärdas.

*Andra prioritet* skulle sådana insatser ges som om de inte verkställs får katastrofala eller mycket allvarliga konsekvenser på längre sikt, för enskilda, grupper eller för samhället som helhet.

*Tredje prioritet* skulle sådana insatser ges som har dokumenterad nytta, där konsekvenserna blir klart oönskade om de inte åtgärdas, men utan att vara så allvarliga som första och andra prioritet.

*Fjärde prioritet* skulle sådana efterfrågade insatser ges som antas ha effekt på hälsa eller livskvalitet, och där skadeverkningarna är klar mindre tungt vägande än insatser i högre prioritet.

*Noll-prioritet* skulle sådana insatser ges som varken är nödvändiga eller har klart dokumenterad nytta.

Prioriteringstankarna i Lønning I kom sedermera att användas i samband med en lagändring och en departementsföreskrift om väntetidsgaranti. Tanken var där att man skulle garantera patienter i prioriteringsgrupp I omedelbar vård och patienter i prioriteringsgrupp II vård inom sex månader.

### 2.5.3 Lönning II

1996 tillsatte den norska regeringen den andra prioriteringsutredningen. Året därpå publicerades rapporten Prioritering på ny (NOU 1997:18). Om Lönning I hade sin tyngdpunkt i prioriteringsprinciper mer på den politiska administrativa nivån fick den nya utredningen Lönning II till uppgift att utarbeta hjälpmedel för att lösa mer konkreta prioriteringssituationer i vården. Bland sina uppgifter hade också utredningen att ta ställning till och föreslå gränser för det offentliga uppdraget. Utgångspunkten var emellertid de tankar och principiella resonemang som förts fram i Lönning I.

De värderingar som enligt regeringens direktiv Lönning II särskilt skulle ta hänsyn till vid prioriteringar var

- sjukdomens allvarlighetsgrad
- behandlingens nytta
- patienternas likabehandling, oavsett geografiska, sociala, åldersmässiga, etniska och andra skillnader.

I "Prioritering på ny" konstaterades att på det hela taget hade den första prioriteringsutredningen haft mindre effekt än önskat. Man menade att den största effekten förmodligen var på den offentliga debatten. Genom den diskuterade modellen i Lönning I hade det skapats förståelse för att prioriteringar är nödvändiga och att patienter också måste sorteras. Lönning II - kommittén uttalade stark kritik mot den väntetidsgaranti som blev resultatet av den första utredningen. Denna var inte i samklang med de nationella prioriteringarna. Den hade inte säkrat lika tillgång till behandling, inte heller hade den givit tillräcklig information om huruvida utbudet var rättvist fördelat. Den hade snarare bidragit till att avståndet mellan de grupper om den första utredningen ansåg borde lyftas fram och annan sjukvård hade ökat.

I Lönning II föreslogs fyra prioriteringsnivåer:

- I. Grundläggande hälso- och sjukvård
- II. Kompletterande hälso- och sjukvård
- III. Lågt prioriterad hälso- och sjukvård som det kan vara rimligt att den offentliga vården tillhandahåller, och som kan finnas tillgänglig mot full egenbetalning eller egenbetalning graderad efter medicinska behov.
- IV. Hälso- och sjukvård som inte hör hemma inom den offentligt finansierade vården.

Insatser i dessa grupper skulle bedömas utifrån tre kriterier:

- tillståndets grad av allvar
- insatsens nytta
- insatsens kostnadseffektivitet.

Utredningen tänkte sig en trestegsprocess för prioriteringsarbetet. Som ett första steg skulle expertgrupper utifrån de principer som nämnts ovan föreslå en prioriteringsordning inom sina respektive områden. De skulle klassificera och sortera tillstånd och insatser i grupper för sitt specialistområde. I ett andra steg skulle politiker och administrativa beslutsfattare fatta beslut om resurser och kapacitet för de olika grupperna på grundval av tillgänglig information, analys, specialisterna rekommendationer samt hälsopolitiska mål. I ett tredje steg skulle specialistgrupperna formulera kliniska riktlinjer för val av patienter för behandling.

## **2.6 Prioriteringar i den nya statliga sjukhusorganisationen**

I skrivningar och beslut om det statliga övertagandet av sjukhusen finns, förutom övergripande mål för hälso- och sjukvården, även angivet principer för prioritering (Social- och helsedepartementet 2000). Dessa har sitt ursprung i de två prioriteringsutredningarna. Också i lagstiftningen om patienträttigheter har som tidigare nämnts prioriteringsprinciper slagits fast. De i Lönning II fastlagda fyra prioriteringsnivåerna – grundläggande, kompletterande, lågt prioriterade insatser och insatser som ligger utanför det offentliga åtagandet har behållits för hälsoföretagens arbete. Dessa ska vidare följa de generella principerna för prioritering:

- Det ska ges prioritet efter sjukdomens allvarlighetsgrad
- Prioritering ska ske i förhållande till nyttan av den aktuella åtgärden
- Prioriteringen ska ta hänsyn till kostnadseffektiviteten hos åtgärden.

Dessa tre huvudkriterier, som för övrigt inte är rangordnade, förutsätts ligga till grund för beslut på alla organisatoriska nivåer.

Uppgiften för i första hand hälsoföretagen blir att säkra befolkningens lika tillgång till de grundläggande insatserna. Insatser med liten eller osäker hälsovinst eller hög kostnad ska ges lägre prioritet. Man pekar på att den faktiska prioriteringen sker på tre nivåer:

- Klinisk nivå som i hög grad blir läkarens uppgift
- Strategisk nivå på företagsnivå som huvudsakligen handlar om prioritering av patientgrupper
- Politisk nivå där staten som ägare har ett ansvar för fördelning av resurser, utveckling av särskilda funktioner och insatser till definierade patientgrupper.

Man betonar vikten av att problemställningar kopplade till prioritering och konflikter görs tillgängliga för en öppen offentlig debatt.

En allmän acceptans för prioriteringar av hälso- och sjukvård är en nödvändig förutsättning för att kunna fördela resurser mellan olika hälsotjänster. Brukarinflytandet ska underlättas genom de brukarkommittéer som bildats och vars uppgifter är att vara samarbetsorgan mellan hälsoföretag och brukarorganisationer med en rådgivande och återkopplande funktion.

Ett återkommande krav i dokumenten kring det statliga övertagandet av specialistsjukvården är kravet på samverkan och effektivt resursutnyttjande. Inte minst fokuseras på väntetider. I de regionala hälsoföretagens uppdragsbeskrivningar ingår vidare krav på de ska kunna redovisa vårdkvalitet.

### **2.6.1 Nationellt råd för prioriteringar inom hälso- och sjukvård**

Som en uppföljning av Lönning I och II och som en del av det norska stortingets beslut om förstatligandet av sjukhuset år 2000 tillkom Nationellt råd för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Då Social- og helsedirektoratet tillskapades i januari 2002 fick detta ansvaret för rådets sekretariatsfunktion.

Rådets uppgifter som reviderats 2004 är följande:

- Rådet ska på uppdrag av Helsedepartementet eller på eget initiativ ge råd om prioriteringar inom hälso- och sjukvården ansvars- och intresseområde.
- Rådet ska ge råd om var gränserna för det offentliga ansvaret bör finnas för att erbjuda hälso- och sjukvård och om prioritering av patientgrupper och uppgifter inom detta ansvarområde. Uppgiften omfattar både nya och etablerade behandlingsformer och tjänster.
- Rådet ska bidra till att det skapas en förståelse i samhället för frågor som gäller prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- Rådet ska beakta de etiska, professionella och resursmässiga hänsyn i prioriteringsarbetet.
- Rådet kan uttala sig i frågor om rättvis fördelning av resurserna i hälso- och sjukvården och i frågor som rör lika tillgänglighet till vård.
- Rådet ska inte uttala sig i om prioriteringar av enskilda patienter
- Rådet ska så långt som möjligt låta befolkningen få insyn i rådets beslutsunderlag och kunna påverka detta. Rådets uttalanden är offentliga om inte annat följer av tystnadsplikt enligt lag.

Under 2003 har rådet bland annat diskuterat finansieringen av sjukvården som ett styrmedel för prioriteringar, inte minst hur egenavgifternas storlek sammanhänger med prioriteringar. Ett annat område har varit utvecklingen av de psykiska problemen hos barn och ungdomar. Ett möte tillsammans med de fem regionala hälsoföretagen ägnades frågan om hur prioriteringar har fått/kan få genomslag i den statliga specialistsjukvården (Årsmelding 2003).



Under år 2004 har Prioriteringsrådet diskuterat i vad mån patientavgifter inom hälso- och sjukvården kan underbygga politiska prioriteringsmålsättningar och har kommit till slutsatsen att sådana bör användas som prioriteringsverktyg. Beträffande samarbetet mellan den kommunala hälso- och sjukvården och specialistsjukvården anser rådet att kostnadseffektivitet en bör vara avgörande för var vården ska ges och att onödiga överföringar av patienter mellan de olika nivåerna bör begränsas. Å andra sidan bör betydligt mer kraft ägnas sammanhängande behandlingskedjor, där sådana är till patientens bästa. Rådet diskuterar också om ålder ska påverka prioriteringsbesluten, både vad gäller sjuka barn och sjuka äldre.

### **2.6.2 Praktiska försök**

Trots en långvarig teoretisk diskussion med två offentliga utredningar som bas har det praktiska arbetet med prioriteringar inte nått särskilt långt i Norge. Inom ramen för den nya prioriteringsordningen och med Prioriteringsrådet som uppdragsgivare pågår nu ett antal projekt. Vid slutet av 1990-talet startade Statens helsetilsyn i samarbete med nio specialistföreningar inom den norska läkarföreningen ett arbete för att arbeta fram underlag för kliniska prioriteringsbeslut. Detta arbete vidareutvecklas nu i samarbete med Sosial- og helsedirektoratet mot bakgrund av att patienträttighetslagen kräver att det sätts individuella behandlingsfrister. På verksamhetsnivå/hälsoföretagsnivå har man lagt fram strategiska planer för att klara prioriteringarna. Ett exempel är hälsoföretaget Helse Sør RHF där man antagit en strategiplan "Recept 2006". Förslag till en 4-årig omvandlingsplan" som ger överordnad prioritet till områdena omvårdnad inom cancerområdet, psykiatri, äldre och kroniker. Ytterligare ett exempel är ett projekt i Helse Vest. Detta syftar till att förstärka tillgången till väl dokumenterad vård till alla patienter med allvarlig sjukdom och att säkra en konsistent tvärfacklig användning av prioriteringsföreskriften. Projektet bygger på ett antal steg, de första är registrering av patientdata och bildandet av ett antal professionella grupper. Dessa ska lista vilka patientgrupper som ska tilldelas rätt till nödvändig sjukvård, definiera grupperna patienterna utifrån diagnos eller aktuell behandling samt definiera en längsta acceptabel väntetid för behandling. Tanken med projektet är att dessa listor därefter ska tillämpas inom hela det regionala hälsoföretaget.

## **2.7 Lønning I och II och sedan...**

Norge var tidigt ute med en diskussion om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Redan år 1987 avlämnade den norska regeringen en offentlig utredning (NOU 1987:23) i ämnet (Lønning I). Tio år senare återkom regeringen med ytterligare förslag och tankar i NOU 1997:18 (Lønning II). Har då något hänt i praktiken?

Har dessa två principiellt viktiga dokument haft genomslag i den norska hälso- och sjukvården? Görs prioriteringar numera på ett mer öppet och medvetet sätt i Norge?

Liksom i alla västländer har den norska hälso- och sjukvårdssektorn haft kostnadsproblem. I synnerhet under 1990-talet tycks kostnaderna ha vuxit i en snabbare takt än vad tillgängliga resurser har tillåtit. De medicinska möjligheterna och människors efterfrågan på vård har överstigit vad samhället ansett vara möjligt att bekosta. Trots detta har en öppen prioritering i enlighet med Lönning-utredningarna ännu inte på allvar aktualiserats. Genomgången av den norska hälso- och sjukvården ger inget stöd för att dessa tankar fått något betydande genomslag i vården. I Norge har man istället försökt lösa problemen med ekonomiska obalanser och orättvisor med en omfattande strukturförändring som främst inneburit att staten tagit ett än fastare grepp om den specialiserade sjukhusvården.

Viss inverkan har prioriteringsutredningarna (Lönning I och II) givetvis haft. På det politiska planet har förebyggande arbete, psykiatri och missbruksvård varit särskilt högt prioriterade områden. Inom lagstiftningen har prioriteringsutredningarna följts upp bland annat med prioriteringsföreskrifter som bygger på kriterierna i Lönning II-utredningen. Dessa omfattar emellertid endast specialistsjukvården. På det organisatoriska planet har det skett stora förändringar genom förordningen om fast läkarkontakt i den kommunala sjukvården (fastlegeordningen), förstatligandet av sjukhusen med omfattande ändringar i arbets- och uppdragsfördelning och ändringar i den statliga förvaltningen som följd.

I de dokument som ligger till grund för förändringarna finns klara viljeyttringar om att de principer och diskussioner om öppna prioriteringar som finns både i Lönning I och Lönning II ska genomsyra vården framöver. Särskilt omfattande konkret och praktiskt prioriteringsarbete tycks emellertid inte pågå inom ramen för det nya statliga huvudmannskapet. Inte heller inom andra hälso- och sjukvårdssektorer tycks aktiviteterna vara särskilt omfattande. Å andra sidan måste sägas att den norska hälso- och sjukvården enligt ny modell fortfarande är i sin linda. Effekterna av de principer för prioriteringar som finns i förarbeten, stortingsbeslut och andra riktlinjer för vård och omsorg måste ges en tid innan de blir praktiskt genomförda.

Huruvida det omfattande och internationellt erkända arbetet som bedrivits i Norge om grundläggande principer och tänkbara praktiska lösningar för prioritering inom hälso- och sjukvården kommer att få genomslag i det egna landet återstår alltså att se.

## REFERENSER

Helse- og omsorgsdepartementet. 2000. Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp.

Helsedepartementet. 2003. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. NOU 2003:1.

Helsedepartementet. 2003. Resept for et sunnere Norge. St. meld. nr. 16 (2002-2003).

Helsedepartementet. 2003. Innlegg fra Helseministeren på første møte i nytt nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesendet.

Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. St. meld. nr. 28 (1999 – 2000), kap. 5 Utviklingstrekk og utfordringer. 2000.

Lov om helseforetak m.m. 2001. Ot.prp. nr. 66 (2000 – 2001).

Lov om helsetjenesten i kommunene. 2003.

Landstingsvärlden nr 4/2003. Norge och sjukhusreformen.

Landstingsvärlden nr 6-7/2003. Nya arbetsuppgifter för Norges fylkeskommuner.

Nasjonalt råd for prioriteringar i helsevesenet. 2002, 2003. Årsmelding år 2002 och 2003

Ole Frithiof Norheim, vice ordförande i Nasjonalt råd för prioriteringar i helsevesendet. 2004. Muntlig presentation av projektet Rättvis prioritering mellan patientgrupper i Helse Vest. Linköping

Om verdier for den norske helsetenesta. 2000. St. meld. nr. 26 (1999 – 2000), kap. 8 Prioritering i helsetenesta.

Piller, prioritering og politikk (NOU 1997:7), kap.5 Principper for prioritering i helsetjenesten og på legemiddeksområdet, 1997

Sosial- og helsedepartementet. 1997. Prioritering på ny. NOU 1997:18.

Sosial- og helsedirektoratet. 2003. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

Sosialdepartementet. 1987. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987:23.

Sosialdepartementet. 2003. Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenesten. St.meld. nr. 45 2002-2003.

Sosial- og helsedepartementet. 1999. Fastlegeordningen 1998-99. Ot. Prp nr. 99.

Sosial- og helsedepartementet. 2001. The Norwegian Hospital Reform – Central government assumes responsibility for hospitals – A brief instruction. Heter olika. Är det samma?

Sykehusreformen – noen eierperspektiv. Rapport från Sosial- og helsedepartementet 2001.

The World Factbook.

### ***Internetreferens***

[www.odin.dep.no](http://www.odin.dep.no)

### ***Samtal och korrespondens***

Otto Christian Rö, seniorrådgiver, Sosial- og helsedirektoratet

### **3. NYA ZEELAND –ETT TIDIGT FÖRSÖK ATT KONSULTERA MEDBORGARNA**

*Karin Lund, Per Carlsson, Malin Kernell-Tolf*

#### **3.1 Introduktion**

I början av 1990 talet fick Nya Zeeland stor internationell uppmärksamhet tack vare ett betydande reformprogram av sitt välfärdssystem. Bland förändringarna fanns en ambition att tydliggöra den offentliga hälso- och sjukvårdens åtagande. Grundtanken var att för att kunna garantera att alla fick tillgång till angelägen hälso- och sjukvård måste utbudet av subventionerade tjänster begränsas. En del i strategin som rönt stort intresse i omvärlden var myndigheternas ambitioner att konsultera befolkningen i prioriteringsfrågor och söka en bred förankring kring prioriteringar hos sjukvårdpersonalen.

##### **3.1.1 Allmänt om landet**

Nya Zeeland utgörs huvudsakligen av två öar och ligger sydost om Australien med 3,9 miljoner invånare. Den absoluta majoriteten, 85 procent, bor i städer och tätorter framförallt på den norra ön. Resten är vitt utspridda över glesa områden i landet. Landet präglas av en omfattande invandring från Europa. Under senare år har även en ökad invandring från Asien skett. Språk, kultur och samhällsskick är starkt influerat av Storbritannien. Här liksom i många andra länder lyfter man fram ursprungsbefolkningens särart och problem. Maorierna utgör en minoritet av befolkningen men växer relativt snabbt jämfört med andra grupper. Befolkningen utgörs idag av 72 procent européer, 14,5 procent Maori, 5 procent Pacific och 4,5 procent asiater. Mot minoriteterna, Maoris och Pacifics, riktas särskilda politiska åtgärder på flera områden, inte minst inom hälso- och sjukvården (Ministry of Health 2001).

Huvudinriktningen i den Nya Zeeländska ekonomin är jordbruk och tillverkningsindustri. Ekonomin är starkt beroende av handel med andra länder, där jordbruksprodukter haft en framträdande roll. Sedan cirka 15 år tillbaka har emellertid landet kraftigt förändrat sin ekonomiska struktur från en mer renodlad jordbruksekonomi, huvudsakligen beroende av den brittiska marknaden, till att bli en mer industriell, öppen marknad med global inriktning. Detta har inneburit en tillväxt i landet, samtidigt som påverkan av den globala ekonomiska nedgången har blivit mer märkbar. De sociala klyftorna har vidgats (CIA 2002).

Det politiska systemet i Nya Zeeland bygger på parlamentariska principer. I parlamentet sitter sju partier.

Sedan december 1999 styrs landet av en koalition av Labour och the Alliance Party, ett socialdemokratiskt vänsterparti. Nuvarande premiärminister, Helen Elisabeth Clark, kommer från Labour. Från Labour kommer också hälsoministern Annette King.

Liksom i de flesta västländer blir befolkningen i Nya Zeeland allt äldre. År 1998 var 12 procent över 65 år. Denna andel förväntas öka till 22 procent fram till år 2031. Trenden för barn och ungdom är den motsatta. Cirka 25 procent av befolkningen är under 15 år. Minskningen förväntas fortsätta till 18 procent år 2020 (Ministry of Health 2001).

### 3.1.2 Hälsförhållanden

Hälsa beskrivs här i termer av genomsnittlig levnadsålder, dödlighet och sjuklighet. Genomsnittlig levnadsålder är f n (2000) knappt 76 år för män och ungefär 81 år för kvinnor. Skillnaden mellan befolkningsgrupperna är påtaglig.

Tabell 1. Genomsnittlig levnadsålder för olika befolkningsgrupper, år 2000

	Män	Kvinnor
Icke-Maori (huvudsakligen européer)	75,3	80,6
Maori	67,2	71,6
Pacific	69,8	75,6

Dödligheten i alla åldrar har minskat påtagligt under den senaste 50-årsperioden och befolkningen lever allt längre - 76 procent är över 65 år och 54 procent är över 75 år. Detta är också en följd av att spädbarnsdödligheten successivt har sjunkit under de senare decennierna från 27 (1960) till 5,7 per 1000 födslar vid slutet av 1990-talet. De vanligaste dödsfallsorsakerna är i likhet med Europa hjärt-kärlsjukdomar och cancer. År 1996 utgjorde dessa nästan 83 procent av alla dödsfall, en siffra som hållit sig stabil sedan mitten av 1980-talet.

Sjukligheten, definierad som diagnoser vid sjukhusbesök, domineras av de kroniska sjukdomarna. Dessa utgjorde 45,3 procent av alla diagnoser. Hjärt-kärlsjukdomarna, mag-tarmsjukdomar och cancer dominerar. Därefter kommer olyckor och skador med 19,2 procent (Ministry of Health 2001).

## 3.2 Hälsa- och sjukvårdssystemet

### 3.2.1 Politiska och administrativa strukturer/beslutsnivåer

Styrningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården i Nya Zeeland är jämfört med Sverige starkt centraliserad. Hälsoministern och hälsodepartementet har både det formella och det reella ansvaret för såväl finansiering som utförande av sjukhusvård, primärvård, äldreomsorg och handikappomsorg.

Hälso- och sjukvårdssystemet i Nya Zeeland har genomgått flera organisatoriska förändringar under det senaste decenniet. Vid den senaste större förändringen år 2001 frångick man den styrmodell som introducerades 1993 och som utgjordes av fyra regionala hälsomyndigheter med uppgift att upphandla vård både i primärvården och i sjukhusvården. Dessa hade emellertid inget ansvar för befolkningsinriktade hälsofrämjande insatser. Denna ”försäkringsmodell” som präglades från det tidiga 1990-talets marknadstänkande har under senare år ersatts med nya styrformer. År 2001 genomfördes en omfattande förändring av styrsystemet. Man inrättade då 21 District Health Boards (DHB) med ett uttalat befolkningsansvar. DHB:s har i likhet med svenska landsting ansvar både för upphandling av öppen vård, från i huvudsak privata vårdgivare, och utförande av sjukhusvård. De svarar också för viss rehabiliteringsverksamhet (Muntlig information, Ministry of Health 2002).

I befolkningsansvaret ingår att upprätta en strategisk plan för sina respektive områden med utgångspunkt från hälsoministeriets övergripande prioriteringar. Dessa framgår bland annat i The New Zealand Health Strategy som är den politiska grundvalen för det nya arbetssättet från år 2001. Där anges ett antal övergripande mål för hälso- och sjukvårdssektorns inriktning på några års sikt. Målen handlar bl a om att minska rökning och skador orsakade av alkohol och andra droger, förbättra näringsintaget och minska övervikt och fetma, minska cancersjukdomarna och cancerpåverkan, minska hjärt-kärlsjukdomarna och de faktorer som ligger bakom sjukdomarna osv (Ministry of Health 2000).

I New Zealand Public Health and Disability Act från år 2000 framgår den nya organisationen för hälso- och sjukvårdssektorn. Där kan man läsa att hälsoministern har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemet. Till sin hjälp har hon ett hälsodepartement. Hälsodepartementet utgör en länk mellan ministern och de 21 DHB:s (och andra organisationer). Inledningsvis har hälsodepartementet också ansvaret för den övergripande prioriteringen och den ekonomiska tilldelningen till den offentliga vården, men långsiktigt är tanken att respektive DHB ska vara det organ som ansvarar för huvuddelen av medelsfördelningen.

De ekonomiska resurserna fördelas till DHB enligt en behovsfördelningsmodell som bl a tar hänsyn till befolkningsantal, befolkningssammansättning (andel Maori och Pacific, människor med funktionshinder, socioekonomiskt eftersatta grupper), geografisk belägenhet (glesbygd/tätort), sjukdomsbild hos befolkningen (Ministry of Health 2002).

Vidare framgår att DHB:s styrelser är ansvariga inför hälsoministern. Majoriteten av ledamöterna - sju stycken - väljs lokalt. En mindre andel - upp till fyra ledamöter - utses av hälsoministern. I varje DHB ska Maoris finnas representerade. Tjänster kan köpas av DHB från olika producenter - offentliga sjukhus, icke vinstdrivande sjukvårdsenheter och privata organisationer. För akutsjukhusen har DHB:s ett mer direkt ansvar, medan distriktsläkare (GP:s) och barnmorskor som är privata kontrakteras av DHB. Sjukhem (rest Homes) m m för äldre styrs fortfarande direkt från ministeriet även om avsikten är att DHB:s på sikt ska ta över ansvaret.

Som tidigare nämnts utgör The New Zealand Health Strategy den politiska basen för hälso- och sjukvården från år 2001. Utifrån denna strategi tar sedan hälsoministern fram ett årligt mer fokuserat uppdrag till de 21 DHB:s, genom ett antal dokument i ett årligt planeringspaket (Planning Package). Detta är en relativt detaljerad styrning från departementet rörande inom vilka ramar och med vilka DHB:s ska arbeta, vilken typ av service som ska utföras av DHB:s samt hur och med vilka mått DHB:s resultat ska mätas. Inom områden som varit föremål för politiska ingripanden t ex onkologi förekommer det att enskilda läkemedel finns specificerade. Detta är ett exempel på en detaljerad centralstyrning som också inbegriper den politiska nivån.

Ministern avger årligen ett s k Letter of expectations. I detta anges dels de värderingar och principer som under året bör styra arbetet, dels med vilka arbetsmetoder man bör arbeta. År 2002/3 skulle följande verksamheter prioriteras: diabetes, Maoris hälsostatus, ojämlikheter i hälsa, psykiatri, handikappomsorgen, primärvård samt kötider till sjukhusens medicin-, kirurgi- och strålverksamheter (Ministry of Health 2002).

Ett arbete med att skapa en bättre fungerande primärvård har inletts i samband med att den nya hälso- och sjukvårdsorganisationen sjösattes år 2000. Primärvården är i huvudsak uppbyggd av privata General Practitioners (GP:s) som arbetar antingen på kontrakt med delvis offentlig finansiering eller helt privat. Som kontraktsanknuten läkare erhålls en viss ersättning från staten för personer med inkomster understigande drygt 120 000 kronor. Genom att försöka få grupper av General Practitioners (GP:s) att aktivt samverka i större enheter samtidigt som också andra yrkesgrupper integreras ska primärvården fås att fungera bättre.



Avsikten är att medborgarna på sikt ska tillhöra en primärvårdsenhet och att denna ska ha till uppgift att förbättra hälsoläget samt utjämna hälsoskillnader i befolkningen inom sitt område. Genom att förstärka primärvården på detta sätt hoppas man att samtidigt kunna minska trycket på sjukhusvården. Ett antal primärvårdsenheter som arbetar enligt de nya tankarna har startat i socioekonomiskt och hälsomässigt eftersatta områden (Ministry of Health 2001 och 2002).

### **3.2.2 Finansiering**

Hälso- och sjukvårdssektorn utgör cirka 8,4 procent av Nya Zeelands BNP, varav 6,5 procent är offentlig vård. Hälso- och sjukvårdssystemet i Nya Zeeland är sålunda huvudsakligen skattefinansierat. 78 procent av hälsosektorn (inklusive handikappstöd) finansierades offentligt (1998/99). Cirka 16 procent av regeringens totala budget används till hälso- och sjukvården samt till handikappstöd. Förutom skatter som finansiering finns ytterligare två finansieringskällor, dels privata försäkringar (6 procent av hälsosektorn) och dels direktbetalning - out-of-pocket payment (16 procent av hälsosektorn) (Ministry of Health 2001).

All sjukhusvård är gratis, däremot är besök i primärvården (GP:s) avgiftsbelagd förutom för dem med de allra lägsta inkomsterna. I slutet av 1990-talet hade cirka 37 procent av befolkningen någon form av privat sjukvårdsförsäkring för att täcka avgifterna för privat vård.

### **3.2.3 Produktion och vårdutnyttjande**

Trots att hälso- och sjukvården i Nya Zeeland huvudsakligen är offentligt finansierad utförs produktionen i hög grad i privat regi. Nästan 60 procent av all vård utförs privat. General practitioners (GP:s), barnmorskor och andra yrkesgrupper i primärvården är privata liksom "rest-homes" och vissa sjukhus, men ersätts i hög grad av offentliga medel (Ministry of Health 2001).

Sjukhusvården är uppbyggd både av offentligt och privat ägda sjukhus. Cirka 90 stora specialistsjukhus och 66 mindre sjukhus med mer begränsad service är offentligt ägda. Drygt 350 är privata. De mindre offentliga och de privata sjukhusen tillgodoser ungefär samma behov; den elektiva vården, viss förlossningsvård, konvalescens och rehabilitering samt äldrevård.

Sjukhusvården har vuxit under senare år. Antalet dagvårdspatienter har blivit 120 procent fler under 1990-talet och antalet inläggande patienter har blivit 37 procent fler. Däremot har vårdtiderna minskat från 6,5 dagar 1991/92 till 3,1 dagar 1999/2000.

Av tradition besöker befolkningen i Nya Zeeland i första hand en allmänpraktiserande läkare vid sjukdom.

En studie gjord 1996/97 visade att GP:s är den yrkesgrupp som utnyttjas mest inom sektorn. Fyra av fem invånare hade besökt GP åtminstone en gång under det senaste året (Ministry of Health 2001).

Genom The New Zealand Health Strategy försöker politikerna att öka de preventiva insatserna. Där anges som tidigare nämnts 13 befolkningsinriktade hälsomål som ministern särskilt lyfter fram i det brev (letter of expectations) som sänts ut till alla DHB:s. Det är emellertid oklart om denna typ av politiska intentioner kommer att få genomslag i praktiken (Ministry of Health 2002).

Nya Zeeland skiljer sig från flertalet västländer genom att kostnaderna för läkemedel ökat måttligt under 1990-talet. En förklaring kan vara en tydlig styrning från regeringens sida av läkemedelsanvändningen. Det sker genom Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC) som startades 1993. Årskiftet 2000/2001 fick PHARMAC ett något förändrat uppdrag. Dess övergripande uppgift är nu att tillförsäkra att människor som behöver läkemedel ska få del av dessa inom ramen för de ekonomiska medel som finns tillgängliga. PHARMAC har dessutom ansvaret att rekommendera vilka läkemedel som ska tillföras läkemedelsförteckningen (New Zealand Pharmaceutical Schedule). PHARMAC är direkt underställt hälsoministern (se vidare i avsnitt 5.3) (Pharmaceutical Management Agency 2003).

Äldreomsorgen i Nya Zeeland är en del av landets allmänna hälso- och sjukvårdssystem. Utformning och finansiering sker direkt från hälsodepartementet, även om avsikten är att under kommande år ge DHB:s uppdraget att på samma sätt som för övrig hälso- och sjukvård fördela medel och kontraktera olika aktörer inom verksamheten.

I april år 2002 lämnade socialministern en rapport "Health of Older People Strategy – Health Sector Action to 2010 to support Positive Ageing". Denna tar ett mer långsiktigt grepp om vård och omsorg av äldre, definierade som 65 år och äldre. Genom strategin som ska vara genomförd i sin helhet år 2010 uttrycks dels att äldre själva ska ges ett större inflytande över sin tillvaro och sina val, dels att vård och omsorg i högre grad ska vara bostadsbaserad. För detta krävs ett annat samarbete mellan olika aktörer – sjukvård (inklusive psykiatri, demensvård, handikapptjänster), primärvård, lokalsamhället, privata och frivilliga organisationer och anhöriga (Ministry of Health 2001).

### **3.3 Verksamhet och resurser**

#### **3.3.1 Personal**

Vid en internationell jämförelse anses den Nya Zeeländska arbetskraften välutbildad och kunnig. Liksom i andra västländer finns dock brist på personal, i synnerhet inom sådana specialiteter där det också internationellt finns en brist. Senast har detta visat sig i svårigheter att få tag i psykiatriker och medicinsk röntgenpersonal. Kortsiktigt försöker man lösa bristen genom att ta in personal från andra länder.

Sett under en tjugoårsperiod har antalet anställda vuxit. Det finns nu 9 sjuksköterskor på 1000 personer, jämfört med 6,2 år 1980. Detsamma gäller för läkarna. År 2000 fanns 226 aktiva läkare per 1000 personer jämfört med 156 år 1980. Under 1990-talet har särskilda åtgärder vidtagits i syfte att öka antalet utbildade. Kraftansträngningar har också gjorts för att utbilda Maoris och Pacifics i syfte att därigenom bättre kunna förmedla vård och hjälp till dessa grupper. Genom att arbeta med principen ”By Maoris for Maoris” och på samma sätt gentemot Pacifics har man sökt uppmuntra dessa folkgrupper att genomgå vårdutbildningar för att kunna arbeta med särskilt inriktad hälso- och sjukvård.

#### **3.3.2 Kostnader, kostnadsutveckling**

Som tidigare nämnts steg såväl sjukvårdskostnaden som andel av BNP som de faktiska kostnaderna under senare delen av 1990-talet. I The New Zealand Health Strategy sägs att den positiva utveckling som man sett under många år i Nya Zeeland blev avbruten, ”hampered”, genom ett marknadsinriktat fokus i början av decenniet och detta ledde till att Nya Zeeland halkade efter i utvecklingen jämfört med andra OECD-länder. Detta drabbade särskilt minoritetsgrupperna Maoris och Pacifics. År 2002 befann sig Nya Zeeland ungefär i mitten på OECD:s skala vad gäller hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP, tillsammans med länder som Sverige, Spanien och Frankrike. Andelen förväntas växa ytterligare under kommande år, inte minst mot bakgrund av den alltmer åldrande befolkningen och budgettillskott. Regeringen presenterade år 2002 en expansion för hälso- och sjukvården som innebär ökning av utgifterna från 6,4 procent av BNP till 6,8 procent av BNP under en treårsperiod, vilket förväntades innebära att statens utgifter under samma skulle komma att öka med 21 procent (Social Ministry 2001).

### **3.4 Patientens/allmänhetens Rättigheter**

#### **3.4.1 Lagstiftning**

Det finns en tradition i Nya Zeeland som innebär att medborgarna aktivt deltar i den allmänna debatten om samhällsförändringar. Detta har sin bakgrund dels i att landet på grund av kolonisationen inledningsvis byggdes upp lokalt genom nära samverkan mellan beslutsfattarna och befolkningen och dels genom att landet fortfarande har en förhållandevis liten befolkning. Denna typ av "public consultations" finns nu förankrat på ett flertal områden inom lagstiftningen.

Också inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns en skyldighet inskriven för samhällsorganen att rådfråga medborgarna innan beslut tas. När The Core Services Committeé (se nedan under avsnittet Öppna Prioriteringar) startade sitt prioriteringsarbete i början av 1990-talet ålades denna i dåvarande lag, the Health and Disability Services Act 1993, att samråda bl a med representanter för samhällsmedborgarna om förslaget innan dessa lämnades till hälsoministern.

Nuvarande lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet, the New Zealand Public Health and Disability Act 2000, innehåller en liknande bestämmelse. Så snart som rimligen kan ske efter att större förändringar föreslås av inriktning eller i strategisk planering, vårdproduktion eller finansiering som fastställts i föregående års budget/plan är en DHB skyldig att rådgöra med sin befolkning inom upptagningsområdet om den föreslagna förändringen (Counties Manakau Health Plan 2002).

Detta samråd sker i olika former, i fokusgrupper, i öppna möten dit allmänheten inbjuds eller i form av utskick till alla berörda med möjlighet att avge synpunkter innan beslutet fattas. I praktiken verkar intresset från allmänheten att medverka vara relativt svalt. Den här typen av möten tycks domineras av personer som företräder olika intressegrupper.

#### **3.4.2 Patientens rättigheter**

I The Code of Health and Disability Services Consumers' Rights framgår vilka skyldigheter som sjukvårds- och omsorgsansvariga har gentemot patienterna och vilka rättigheter dessa har att få sin sak prövad om man inte är nöjd. I tio punkter anges patienträttigheterna, bl a att som patient bli behandlad med respekt och utan diskriminering, att vården ska ge kunnig och professionell hjälp som motsvarar patientens behov, att relevant information om hälsotillstånd och behandlingsmöjligheter ska ges på begripligt sätt och om så önskas i skriftlig form, att vården om möjligt ska bygga på informerat samtycke eller i de fall detta inte är möjligt ska ges i enlighet med behov och i den enskildes intresse, att man har rätt att ta med sig en person som stöd.

Om man som patient inte anser att bestämmelserna är uppfyllda kan man vända sig till the Health and Disability Commissioner eller få juridisk hjälp att klaga. Klagomålen kan därefter prövas antingen mot the Privacy Act eller the Human Rights Act.

### **3.5 Öppna prioriteringar**

#### **3.5.1 Bakgrund**

Nya Zeeland var ett av de länder som tidigt öppet började diskutera prioriteringar inom hälso- och sjukvården. För att bättre förstå dagens situation finns det anledning gå tillbaka till början av 1990-talet då frågan om öppna prioriteringar kom upp på allvar på den politiska dagordningen. Bakgrundsavsnittet baseras huvudsakligen på Spri-skriften "Prioriteringsarbete inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder, 1995".

År 1992 tillsatte den dåvarande regeringen "the National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services", allmänt förkortat The Core Services Committee. Kommitténs arbete var ett led i regeringens försök att hejda de ökande sjukvårdskostnaderna och samtidigt garantera god tillgång till adekvat vård. Kommitténs syfte och uppgift var att årligen definiera den kärna (core) av hälso- och sjukvård som skulle ingå i den allmänt finansierade hälso- och sjukvården. Tanken var att denna definition skulle bygga på ett brett samråd med beställare (de regionala hälsomyndigheterna), professionella grupper och med allmänheten. Kommittén tog avstånd från att definiera kärnverksamheten genom att upprätta en lista över vad som skulle ingå i den allmänt finansierade vården och vad som skulle ligga utanför.

Den lade istället fast fyra kriterier som den allmänt finansierade vården skulle bygga på:

- Effectiveness - nyttan av en åtgärd (gör den mer nytta än skada?)
- Cost/Value-for-money – tillräcklig kostnadseffektivitet (är åtgärden effektiv för att rättfärdiga kostnaden, särskilt om det finns ett lika effektivt men billigare alternativ?)
- Equity - rättvis tillgång till och användning av resurser (är detta det bästa sättet att använda resurserna eller skulle de användas av någon annan eller vid en annan tidpunkt?)
- Acceptability - överensstämmelse med allmänhetens/samhällets värderingar (är dessa de åtgärder som samhället värderar högst?)

Kommittén använde sig av flera olika arbetssätt:

- Inventering av och beskrivning av en rad medicinska åtgärder som uppfattades som bassjukvård/kärnverksamhet.
- Information till invånarna om varför prioriteringsarbete är nödvändigt.
- Seminarier med specialister för att finna de mest effektiva medicinska åtgärderna inom olika områden.
- Samråd med allmänheten.
- Diskussion med befolkningen om etiska problem i samband med resursfördelning/prioriteringar.
- Allmänna möten om vilka sociala faktorerers betydelse som särskilt skulle beaktas vid prioriteringar.
- Konferenser och hearings med läkare om vård på nationella och regionala nivåer.
- Prioriteringskriterier för elektiv kirurgi.

Kommittén definierade prioriteringskriterier för allmän finansiering för några medicinska grupper, såsom hormonbehandling med östrogen och behandling av högt blodtryck. The Core Services Committées arbetssätt – att förändra gradvis – kritiserades dock tidigt från olika håll. Inte minst de regionala hälsomyndigheterna efterfrågade en lista på vilka behandlingar som kunde uteslutas ur den offentliga finansieringen, vårdprofessionen efterlyste tydligare besked om vad som skulle vara allmänt finansierat och önskade mer debatt om olika behandlingars nytta, massmedia efterfrågade var kärnverksamheten tog vägen.

### **3.5.2 Öppna prioriteringar 2002**

Var står man idag? De erfarenheter som redovisas i det följande bygger huvudsakligen på information som inhämtats under besök i Nya Zeeland i november 2002. Som framgår ovan så har styrningen av hälso- och sjukvården i Nya Zeeland varit föremål för betydande förändringar. Delvis är dessa resultat av maktskifte med en ny regering år 1999. Man kan förmoda att uppdraget för the The Core Services Committeé var svårt att realisera med den strategi som man valde, den rationella strategin som innebar att all verksamhet skulle bli föremål för utvärdering. Endast vård som visat sig vara acceptabel, d v s i överensstämmelse med allmänhetens värderingar samt kostnadseffektiv skulle tillåtas och då fördelas rättvist.

Under andra hälften av 1990-talet förbättrades successivt ekonomin i Nya Zeeland. Mer pengar fördelades till vårdsektorn. Den nuvarande labourregeringen har fortsatt att ekonomiskt förstärka hälso- och sjukvården. Debatten om behovet av prioriteringar har falnat under senare år och delvis fått en annan inriktning.

Mycket av det som tidigare diskuterades och lades fast i form av riktlinjer har nu dessutom accepterats som en del av den ordinarie verksamheten. Den nya organisationen av hälso- och sjukvården med regionala styrelser har vidare givit ett mycket mer lokalt engagemang med fler beslut på DHB-nivå. Detta har inneburit att prioriteringsdiskussionen nu spridits ut över hela sjukvårdssektorn. Avsikten är att DHB:s tillsammans med den lokala befolkningen ska komma fram till vilka tjänster och uppgifter som är viktiga och som bör prioriteras, dock inom vissa centralt givna ramar.

### **3.5.3 The National Health Committée**

Som tidigare nämnts redovisas regeringens övergripande prioriteringar i The New Health Strategy. Dessa ska huvudsakligen vara ett stöd för de regionala organen DHB:s i deras arbete. Därutöver finns ett antal centrala rådgivande kommittéer till hälsoministerns stöd, där National Health Committee (NHC) är den som fungerar som ett oberoende rådgivande organ i mer allmänna hälso- och sjukvårdsfrågor och i frågor hur de offentliga resurserna bör prioriteras och vad som bör vara offentligt finansierat. NHC (tidigare The Core Services Committee) som inledningsvis under 1990-talet spelade en betydelsefull roll i prioriteringsarbetet har fått en mer underordnad roll och har numera en betydligt lägre offentlig profil. Detta är fortfarande ett auktoritativt nationellt organ som ger råd om medicinska program, men har inte längre den uttalade uppgiften att hålla debatten om prioriteringar levande. Det är en roll som delvis kan jämföras med SBU och Socialstyrelsen i Sverige, men med relativt små resurser till förfogande.

Kommittén bestämmer självständigt vilka områden som den ska arbeta med. Man har under det senaste året särskilt fördjupat sig i problematiken kring genetisk testning. Här arbetar kommittén med att identifiera kriterier som kan användas för att bestämma vilka genetiska test som ska finansieras inom den allmänna sjukvården och att klargöra vem som ska kunna erbjuda sådana och under vilka omständigheter. Kommittén har också givit rekommendationer om allmän screeningsverksamhet på områdena prostatacancer och tjocktarmscancer.

### **3.5.4 Bokningssystem för planerad vård**

I mitten av 1990-talet påbörjades ett arbete för att utveckla tydliga kriterier för prioritering inom den sjukhusanslutna planerade vården. Dessa kriterier bygger på de övergripande principerna för prioriteringar som redovisats tidigare. Utveckling av detta system för prioriteringar av patienter initierades av The Core Services Committee. Det täcker alla sjukhus och alla diagnoser inom den offentliga vården och arbete pågår att också integrera vissa av de privata sjukhusen i systemet.

Det bygger på principer som innebär att alla patienter som bedöms vara i behov av sjukhusbehandling ska erbjudas sådan inom ramen för den offentliga vården inom sex månader efter det att en specialistbedömning har gjorts, att man som patient ska vänta högst sex månader på att få en sådan bedömning och att lika tillgång till planerad sjukhusvård ska finnas över hela landet. Systemet bygger på ett remissförfarande från en GP, och att en systematisk prövning av vårdbehovet görs av specialist. Vårdbehovet avgörs med hjälp av de nationella prioriteringskriterierna för kliniska bedömning - the national clinical priority assessment criteria (CPAC) – utifrån fempoängskala (Derrett et al 2003).

### **3.5.5 Hälsodepartementets prioriteringsprojekt**

Till stöd för det mer lokala prioriteringsarbetet inom de olika DHB:s har hälsodepartementet tillsatt en projektgrupp med uppgift att utveckla verktyg för prioriteringarna.

Arbetet som fortfarande är i sin linda ska utmynna i

- att identifiera och rapportera om internationell metodik vad gäller prioriteringar både av ny och pågående verksamhet inom hälso- och sjukvården och handikappomsorgen,
- utveckla prioriteringsmetoder och -processer – både på kort och lång sikt – som kan tillämpas/införas inom alla delar av hälso- och sjukvårdssektorn,
- sprida erfarenheter mellan och vara DHB:s behjälpliga att införa prioriteringsmetoder och -processer,
- utveckla olika tekniker, såsom marginalbudgetering.

I oktober 2002 hölls en workshop inom projektet där de tidigare prioriteringskriterierna diskuterades. Där togs bl a frågan om kriteriet Acceptability - överensstämmelse med allmänhetens/samhällets värderingar skulle utgå och ersättas av Binding budget constrain - bindande krav att hålla budget - upp. I en ny mer decentraliserad organisation genom DHB:s blir det en mer naturligt uppgift att ha nära kontakter med allmänheten och att efterhöra vilka förändringar som kan accepteras, samtidigt som kravet att hålla sig inom centrala budgetramar blir allt viktigare med en decentraliserad beslutsorganisation.

### **3.5.6 Prioritering av läkemedel**

Stigande läkemedelskostnader uppfattas i många länder som ett problem. Det gäller framförallt bristande system för utgiftskontroll. Nya Zeeland skiljer sig från flertalet länder genom att utgifterna för läkemedel ökat betydligt mindre, närmare bestämt under 3 procent per år i genomsnitt sedan 1993. Detta kan jämföras med 14 procent i Australien och 10-12 procent i Sverige.



Både Nya Zeeland och Australien införde redan 1993 en ny rutin för subventionering av nya läkemedel där det ställdes krav på hälsoekonomiska underlag inför beslut. PHARMAC bildades för att bedöma nya läkemedel utifrån gällande prioriteringsprinciper. PHARMAC har dock ett större uppdrag än enbart att besluta om subventionering. Sedan 2001 upphandlar organisationen läkemedel för slutna vård på uppdrag av DHB:s. Vidare arbetar man med olika åtgärder som kan stödja förskrivare till en rationell läkemedelsanvändning. Här ingår informationsinsatser. För denna rapport är dock PHARMACs roll vid prioritering av nya läkemedel mest intressant att belysa. (Pharmaceutical Management Agency 2002)

Läkemedelsföretagen ansöker till PHARMAC om subvention. Beslut om subventionering fattas av PHARMAC:s sex styrelsemedlemmar efter beredning av Pharmacology and Therapeutics Committee (PTAC). Nya läkemedel granskas utifrån uppsatta kriterier bland annat med hänsyn till kostnadseffektivitet. ”New pharmaceuticals will continue to be evaluated using out pharmacoeconomic tools. Priorities for funding will be established based on projected cost –quality adjusted life years (QALY) ratio, with low ratio products having higher priority”. Andra kriterier är:

- Vårdbehov med hänsyn tagen till hela befolkningen
- Särskilda behov hos Maorier och Pacific
- Tillgång på redan existerade behandling
- Klinisk nytta och risk
- Budgeteffekt
- Utgifter för patienterna
- Regeringens övergripande prioriterade områden

Synpunkter från konsumentledet inhämtas genom att regelbundet konsultera en särskild Consumer Advisory Board. Regeringen beslutar om den budgetram för läkemedel som ska ligga till grund för PHARMAC:s agerande. Det finns en tydlig koppling mellan det ekonomiska utrymmet i budgeten och möjligheterna för PHARMAC att inkludera nya läkemedel eller vidga indikationerna för medel som redan är subventionerade med restriktioner. Kraftigare besparingar än väntat under 2000/2002 gav utrymme för en utökad användning för statiner och subventionering av beta-interferon vid behandling av MS. Detta indikerar att Nya Zeeland har en mer restriktiv politik när det gäller användning av läkemedel än t ex Sverige. ”In all decisions PHARMAC seeks to balance out the needs of patients for equitable access to healthcare with the needs of taxpayers for responsible management of the costs the ultimately the bear.”

Totalt sett är det ett fåtal ansökningar som avslås. Under 2002 var det 5 procent av ansökningarna som fick avslag. PHARMAC:s beslut är en rekommendation till hälsoministern som fattar det formella beslutet. Subventionerade läkemedel och eventuella villkor som är kopplade till beslutet listas i Pharmaceutical Schedule som uppdateras varje månad. Förutom att prioritera läkemedel åligger det PHARMAC att verka för en rationell läkemedelsanvändning. Detta sker genom en rad åtgärder. En landsomfattande kampanj som var inriktad på förskrivningen av antibiotika resulterade i tydliga praxisförändringar.

Sammanfattningsvis kan konstateras att Nya Zeeland varit progressivt när det gäller styrning av läkemedel. Detta har resulterat i en lägre utgiftsökning i förhållande till andra jämförbara länder. En bidragande orsak är en tydligare prioritering av läkemedel genom begränsningar i subventioneringen. Hur har detta varit möjligt trots kraftiga påtryckningar från industrin och allmänheten? Det är svårt att besvara detta men det finns några faktorer som tycks spela en roll. För det första har PHARMAC haft stöd från ansvariga politiker. Vidare har den medicinska professionen i allt väsentligt gett sitt stöd till verksamheten. En tredje komponent som blivit allt viktigare är att man arbetar med en stor öppenhet. Utvärderingsrapporter och beslutsmotiveringar görs tillgängliga för allmänheten via Internet.

### **3.5.7 Exempel på pågående prioriteringsarbete på lokal nivå**

Varje DHB har till uppgift att utifrån de tidigare nämnda centrala dokumenten från Hälsodepartementet och den skrivelse - Letter of Expectations - från hälsoministern utforma vården inom sitt område. Den sjukhusanslutna vården är som tidigare nämnts centralt styrd finansiellt och relativt detaljreglerad vad gäller innehåll och utförande, varför DHB:s handlingsutrymme vad gäller prioriteringar huvudsakligen rör de finansiella tillskott som tilldelas dem till öppen vård och primärvård – f n cirka 2 procent årligen.

Varje DHB utarbetar en plan för sitt arbete där lokalt prioriterade områden anges. Dessa kan vara olika för olika DHB:s, beroende på hur upptagningsområdet ser ut och hur befolkningen är sammansatt. Olika arbetsmetoder används för att arbeta fram planen. Ett exempel på lokalt prioriteringsarbete är den aktivitet som bedrivs vid en DHB utanför Wellington – Hutt Valley DHB. Där har man utifrån ett antal prioriteringskriterier poängsatt och vägt samman 48 förslag till ny/förstärkt finansiering av verksamheter. Kriterierna som använts är dels de fyra grundläggande och tidigare redovisade, dels kriteriernas överensstämmelse med New Zealand Health Strats samt betydelse för Maoris hälsoutveckling. En skala med fem nivåer användes inom varje prioriteringsprincip för att bedöma respektive förslags betydelse. Kriterierna värderades också sinsemellan och gavs varierande betydelse.

Detta prioriteringsarbete är i en tidig utvecklingsfas och det är inte möjligt att bedöma dess relevans för andra DBH.

### **3.6 Diskussion och sammanfattande slutsatser**

Nya Zeeland var tidigt ute med att diskutera prioriteringar inom hälso- och sjukvården på ett öppet och medvetet sätt. I samband med en genomgripande förändring av sjukvårdssystemet i början av 1990-talet påbörjade regeringen ett samtal om gränserna för det offentliga åtagandet och behovet av prioriteringar. Man valde metoder som involverade både professionerna och medborgarna. Nu, tio år senare, måste man konstatera att det nya zeeländska försöket inte till alla delar realiserats. Prioriteringar som var tänkta att göras genom att definiera en kärna av sjukvårdstjänster som skulle finansieras offentligt utifrån kriterierna effectiveness, cost, equity och acceptability kom aldrig riktigt till stånd.

Ekonomi vände, en regering med en annan majoritet tillträdde år 1999 och hälso- och sjukvårdssektorn tillfördes ytterligare medel. Under de första åren på 2000-talet har sjukvården blivit tillförsäkrad resurser motsvarande en utgiftsökning för staten med 21 procent på tre år. Intresset för att utveckla former för öppna prioriteringar har falnat därför att prioriteringar fortfarande förknippas starkt med ekonomiska underskott snarare än att betraktas som en rättvisefråga.

Samtidigt kan man konstatera att diskussionen och det arbete som lades ner från början av 1990-talet och framåt har haft viss effekt. Det finns idag en medvetenhet om att det är nödvändigt att se över hur åtminstone tillskottet av resurser som sektorn tilldelas ska fördelas. Arbetet pågår både centralt i Ministry of Health och regionalt i de nytillskapade District Health Boards att finna metoder och fördelningsnycklar för hur nytillskottet av pengar ska användas på bästa sätt med de fyra prioriteringskriterierna som formulerades redan i början av 1990-talet som grund. Samtalet med befolkningen fortsätter i nya former i första hand genom de nya distriktsstyrelserna.

Däremot tycks inget arbete pågå för att analysera redan befintlig verksamhet utifrån samma kriterier. Undantaget är det bokningssystem för planerad vård och behandling som nu genomförs på sjukhusen och där vårdbehovet avgörs med hjälp av de nationella prioriteringskriterierna för kliniska bedömning.

Förhoppningen från centralt politiskt håll är att den nya decentraliserade organisationen med de regionala District Health Boards med sitt större befolkningsansvar, i sig och på sikt, ska leda till att prioriteringar kan göras mer effektivt, både vad gäller översyn av pågående verksamhet och fördelning av nyinsatta pengar. Huruvida detta kommer att bli fallet återstår att se. Organisationen är fortfarande ny och oprövad. Först om några år kan en utvärdering göras.

## REFERENSER

Förutom muntlig information som givits från ett 30-tal parter i samband med besök på Nya Zeeland 4 – 8 november 2002 hänvisas till följande referenser:

Counties Manakau District Health Board. 2002. Have your say in planning Healthy Futures.

Derrett S, Devlin N, Hansen P, Herbison P. 2003. Prioritizing patients for elective surgery. *Int J Tech Ass Health Care* 19(1):91-105.

Ministry of Health. [www.moh.govt.nz](http://www.moh.govt.nz).

Ministry of Health. 2000. The New Zealand Health Strategy.

Ministry of Health. 2001a. An Overview of the Health and Disability Sector in New Zealand.

Ministry of Health. 2001b. The Health of Older People Strategy.

Ministry of Health. 2001c. The Primary Health Care Strategy.

Ministry of Health. 2002a. A Guide for Establishing Primary Health Organisations.

Ministry of Health 2002/03. 2002b. Planning Package Documents for DHB:s.

Ministry of Health. 2002c. Letter of expectations.

Pharmaceutical Management Agency. [www.pharmac.govt.nz](http://www.pharmac.govt.nz).

Spri förmedlar I. 1995. Prioriteringsarbete inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder.

The World Factbook. 2002. New Zealand. [www.odci.gov](http://www.odci.gov).

## 4. ÖPPNA PRIORITERINGAR INOM DEN OFFENTLIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I STORBRIANNIEN – ETT BROTT MOT TRADITIONEN?

*Peter Garpenby*

### 4.1 Introduktion

#### 4.1.1 Allmänt

I Storbritannien hittar man urtypen för ett offentligt heltäckande hälso- och sjukvårdssystem som i princip ska kunna möta hela befolkningens samlade behov av hälsorelaterade problem. Det fanns en tid då ansvariga politiker levde i förhoppningen att biomedicinska rön omvandlade till medicinska teknologier, i kombination med rimliga resurstillskott, skulle leda till att allmänhetens behov skulle kunna tillgodoses fullt ut. Denna förhoppning kom snabbt på skam och i stället har den brittiska sjukvården blivit känd för köer och missnöje bland allmänheten. Dold prioritering och ransonering blev utvägen för att hantera gapet mellan behov och resursbrist. I början av 1990-talet gick Storbritannien i spetsen bland länder med ett integrerat sjukvårdssystem med att genomföra en uppdelning på beställare och vårdproducenter (Garpenby 1991). Det medförde att lokala beställare på ett helt annat sätt än tidigare blev tvingande att väga olika medicinska behov och i praktiken genomföra en medveten prioritering. Den centrala politiska nivån, som har det yttersta ansvaret för den offentliga hälso- och sjukvården, har dock varit ovillig att tala i termer av öppen prioritering. Man sätter i stället sitt hopp till en evidensbaserad modell, där kunskap om kostnadseffektiviteten för olika medicinska metoder, uttryckt i form av rekommendationer, ska hjälpa den lokala sjukvården att göra de nödvändiga och svåra avvägningarna.

#### Styrelseskick

Storbritannien, eller United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland som är den officiella benämningen, är en konstitutionell monarki med ett parlamentariskt-demokratiskt styrelseskick. Även om England, Skottland, Wales och Nordirland utgör separata delar av nationen och ökad självstyrelse för landsdelarna har införts under senare tid (se nedan), är Storbritannien inte en federal stat (såsom t ex Tyskland eller USA). Den yttersta makten vilar hos parlamentet (Parliament) i London och den centrala regeringen (Cabinet) under en premiärminister (Prime Minister).

Storbritannien är en mycket gammal nation och den politiska makten har successivt, under lång tid, förskjutits från monarken till demokratisk valda organ.

Nationen saknar en skriven konstitution men det innebär inte att styrelseskicket fungerar utan regler. Den politiska och administrativa ordningen grundas på vanlig lag, väl etablerade men oskrivna konventioner och auktoritativa uttolkningar. Frånvaron av en skriven konstitution eller grundlag innebär dock att denna i vissa stycken traditionstygda nation kan styras relativt flexibelt.

Det nationella parlamentet består av två kammare, överhuset (The House of Lords) och underhuset (The House of Commons) varav det senare är folkvalt. Överhuset, vars ledamöter har ärvda mandat eller är utnämnda på livstid, kan fördröja lagstiftningsprocessen. Det huvudsakliga politiska arbetet försiggår i underhuset vars 659 ledamöter (Members of Parliament) är utsedda i allmänna val (529 i England, 40 i Wales, 72 i Skottland, 18 på Nordirland). Efter folkomröstningar i Wales och Skottland under 1997 respektive 1998, och antagandet av ett fredsfördrag på Nordirland 1998, påbörjades överflyttningen (devolution) av viss politisk makt från parlamentet i London till direktvalda församlingar i de olika landsdelarna. År 1999, efter att allmänna val hållits, etablerades parlamentet för Skottland (The Scottish Parliament), och folkförsamlingarna i Wales (The Wales Assembly) och på Nordirland (The Northern Ireland Assembly).<sup>1</sup> De nya folkförsamlingarna har övertagit ansvaret för vissa politiska frågor (devolved matters) såsom t ex utbildning, kultur, infrastruktur och hälso- och sjukvård och de kan också påverka uttaget av skatt från befolkningen. De överförda frågorna lyder under ministrar utsedda av de nya församlingarna. En del andra politikområden, främst utrikespolitik och försvar (reserved matters) hanteras även fortsättningsvis av parlamentet och regeringen i London.

Den kommunala självstyrelsen har aldrig varit framträdande i Storbritannien som saknar ett system för uttaxering av kommunal inkomstskatt. Strukturen för regional och kommunal nivå har ändrats under de senaste 10 åren och skiljer sig åt mellan olika delar av landet.

### **Antal invånare**

Befolkningen i Storbritannien uppgick 2002 till drygt 59 miljoner varav 84 procent lever i England (49 miljoner), 8 procent i Skottland (5 miljoner), 5 procent i Wales (3 miljoner) och 3 procent (1,7 miljoner) i Nordirland.

Befolkningen har ökat med totalt 17 procent sedan 1951, men jämfört med andra industriländer är detta en måttlig siffra.

---

<sup>1</sup> Genom att problem uppstått med att implementera fredsfördraget på Nordirland har inte den nya folkförsamlingen givits möjlighet att ta över beslutsmakten som det var tänkt. The Northern Ireland Assembly framtogs sina befogenheter den 14 oktober 2002 varvid direktstyre från London återinfördes tills vidare.

Det är mindre än den genomsnittliga befolkningsökningen bland EU-nationer (23 procent), och betydligt mindre än USA (80 procent) och Australien (133 procent) under samma period. Under 1950- och 60-talen kunde ett fördelsöverskott noteras, liksom under 1980- och 90-talen, medan befolkningsökningen från slutet av 90-talet förklaras av invandring.

### **Demografi, andel äldre/barn**

Storbritannien börjar nu märka av effekterna av en åldrande befolkning. Andelen barn under 16 år har minskat från 24 till 20 procent sedan början av 50-talet, medan andelen 60 år och äldre har ökat från 16 till 21 procent under samma period. Det innebär att för första gången i modern tid har Storbritannien fler invånare över 60 år än barn under 16 år. Förutom bättre levnadsförhållanden avspeglar detta frånvaron av krig - hos tidigare generationer har första och andra världskriget påverkat befolkningsstrukturen i landet. Förändringarna blir särskilt uppenbara om man studerar andelen 85 år och äldre, vilka 1951 utgjorde 0,4 procent av totalbefolkningen och idag utgör nästan 2 procent.

### **Partipolitik**

Till skillnad från flertalet länder i Europa tillämpar Storbritannien majoritetsval i enmansvalkretsar vilket har medfört en koncentration av antalet politiska partier. Effekten av valsystemet blir i regel regeringar med egen majoritet och efter det andra världskriget har det konservativa partiet (the Conservative Party) och arbetarpartiet (the Labour Party) växlat vid makten. Efter en längre period av konservativt styre tog arbetarpartiet (under beteckningen New Labour) makten efter valet 1997 och regeringen under premiärminister Tony Blair omvaldes med betydande majoritet i juni 2001.

#### **4.1.2 Hälsförhållanden**

Inrättandet av en offentligt finansierad hälso- och sjukvård i slutet av 1940-talet markerade en önskan i Storbritannien om en mer jämlikt fördelad hälsa. Snart visade det sig emellertid att en organisation för produktion av hälso- och sjukvårdstjänster, med starka inslag av jämlikhet, inte nödvändigtvis undanröjer förekomsten av ojämlikhet i hälsostatus i befolkningen. Flera studier har visat på betydande skillnader i hälsostatus mellan socialgrupper och regioner (Townsend och Davidson 1982, Whitehead 1988). Snarast vidgades skillnaden mellan de sociala klasserna mätt i dödlighet under 1980- och 90-talen (Drever och Whitehead 1996). Dödligheten är tre gånger så stor för utbildad arbetskraft jämfört med professionella grupper (Drever och Whitehead 1996).

Mycket stora regionala skillnader i dödlighet för utbildade ("social class V") kan noteras i England, där de norra delarna utmärker sig negativt. Där motsvarar dödlighetstalen på vissa platser det nationella genomsnittet på 1950-talet. Liknande förhållanden gäller inte för professionella grupper ("social class I").



Även om mortaliteten totalt sett har reducerats under de senaste 20 åren har de sociala skillnaderna snarast ökat (Shaw et al 1999). Som i de flesta industriländer är de vanligaste dödsfallsorsakerna i Storbritannien hjärt-kärlsjukdomar och cancer.

## **4.2 Hälsa- och sjukvårdssystemet**

### **4.2.1 Politisk och administrativa strukturer/ beslutsnivåer**

Storbritannien har sedan 1948 en statlig hälso- och sjukvårdsorganisation benämnd National Health Service eller NHS. Den har alltsedan sin tillkomst symboliserat ett framträdande drag i brittiskt socialpolitiskt tänkande - den rationella serviceorganisationen. Offentligt starkt subventionerad hälso- och sjukvård ska tillhandahållas till hela befolkningen. NHS bygger på principen vård efter behov med låga eller inga patientavgifter (Garpenby 1991). NHS är på pappret en hierarkiskt uppbyggd organisation, även om försök gjorts under de senaste 10 åren att skapa en "plattare" organisation och att ge de vårdproducerande enheterna en större frihet och ett större ansvar. I praktiken har dock läkarna givits en mycket stor frihet att utforma vårdens innehåll inom de ekonomiska ramar som politiken satt upp (Klein 1995). I England finns numera inom NHS tre administrativa nivåer, vilka omfattar det centralt placerade ministeriet (Department of Health), en mellannivå (Strategic health authorities) med ansvar för att nationella planer vinner lokal tillämpning, samt drygt 300 primärvårdsorganisationer (Primary Care Trusts eller PCT:s) med lokalt befolkningsansvar. De senare domineras av allmänläkarna, vilka är egna företagare med långsiktiga vårdavtal, och där ingår även apotek och tandläkare m fl grupper. Därutöver finns enheterna med ansvar för att producera sjukhusvård (NHS trusts), där alltifrån det enkla till superspecialiteter inryms.<sup>2</sup> I princip är NHS uppbyggt på likartat sätt i övriga delar av landet, även om vissa avvikelser kan förekomma. I fortsättningen behandlas endast förhållanden i England.

### **4.2.2 Politisk makt**

Det yttersta politiska ansvaret för NHS vilar på en ledamot av regeringen (i England med titeln The Secretary of State for Health) som är ansvarig inför parlamentet. Det finns inga regionala eller lokala direktvalda organ inom den brittiska offentliga sjukvården, utan det politiska ansvaret finns endast representerat på central nivå. Viktiga befattningshavare på andra nivåer är utnämnda av ministern och ansvariga inför denne.

---

<sup>2</sup> Inom psykiatrin återfinns Mental Health Trusts och för samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst utvecklas s.k. Care Trusts.

### **4.2.3 Finansiering: privat/offentlig Skatter/försäkring**

I Storbritannien är hälso- och sjukvårdens andel av BNP måttlig i ett internationellt perspektiv (7,6 procent år 2001) men kommer antagligen att öka till följd av betydande tillskott till sektorn under kommande år. Den övervägande delen (ca 85 procent) utgörs av den offentligt finansierade NHS. Till den allra största delen finansieras den allmänna sjukvården genom statlig skatt, kompletterad av socialförsäkringsavgifter (national insurance contribution) och egenavgifter (3-5 procent). Privata sjukvårdsförsäkringar utgör ca 4 procent av de samlade hälso- och sjukvårdsutgifterna och försäkringarna täcker drygt 10 procent av befolkningen. Efter en kraftig uppgång av privata försäkringar under 1980-talet tycks denna marknad ha stagnerat.

### **4.2.4 Produktion: privat/offentlig**

Ända sedan introduktionen av den brittiska allmänna hälso- och sjukvården för drygt 50 år sedan har en tydlig gräns upprätthållits mellan offentlig och privat vårdproduktion. Rent juridiskt är visserligen allmänläkarna egna företagare, men den överväldigande majoriteten arbetar inom NHS (de ersätts helt med offentliga medel via en kombination av kapitation och prestationsbaserad ersättning). Den privat finansierade primärvården är försumbar. Offentlig vård vid sjukhus produceras så gott som uteslutande inom offentligägda institutioner. Några hundra privata sjukhus finns i Storbritannien, och där vårdas patienter med privat finansiering (främst försäkringar). Inom offentliga sjukhus har privatbetalande patienter alltid varit tillåtna, men denna verksamhet har avtagit i betydelse och bedrivs lokalmässigt separerad från den offentligfinansierade vården.

### **4.2.5 Sjukhusvård**

Sedan ett 10-tal år tillbaka finns alla offentligägda akut- och specialistsjukhus i större grupperingar, benämnda Hospital Trusts. Inom vissa ramar kan de göra självständiga ekonomiska bedömningar, avseende investeringar (vilka kan lånefinansieras) och personalarrangemang. Sjukhusgrupperna måste klara sina intäkter genom att sluta avtal med beställare (numera PCT:s). Sjukhusen är sedan en tid föremål för en ny form av öppen kvalitetsmärkning (performance assessment framework) där de klassas på en skala från noll till tre. Bedömningen bygger på framför allt processmått såsom väntetider och inställda operationer. Sjukhus vilka erhåller "tre stjärnor" får vissa fördelar, bl a extra resurser. Seniora sjukhusläkare (consultants) är offentliganställda men har möjlighet att arbeta deltid i privat verksamhet.

### **4.2.6 Öppen vård utanför sjukhus**

Den öppna vården utanför sjukhusen har alltid utgjort basen i NHS genom att erbjuda en naturlig första kontaktpunkt för patienterna.

Alla invånare förväntas registrera sig hos någon av de omkring 30 000 allmänläkarna (general practitioners eller GP:s). De är i juridisk mening egenföretagare - flertalet inom grupppraktiker - men är administrativt och ekonomiskt mycket nära knutna till den offentliga sjukvården. Under 1990-talets experimenterande med "planerade marknader" inom NHS infördes ett system med budgetansvariga allmänläkarmottagningar (GP fundholding), vilka fick möjlighet att disponera eventuellt överskott från den egna verksamheten. De fick ökad makt gentemot sjukhusen eftersom de hade möjlighet att upphandla tjänster för sina patienters räkning. Efter 1997 har detta system ersatts med större primärvårdsgrupper (primary care groups) vilka under den senaste tiden har omvandlats till självständiga s k Primary Care Trusts (PTC:s).

Den genomsnittliga primärvårdsgruppen omfattar cirka 50 allmänläkare som betjänar runt 100 000 invånare (befolkningsansvaret varierar mellan 30 000 till 250 000 invånare). Avsikten är att PCT:s ska få ett totalt budgetansvar för primär- och sjukhusvård och upphandla all slags specialistvård för patienternas räkning. De regionala hälsomyndigheterna (strategic health authorities) upphandlar fortsättningsvis bara viss högspecialiserad vård.

Som ett komplement till de traditionella allmänläkarna infördes 1999 en ny typ av mottagningar, med generösa öppettider, bemannade med sjuksköterskor, avsedda för rådgivning och behandling av mindre åkommor. De nya mottagningarna, benämnda "walk-in-centres" kan finnas t.ex. i anslutning till flygplatser och köpcentra.

#### **4.2.7 Läkemedel**

Utgifterna för läkemedel utgjorde omkring 13 procent av de offentliga sjukvårdsutgifterna år 2000. Utgifterna har sedan mitten av 1990-talet årligen ökat med 6-8 procent, trots regeringens försök att kontrollera kostnaderna, t ex genom en omfattande satsning på s k generikasubstitution. Huvuddelen av läkemedlen förskrivs av allmänläkarna och patienterna betalar en mindre del själva (co-payment)<sup>3</sup>.

Det officiella Storbritannien har enligt vissa bedömare en ambivalent inställning till inflödet av nya läkemedel i samhället (McDonald, Burrill och Walley 2001). Å ena sidan är regeringen bekymrad över det faktum att nya läkemedel tenderar att försvåra kostnadskontrollen i den offentliga sjukvården, men å andra sidan utgör läkemedelsindustrin en mycket viktig högteknologisk del av det brittiska näringslivet som regeringen värnar om.

---

<sup>3</sup> Den patientavgift som tillämpats sedan 1950-talet är mindre sofistikerad än i många andra länder. Den utgörs av en fast summa per recept (flat rate prescription charge). Det har dock medfört att läkare tenderar att skriva ut större kvantiteter läkemedel per recept. Flera grupper av patienter är dock undantagna från avgifter.

Storbritannien är unikt genom att inte centralt förhandla priser för läkemedel – istället tillämpas en frivillig överenskommelse om tak på läkemedelsindustrins vinstmarginal. Den centrala regeringen är ingripen endast undantagsvis i prioriteringen av nya läkemedel (se nedan om exemplet Viagra). Istället har det totala ansvaret överlåtits till lokala sjukvårdsorganisationer (health authorities och senare PCG:s och PCT:s) och enskilda läkare.<sup>4</sup> I praktiken har detta inneburit stora variationer i tillhandahållandet av nya läkemedel. I vissa sjukvårdsområden har en omfattande process för att bedöma nya läkemedel utvecklats – trots stora svårigheter att ta fram data om t ex kostnadseffektivitet – medan det på andra håll saknas en tydlig policy. Efter regeringsskiftet 1997 har försök gjorts att strama upp verksamheten och lokala sjukvårdsorganisationer har givits än större ansvar att väga läkemedel mot andra teknologier. Tillkomsten av rekommendationer från den nationella organisationen NICE (se nedan) kommer att tvinga de nya PCT:s att använda vissa nya läkemedel som klassats som kostnadseffektiva.

Genom att allmänläkarna får en mer framskjuten position i PCT:s ökar förutsättningarna för professionell egenkontroll av förskrivning, samtidigt som storleken på de nya lokala organisationerna motverkar detta (McDoland, Burrill och Walley 2001). Vilken effekt tillkomsten av PCT:s kommer att få i detta avseende går för närvarande inte att bedöma.

#### **4.2.8 Äldreomsorg**

Storbritannien har ett jämförelsevis fragmentariskt system för äldreomsorg. Det innehåller en svåröverskådlig blandning av offentliga och privata vårdproducenter, frivilligorganisationer och ett inte obetydligt inslag av anhörigvård. Som ett resultat av den dåvarande regeringens ambitioner på 1980-talet att privatisera och lägga över mer ansvar på individen, började socialförsäkringssystemet (social security benefits) användas till boendestöd för äldre. En allt mindre del av vården kom därmed att bedrivas vid offentliga sjukhus inom NHS, eller vid kommunala institutioner, medan en stark expansion skedde för privata sjukhem och boendeformer (med stora geografiska variationer). Den nuvarande regeringen har deklarerat en avsikt att vända utvecklingen genom att låta kommunerna (local authorities) få ett tydligare planeringsansvar för äldreomsorg, och genom att ta grepp om de finansiella strömmarna. Avsikten är också att förbättra samordningen mellan kommunal äldreomsorg och sjukvården inom ramen för de nya primärvårdsgrupperna (Primary Care Trusts). Kommunerna har liksom i Sverige ansvar för att bedöma behovet av stöd bland äldre som är färdigbehandlade inom sjukvården.

---

<sup>4</sup> För allmänläkare existerar ett nationellt program för analys av förskrivning, som gör det möjligt för enskilda läkare att följa sitt förskrivningsmönster och jämföra med genomsnitt. Avsikten är att läkarna som genomföra en frivillig restriktion.

### **4.2.9 Reform**

Den brittiska offentliga hälso- och sjukvården förändrades under första delen av 1990-talet i riktning mot en intern marknad ("quasi-market"), när den dåvarande konservativa regeringen uppmuntrade konkurrens mellan producerande enheter (Le Grand och Bartlett 1993). Inriktningen bröts officiellt 1998 genom Labourregeringens dokument "The New NHS: Modern, Dependable", som förklarade att konkurrens skulle ersättas med samarbete. Den tidigare uppdelningen på beställare och utförare behölls dock och de förra (de nya PCT:s) kan byta "leverantör" av specialistvård om detta är motiverat och för planerad kirurgi "följer pengarna patienterna", vilket gör att sjukhus som kan öka antalet operationer kan förbättra sina intäkter.

I "The NHS Plan" som kom 2000 satte regeringen upp olika mål för den offentliga sjukvården, t ex vad gäller maximal väntetid för behandling. Nya organ för övervakning av standarden inom sjukvården etablerades också (the National Care Standards Commission). Detta har kompletterats med ett program för uppföljning av sjukvårdens resultat (Performance Assessment Framework). Indikatorer har etablerats för bl a hälsoförbättring, tillgänglighet och bemötande av patienter. Där ingår också den tidigare nämnda "rankingen" av sjukhusen.

## **4.3 Verksamhet och resurser**

### **4.3.1 Utbud (personal)**

National Health Service är en av de största arbetsgivarna i Storbritannien med strax under 700 000 anställda. Även om personalen totalt ökade med 14 procent mellan 1981 och 2001 minskade antalet sjuksköterskor med 18 000 under samma period. Antalet läkare ökade visserligen men Storbritannien har med 1,6 läkare per 1000 invånare färre än genomsnittet inom gruppen OECD-länder. Under senare år har det blivit allt svårare att rekrytera allmänläkare (GP:s) vilka är tänkta att utgöra basen i den offentliga sjukvården. Den nuvarande regeringen har dock i The NHS Plan deklarerat att ambitionen under de kommande åren är att den offentliga sjukvården ska utöka sin personal och en kampanj för nyrekrytering pågår.

### **4.3.2 Kostnader, kostnadsutveckling**

Under den tidigare regeringen mellan 1979 och 1997 ökade utgifterna för NHS med i genomsnitt 3,3 procent årligen. Sedan 1999 har den offentlig hälso- och sjukvården fått ökade resurser, med en tillväxt år 2000/01 på närmare 9 procent och med nästan 7 procent året därpå. Historiskt sett är dessa siffror mycket höga. De nya resurserna har dock inte avsatt några påfallande spår vad gäller aktiviteter och det finns tecken på att produktiviteten i den offentliga vården är på väg ner (Le Grand 2002).

## **4.4 Patientens ställning och Rättigheter**

### **4.4.1 Relevant allmän lagstiftning**

Från 2001 har alla nivåer inom NHS en lagreglerad (the Health and Social Care Act 2001) skyldighet att fortlöpande konsultera allmänhet och patienter i frågor som avser sjukvårdens löpande verksamhet och förändring.

### **4.4.2 Patient charter**

År 1991 introducerades i den brittiska hälso- och sjukvården en "Patient Charter" som betonade individens rättigheter i mötet med vården. Detta dokument återspeglade den dåvarande regeringens syn på "konsumentinflytande" i NHS och innehöll en rad mätbara standarder ("ambulans ska inom 24 minuter efter larm nå fram inom tätort"). År 2001 ersattes det tidigare dokumentet av "Your Guide to the NHS" – ett dokument med en helt annan inriktning. Labourregeringen önskar istället markera ett "partnerskap" mellan patient och sjukvård som innehåller ömsesidiga skyldigheter. Visserligen har man behållit inslag av en "rättighetskatalog", t ex en form av "vårdgaranti" om en operation blir inställd med kort varsel. Men det nya dokumentet betonar främst ambitioner inom den offentliga sjukvården i dess möten med patienter och framhåller vikten av att medborgarna värnar sin egen hälsa och lever upp till sina åtaganden, t ex att inte utebli från avtalade möten med läkare.

### **4.4.3 Medborgarinflytande**

Den offentliga hälso- och sjukvården i Storbritannien skapades inte för att ge allmänhet och patienter möjlighet att utöva inflytande på NHS. De regionala och lokala organen (health authorities), med ledamöter utsedda av ministern, förutsattes kunna representera såväl konsument- som producentintressen. Under 1970-talet kompletterades "health authorities" med "community health councils" (CHC:s) där vissa ledamöter var utsedda av organisationer som representerande äldre, psykiskt- och fysiskt handikappade. Kanslierna knutna till CHC:s skulle ta emot klagomål från patienter och inspektera vårdinrättningar.

Med början 2003 ska CHC:s successivt ersättas med en ny struktur för konsultation av allmänhet och patienter. Till varje Primary Care Trust (primärvård) och NHS Trust (sjukhusvård) ska knytas "Patients' Forums" som ska kanalisera synpunkter från allmänhet och patienter, särskilt sådana grupper som har svårt att göra sin röst hörd. Samtidigt införs nya enheter för rådgivning till patienter och hantering av klagomål inom sjukvården (Patient Advice and Liaison Service).

## 4.5 Öppna prioriteringar

### 4.5.1 Bakgrund

Den brittiska offentliga hälso- och sjukvården, the National Health Service, har alltsedan sin tillkomst brottats med problemet att få tillgängliga resurser och efterfrågan från patienter, uttryckt i vårdproduktion av framför allt läkare, att gå ihop. På 1970-talet erkände ledande politiker att denna ekvation är olöslig. Dilemmat har under lång tid hanterats genom att tillämpa ”dold” ransonering, och i viss mån ”dold” prioritering. Lokala sjukvårdsområden (health authorities) och enskilda läkare förutsattes kunna hitta vägar för att begränsa vårdproduktionen, för att få denna att motsvara tillgängliga resurser. En sådan metod – som senare uppmärksammats – var att sätta åldersgränser för t ex tillgång till hemodialys. Någon sådan ”policy” existerade inte officiellt men statistiken talade ändå sitt tydliga språk (Klein, Day and Redmayne 1996). Det har hävdats att den brittiska offentliga sjukvården utvecklat ett sofistikerat system för att tillämpa ”dold” prioritering och ransonering som missgynnar äldre, kvinnor och personer från arbetarklass (Baker 1992).

År 1991 genomfördes en uppdelningen på beställare och producenter inom NHS och de lokala myndigheterna (health districts), och senare även grupper av primärvårdsläkare, fick koncentrera sig på att ”beställa” vård. Det var uppenbart att kraven på att göra faktiska prioriteringar därmed ökade. Någon egentlig vägledning lämnades dock inte av den centrala politiska och administrativa nivån, vilket fick till följd att lokala ”policies” utvecklades och resursallokeringen har kommit att skilja sig åt i betydande grad inom landet (Klein, Day och Redmayne 1996).

Den centrala politiska nivån i Storbritannien har varit ovillig att öppet ta ställning i frågor om prioritering. Den lösning som kommit att tillämpas är antingen att hänföra frågan till någon form av ”expertgrupp” – där inrättandet av NICE är ett exempel (se nedan) – eller att ”trycka ned” ansvaret till de lokala organen (tidigare health authorities och numera PCT:s) och grupper av läkare eller enskilda läkare. Kritiken mot brittiska politiker på nationell nivå för deras ovilja att öppet diskutera frågor om prioritering är tidvis hård från verksamma i hälso- och sjukvården och inom forskarsamhället (Hargreaves 2003).

Ett undantag från oviljan att göra prioriteringen politisk utgör ”livsstilsmedicinen” Viagra. I detta fall fanns en fruktan att läkemedlet (mot erektionsstörning) skulle bli starkt kostnadsdrivande, samtidigt som regeringen misslyckades i sin ambition att få medicinska rådgivare att ta ställning för en begränsning av tillgängligheten till Viagra.

Den ansvariga ministern tvingades själv ta ett beslut om begränsning och öppet redovisa grunden för beslutet; Viagra skulle endast tillhandahållas till patienter med särskilda medicinska problem, t ex Parkinson och MS. Att denna fråga blev föremål för öppen prioritering på central politisk nivå måste betraktas som ett undantag från regeln. Vid tidpunkten för beslutet existerade inte expertorganet NICE (se nedan) dit frågan kunde ha hänförts (Klein och Sturm 2002).

#### 4.5.2 Initiativ

I dokumentet "The NHS Plan" lämnar den brittiska regeringen sin syn på hur prioriteringar bör bedrivas inom den offentliga hälso- och sjukvården. Tanken på att begränsa det offentliga åtagandet - att lyfta bort vissa aktiviteter från allmän finansiering (en lösning som går under namnet "core service") avfärdas helt med motiveringen att den stora majoriteten av resurserna går till områden som inte kan exkluderas - äldrevård, psykiatri, cancervård och vård av hjärt-kärlsjukdomar. Istället hoppas regeringen att NHS ska kunna bli ännu "vassare" genom att resurserna används där de gör bäst nytta. Man sätter sitt hopp till nya institutioner som ska arbeta i den riktningen:

*"The National Institute for Clinical Excellence, supported by its new Citizens Council will help the NHS to focus its growing resources on those interventions and treatments that will best improve peoples' health. By pointing out which treatments are less clinically cost-effective, it will help free up financial headroom for faster uptake of more appropriate and clinically cost-effective interventions. This is the right way to set priorities: not a crudely rationed core service."*

The NHS Plan 2000, avsnitt 3.32

Den nuvarande brittiska regeringen förespråkar således linjen att prioriteringar på olika nivåer inom den offentliga hälso- och sjukvården underlättas genom god kunskap om kostnader och nytta för medicinska metoder. På nationell nivå manifesterades detta tänkande genom etableringen av National Institute for Clinical Excellence (NICE) i april 1999. NICE är en del av NHS men har en självständig ställning för att oberoende kunna genomföra sitt uppdrag, att på grundval av bästa tillgängliga kunskap, lämna rekommendationer om användning av medicinska metoder och behandling för sjukdomsgrupper. NICE stöder med sina riktlinjer den offentliga hälso- och sjukvården (NHS) i England och Wales, medan Skottland och Nordirland ska utveckla egna liknande procedurer.

För närvarande utarbetar NICE rekommendationer inom tre områden:

- Utvärdering av nya och existerande läkemedel och behandlingsformer – technology appraisals.
- Rekommenderad behandling och vård för särskilda sjukdomar och tillstånd – clinical guidelines.



- Kontroll av säkerhet och funktion för procedurer som används för diagnos eller behandling – interventional procedures.

För att klara sitt uppdrag har organisationen skapat ett brett kontaktnät och etablerat samarbete med professionella grupper, forskningsenheter och universitet. NICE har också vinnlagt sig om att tillämpa öppenhet, klara och tydliga procedurer som inkluderar möjligheten att begära omprövning innan rekommendationer fastställs. Vilka procedurer som tillämpas, vem som är inblandad och hur arbetet framskrider kan följas via organisationens hemsida ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)).

Hur det går till kan exemplifieras med proceduren för teknologiutvärderingar. Vilka teknologier som ska bli föremål för utvärdering avgörs i den politiska processen i England och Wales (the Secretary of State for Health och the Wales Assembly Government). NICE identifierar sedan relevanta intressenter (stakeholders) vilka kan utgöras av industri, professionella grupper och patient- och anhörigorganisationer. Dessa kan medverka när uppläggningsplaneringen av utvärderingen planeras och läggs fast. Därefter identifieras med hjälp av NHS forskningsorganisation (NHS Research and Development) ett lämpligt akademiskt centrum som får ansvar för att sammanställa en rapport grundad på tillgänglig kunskap (an assessment report). En särskild bedömningskommitté (the Appraisal Committee) tar del av den skriftliga rapporten och de synpunkter som lämnats av intressenter, patienter och representanter för NHS. Kommittén lämnar en preliminär rekommendation (Appraisal Consultation Document), varefter ett ”remissförfarande” tar vid då intressenter och allmänheten under en fyra veckorsperiod - då all dokumentation finns tillgänglig på nätet - kan lämna synpunkter. Ett nytt dokument (Final Appraisal Determination) utarbetas och lämnas till NICE, som dock kan ”överklagas” av intressenterna (appeal), varefter kompletteringar kan ske eller delar av underlaget genomgår en förnyad bedömning. Slutligen fastställs dokumentet och sprids till verksamheten (NHS).

Med början 2002 har de lokala beställarna och vårdgivaren inom NHS en skyldighet att finansiera behandlingsformer som rekommenderas av NICE. Detta ska ske inom ramen för tillgängliga resurser, vilket är tänkt att sätta fart på en lokal prioriteringsprocess. NICE kan givetvis också råda sjukvården att inte finansiera en viss terapi. Även om inte sådana ställningstaganden är tvingande (som i en del länder) är avsikten att den lokala sjukvården ska påverkas i återhållande riktning.<sup>5</sup> Det har emellertid ifrågasatts om rekommendationer från NICE får något egentligt genomslag inom sjukvården.

---

<sup>5</sup> En av de första uppmärksammade rekommendationerna från NICE gällde ett nytt läkemedel för influensa (Relenza) där man rekommenderade att detta inte skulle förskrivas. Beslutet visade att NICE mycket väl kunde gå emot intressen även inom den inhemska läkemedelsindustrin (Sculpher, Drummond och O'Brien 2001).

En studie av hur sjukvårdens praxis (laparoskopisk kirurgi vid ljumskbräck) påverkas av en ny rekommendation från NICE kunde inte påvisa några effekter efter ett år, vilket fick författarna att förespråka bättre strategier för spridning och implementering av rekommendationerna (Bloor et al 2003).

Som alla organisationer vilka arbetar efter ett evidensbaserat koncept är NICE beroende av tillgången till god kunskap, och helt klart varierar tillgången på studier som belyser kostnader och nytta med medicinska metoder. NICE har valt en pragmatisk linje: att arbeta med tillgänglig kunskap men öppna för kontinuerliga revideringar allteftersom ny kunskap tillförs. Observatörer menar att tillkomsten av NICE medför att industrin (särskilt läkemedelsindustrin) tvingas satsa mer på utvärderingar som följer den mall som organisationen satt upp (Sculpher, Drummond och O'Brien 2001).

För att ytterligare understryka behovet av öppenhet och kontaktytor mot samhället inrättade NICE under hösten 2002 en stående medborgarpanel (citizens council). Den består av 30 personer som är utvalda efter sådana kriterier att de kan sägas representera olika befolkningsskikt i England och Wales.<sup>6</sup> Panelen ska arbeta direkt under NICE styrelse med frågor som avser ställningstaganden vilka inte kan baseras enbart på kunskap, utan där samhällets värderingar ska komma till uttryck.<sup>7</sup> Tanken bakom medborgarpanelen är att den ska ge alternativa synpunkter på de råd som lämnas via expertgrupper, ge sin bild av vilken typ av kunskap som ska underbygga ställningstaganden och lämna råd av karaktären "common-sense".

En första uppgift för panelen var att överväga vilka faktorer NICE bör väga in vid beslutsfattande om kliniska behov (clinical need) (NICE 2003). I sitt utlåtande menade panelen att faktorer av social och ekonomisk karaktär, om ett tillstånd är självförvällat eller patientens förmåga att presentera sitt problem inte ska vägas in i "kliniskt behov", vilket också styrelsen för NICE höll med om. På några punkter önskade styrelsen ett förtydligande, såsom beträffande frågan hur ålder bör vägas in liksom om det antal patienter som omfattas av ett visst medicinsk problem bör spela in (NICE 2003). Avsikten är att medborgarpanelen ska sammanträda under två dagar vid två tillfällen under året.

---

<sup>6</sup> Urvalet av deltagare gjordes av en oberoende organisation – Vision 21 – bland de drygt 4000 som anmält ett intresse att ingå i medborgarpanelen. Panelen som första gången samlades i november 2002 består av 15 män och 15 kvinnor mellan 18 och 76 år.

<sup>7</sup> Bakgrunden till panelen beskrivs i följande ordalag: "We know that although the guidance we issue about the treatment and care that should be used within the NHS is based on evidence there are key values and judgements on which decisions are made." Common Questions and Answers on the Citizens Council, <http://www.nice.org.uk>.

### 4.5.3 Praktiska försök

En viktig skillnad mellan ett svenskt landsting och ett brittiskt sjukvårdsområde är att de senare saknar direktvalda politiker i en beslutsfunktion. Situationen är annorlunda eftersom de ansvariga för prioriteringsbeslut inte kan härleda sitt mandat direkt från den lokala befolkningen.<sup>8</sup> Detta förhållande blev tydliggjort under 1990-talet när sjukvårdsdistrikten (health authorities) tvingades handlägga mycket kontroversiella ärenden som avsåg gränssättning för finansiering av kostsamma och/eller obeprövade teknologier (Ham och McIver 2000). Det uppmärksammade fallet med föräldrarna till ett svårt sjukt barn (Child B), som inte accepterade lokal klinisk praxis, visade på svårigheterna för ett sjukvårdsområde (health authority) att vinna tilltro till sina ställningstaganden (Ham och Pichard 1998). Andra fall under 1990-talet visade att sjukvårdsområden lätt hamnade i problem, särskilt när uppfattningarna hos kliniska experter gick isär. En klar och stabil process för handläggning av svåra prioriteringsbeslut (att finansiera eller inte finansiera kostsamma teknologier med oklar nytta) saknas inom den brittiska offentliga sjukvården. Genom att patienter och anhöriga ifrågasatte beslut, och genom att domstolar i en del fall uttalade sin mening, tvingades emellertid de ansvariga inom sjukvårdsområden att se över sin beslutsprocess och göra denna tydligare (Ham och McIver 2000).

Under den andra delen av 1990-talet genomförde ett antal brittiska sjukvårdsområden (health authorities) försök med konsultation av medborgare i anslutning till prioriteringsfrågor. Ett flertal olika metoder tillämpades såsom fokusgrupp, stående panel och medborgarjury. Utvärderingen av försöken visade på en positiv bild genom att deltagarna upplevde att de fick nya insikter i en för dem tidigare okänd problematik, och informerade medborgare ansåg sig förmögna att diskutera och ta ställning i frågor om prioritering av vård (Lenaghan, New, Mitchell 1996). Emellertid hade de ansvariga inom sjukvårdsområden svårt att ta ställning till hur resultatet från försöken skulle nyttiggöras och om man borde gå vidare (McIver 1998). Dessa försök bedrevs i begränsad skala och det är inte möjligt att påstå att det idag finns en utvecklad modell för hur medborgare ska involveras i syfte att öka förståelsen för och samtycket till prioriteringar i vården. Tvärtom tyder undersökningar under senare tid på att det finns en betydande misstro i den brittiska befolkningen till nödvändigheten att över huvud taget göra prioriteringar i den offentliga hälso- och sjukvården (Coast et al 2002).

---

<sup>8</sup> Visserligen kan beslutsfattare i lokala brittiska sjukvårdsområden sägas agera på uppdrag av den ansvariga ministern, som i sin tur är ansvarig inför parlamentet. Men vid kontroversiella beslut på lokal nivå går det knappast att luta sig mot de centralt placerade politikerna. Således måste lokala beslutsfattare kunna utveckla procedurer och hitta argument som stöd för sina ställningstaganden, som är av annat slag än de som en beslutsfattare som har ett politiskt mandat från befolkningen kan använda sig av.

#### 4.5.4 Reguljär verksamhet

Ett exempel på ett sjukvårdsområde som gick mycket långt i ambitionen att utveckla en öppen och ”rättvis” process för prioritering var Oxfordshire Health Authority (numera nedlagt genom den omorganisation av NHS som genomfördes 2002/03 där uppgifterna överförts till ett antal PCT:s). Att just detta sjukvårdsområde tog ett sådant initiativ kan möjligen förklaras av (a) att det rymde ett ledande universitetssjukhus där nya metoder utvecklades och/eller snabbt introducerades och (b) att delar av befolkningen var högutbildad och kunde artikulera sina krav på bästa tänkbara sjukvård. Under 1990-talet etableras en prioriteringsgrupp (the Priorities Forum) under områdets styrelse (Hope et al 1998). Till prioriteringsgruppen hänsköts frågor rörande nya teknologier, behandlingsformer i gränslandet mellan forskning och praxis samt enskilda patientärenden som kunde motivera undantag från gängse regler om finansiering. Eftersom beslutsfattandet i många fall upplevdes som inkonsekvent utvecklade gruppen en egen ”etisk plattform” och en mer ”stabil” process. Gruppen önskade kunna ge uttryck för motiven bakom besluten, särskilt viktigt i fall då dessa överklagas och en juridisk prövning tar vid (Griffiths, Reynolds och Hope 2000).

Den etiska plattformen omfattade följande fyra aspekter:

- Effektivitet (effectiveness) d v s i vilken utsträckning en teknologi uppvisar önskvärd effekt.
- Värdet (value) d v s värdet av en teknologi i relation till andra teknologier.
- Genomslag (impact) värdet av en teknologi med beaktande av dess effektivitet.
- Kostnadseffekt (efficiency) genomslag per kostnadsenhet.

Avsikten med denna ”plattform” var att tydliggöra skillnaden mellan värderingar och fakta. Man beaktade också frågan om ”jämlighet” där gruppen sökte hitta en form för att balansera principen om (a) att maximera nyttan för patienterna inom ramen för tillgängliga resurser och (b) att ge prioritet för de med störst behov. Gruppen sökte balansera dessa principer i en process i två steg, där kostnadseffekten (i form av s.k. QALYs) först beaktades. Om en teknologi framstår som mindre kostnadseffektiv undersöks om det ändå finns anledning att finansiera denna: t ex då den räddar liv eller kan hjälpa patienter med svåra kroniska sjukdomar. Genom sitt arbete avsåg prioriteringsgruppen att uppnå dels intern legitimitet, genom att vårdpersonal, framför allt läkare, uppfattar processen för bedömning av nya teknologier som tydlig och konsistent, och dels extern legitimitet genom att allmänheten kan få en uppfattning om motiven för beslut och även kan kräva att få sitt fall prövat för eventuella undantag (appeal). Gruppens beslut och motiveringen kunde studeras via sjukvårdsområdets hemsida.

Prioriteringsgruppen lever vidare och administreras numera av en av de nya Primary Care Trusts (PCT:s) som etablerats inom det tidigare sjukvårdsområdet. Även andra sjukvårdsområden, utöver Oxfordshire, utvecklade under senare delen av 1990-talet en mer systematisk och öppen process för prioritering. Framgången i form av genomslag i det kliniska beslutsfattandet och på fördelningen av resurser var avhängigt (a) förmågan att driva en ”öppen” process under medverkan av många olika kategorier av intressenter (allmänläkare, sjukhusläkare och patientrepresentanter), (b) förmågan att tydliggöra de kriterier som användes vid ställningstaganden samt (c) möjligheten att hantera invändningar (”appeal”) mot beslut, menar McIver och medförfattare som granskat försöken (McIver et al 2000).

#### **4.6 Sammanfattande slutsatser**

Storbritannien befinner sig inte i främsta ledet när det gäller ambitioner att utveckla öppna prioriteringar. Det beror dels på att majoriteten av sjukvård fördelas genom en politiskt styrd organisation och dels på den starka symboliska roll som National Health Service (NHS) intar i det brittiska samhället. NHS är en av få organisationer i ett ganska ojämlikt samhälle som alltid har stått för principen om jämlikhet – vård efter behov och inte betalningsförmåga. Inom NHS kan hela befolkningen få hjälp med medicinska problem efter bedömning av läkare. Det säger sig självt att det i en sådan miljö kan vara dramatiskt att tala öppet om att välja bort delar av den medicinska arsenalen eller att ställa vissa grupper med konstaterade behov utanför. I stället har dold prioritering och ransonering måst utvecklas.

På den lokala nivån inom den offentliga sjukvården har dock beslutsfattare under det senaste decenniet successivt tvingats pröva former för en mer öppen prioritering. Det finns dock ingen klar linje utan det förekommer stora lokala variationer, där vissa sjukvårdsområden försökt gå i riktning mot en tydlig process där motiven bakom prioriteringar tydliggörs för allmänheten. Hur framtiden kommer att se ut i detta avseende är svårt att uttala sig om då den lokala beställarorganisationen befinner sig i en period av omställning, där de läkardominerade Primary Care Trusts ska ta över ansvaret från de traditionella ”health authorities”.

Styrningen från centralt politiskt håll är i dessa avseenden vag. Den nuvarande brittiska regeringen har lämnat ett icke obetydligt resurstillskott till hälso- och sjukvården och har uttalat en vilja att ”modernisera” organisationen. I fallet med prioriteringar lämnar politikerna gärna över ansvaret till allehanda expertorgan, helt i linje med uppfattningen att god evidens ska leda till mer självklara avvägningar inom den lokala sjukvården.

I vilken utsträckning den verksamhet som bedrivs inom expertorganet NICE kommer att underlätta prioriteringar är dock oklart. En effekt blir också att den lokala sjukvården måste implementera de nya medicinska metoder som av NICE bedöms vara kostnadseffektiva. Att detta leder till att nya prioriteringar aktualiseras är givet. NICE löser inte det grundläggande dilemma som en heltäckande offentlig sjukvårdsorganisation, som brittiska NHS, står inför, nämligen att kraven på organisationen tenderar att hela tiden öka. Den lösning som NICE representerar – evidensbaserade underlag i kombination med en ”öppen” process - måste kompletteras med en öppen och ärlig debatt om tillståndet inom den offentliga hälso- och sjukvården i stort, menar Robert (2003). Trots en del försök med konsultation av medborgare i frågor om prioritering finns dock inget som tyder på att den brittiska allmänheten stöder uppfattningen att den offentliga hälso- och sjukvården måste begränsa sin meny.

## REFERENSER

Baker R. 1992. The inevitability of health care rationing: a case study of rationing in the British National Health Service. I: Strosberg MA, Weiner JM, Baker R, Fein IA (eds) Rationing America's medical care: the Oregon plan and beyond. Washington DC: The Brookings Institution.

Bloor K, Freemantle N, Khadjesari Z, Maynard A. 2003. Impact of NICE guidance on laparoscopic surgery for inguinal hernias: analysis of interrupted time series. *BMJ* 326: 578.

Coast J, Donovan J, Litva A, Eyles J, Morgan K, Shepherd M, Tacchi J. 2002. 'If there were war tomorrow, we'd find the money': contrasting perspectives on the rationing of health care. *Social Science & Medicine* 54: 1839-1851.

Drever F, Whitehead M. 1996. Health Inequalities. London: Office of National Statistics.

Garpenby P. 1991. Hälso- och sjukvården i Storbritannien. I: Arvidsson G, Jönsson B (red) Sjukvård i andra länder - Vad kan Sverige lära? Stockholm: SNS Förlag.

Griffiths S, Reynolds J, Hope T. 2000. Priority setting in practice. I: Coulter A, Ham C (eds.) The global challenge of health care rationing. Buckingham: Open University Press.

Ham C; Pickard S. 1998. Tragic Choices in Health Care. London: King's Fund.

- Ham C, McIver S. 2000. Contested decisions. Priority setting in the NHS. London: King's Fund.
- Hargreaves S. 2003. Transparency is key to rationing debate, delegates told. *BMJ* 326: 619.
- Hope T, Hicks N, Reynolds DJM, Crisp R, Griffiths S. 1998. Rationing and the health authority. *BMJ* 317: 1067-69.
- Joyce P. 2001. Governmentality and risk: setting priorities in the new NHS. *Sociology of Health & Illness* 23:594-614.
- Klein R. 1995. *The New Politics of the NHS*. Third Edition. London: Longman.
- Klein R, Day P, Redmayne S. 1996. *Managing scarcity. Priority setting and rationing in the National Health Service*. Buckingham: Open University Press.
- Klein R, Sturm H. 2002. Viagra: A success story for rationing? *Health Affairs* 21:177-187.
- Koen V. 2000. *Public expenditure reform: the health care sector in the United Kingdom*. Economics Department Working Paper No. 256. Paris: OECD.
- Le Grand J. 2002. *The Labour Government and the National Health Service*. *Oxford Review of Economic Policy* 18: 137-153.
- Le Grand J. 2002. Further Tales From the British National Health Service. *Health Affairs* 21: 116-128.
- Le Grand J, Bartlett W. 1993. *Quasi-markets and the Social Policy*. London: Macmillan.
- Lenaghan J, New B, Mitchell E. 1996. Setting priorities: Is there a role for citizens' juries? *BMJ* 312: 1591-1593.
- McDonald R, Burrill P, Walley T. 2001. Managing the entry of new medicines in the National Health Service: health authority experiences and prospects for primary groups and trusts. *Health and Social Care in the Community* 9: 341-347.
- McIver S. 1998. *Healthy debate: an independent evaluation of citizens' juries*. London: King's Fund.

McIver S, Baines D, Ham C, McLeod H. 2000. Setting priorities and managing demand in the NHS. Birmingham: University of Birmingham.

NICE. 2003. Press Release. Recommendations from citizens council on clinical need have immediate impact on NICE. 22 January 2003.

Robert G. 2003. The United Kingdom. I: Ham C, Robert G (eds) Reasonable Rationing. Maidenhead: Open University Press.

Sculpher M, Drummond M, O'Brien B. 2001. Effectiveness, efficiency and NICE. *BMJ* 322: 943-944.

Shaw M, Gordon D, Dorling D, Davey Smith G. 1999. *The Widening Gap: Health inequalities and policy in Britain*. Bristol: The Policy Press.

Smee C. 2000. United Kingdom. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25:945-951.

Smith PC 2002. Performance management in British health care: Will it deliver? *Health Affairs* 21: 103-115

Townsend P, Davidson N. 1982. *Inequalities in Health: The Black Report*. London: Penguin.

Whitehead M. 1988 *The Health Divide*. London: Health Education Council.

The NHS Plan 2000, avsnitt 3.32



## 5. ÖPPNA PRIORITERINGAR I NEDERLÄNDERNA – TILLBAKA PÅ RUTA ETT?

*Sandra Jansson och Anders Anell*

### 5.1 Introduktion

Nederländerna är Europas mest tätbefolkade land med 469 invånare per kvadratkilometer land. En majoritet av holländarna bor i eller i anslutning till någon av de fyra största städerna Amsterdam, Den Haag, Utrecht och Rotterdam. Den totala befolkningen uppgår till ca 16 miljoner invånare. Befolkningstillväxten är kraftig. Förklaring till den kraftiga befolkningsökningen är en hög fertilitet och en hög invandring. I jämförelse med övriga Europa har Nederländerna en relativt hög andel av befolkningen i arbetsför ålder. Andelen 65 år eller äldre har ökat sedan 1960-talet och uppgick år 2002 till ca 14 procent av befolkningen, vilket är en något lägre andel än i Sverige (OECD 2002). Det finns relativt många ensamhushåll, varav de äldre står för en stor andel. Enbart de skandinaviska länderna har ett lägre genomsnittligt antal medlemmar i hushållen än Nederländerna i Europa (EU & WHO 1997). Nederländerna har traditionellt haft en låg kvinnlig sysselsättningsgrad. Under 1990-talet har dock andelen sysselsatta kvinnor i åldrarna 15-64 år ökat och år 2000 var andelen ungefär lika hög som i Sverige (OECD 2002).

Den holländska ekonomin är baserad på fri företagsamhet, men präglas även av statlig kontroll och regleringar. Den största delen av BNP kom 1998 från tjänstesektorn (68 procent) följt av industrin (27 procent) och jordbruket (5 procent). Efter en ekonomisk nedgång under början av 1990-talet, har den holländska ekonomin efter 1995 återhämtat sig. Vissa tecken finns dock på att landet återigen kan vara på väg ned i en konjunktursvacka. De offentliga utgifternas andel av BNP har minskat i Nederländerna sedan mitten av 1990-talet. År 2000 motsvarade de offentliga utgifterna 45,4 procent av BNP och endast fyra länder i EU (Storbritannien, Portugal, Luxemburg och Spanien) har en lägre andel offentliga utgifter i förhållande till BNP än Nederländerna. Det totala sociala skydds nätet kostade 6 371 ECU per invånare 1998 och landet intar därmed en mittenplacering i EU (Eurostat, 2002).

Nederländerna är en monarki med en skriven konstitution (senast reviderad 1983). Parlamentets övre kammare väljs av landets 12 provinsiella regeringar, medan den andra kammaren väljs genom direkt allmän rösträtt med proportionell representation. Båda kamrarna väljs för fyra år.

Regeringen och den andra kammaren lägger fram propositioner, vilka den övre kammaren kan antingen godkänna eller avslå. Den övre kammaren har inte mandat att ändra propositionerna. Under hela 1990-talet har liberaler ingått i regeringskonstellationen och regerat ihop med både kristdemokrater (1990-1994) och socialdemokrater (1994-2002). I samband med nyvalet januari 2003 (efter endast 87 dagar med ny regering), fick det kristdemokratiska partiet störst andel av rösterna och därmed förnyat förtroende att bilda regering. Stora delar av den offentliga förvaltningen är decentraliserad till 12 provinser och 646 kommuner.

### **5.1.1 Hälsförhållanden**

År 2000 var medellivslängden 78,1 år (75,5 år för män och 80,6 år för kvinnor) vilket innebär en ökning med 1,1 år sedan 1990. Det motsvarar medellivslängden i Europa men är något kortare än i Sverige. Den totala dödligheten (alla dödsorsaker) har minskat sedan mitten av 1990-talet (från 689,3 till 669,5 dödsfall per 100 000 invånare). Under samma period har spädbarnsdödligheten minskat årligen med 2,7 procent och låg 2000 på 5,1 dödsfall per 1000 levande födda. 80 procent av den holländska befolkningen upplevde sig vara i god hälsa år 2000. Samtliga åldersgrupper, utom åldersgruppen 65 år eller äldre, visar en ökad andel individer med upplevd god hälsa sedan mitten av 1990-talet. Incidensen för insjuknande i AIDS har minskat sedan 1995 och Nederländerna hade det lägsta antalet nya fall per 100 000 invånare år 2001 i jämförelse med t ex Tyskland, Frankrike, Belgien, Sverige och Danmark. Antalet nya fall av elakartad cancer har dock ökat med 18 procent i Nederländerna sedan mitten av 1980-talet.

## **5.2 Hälsa- och sjukvårdssystemet**

Det holländska hälso- och sjukvårdssystemet är ett komplicerat system som har formats i en ständigt skiftande miljö av institutioner, regleringar och ansvar. Det framhålls ofta som ett lysande exempel på holländsk pluralism (Bos 2000). Finansieringen administreras av en mix av privata och offentliga aktörer och produktionen är övervägande privat. Sedan 1970-talet har staten genom lagstiftning försökt minska kostnaderna genom en ökad kontroll av hälso- och sjukvårdens utbudssida och förbättring av kvaliteten i vården. För detta ändamål finns ett väl utvecklat system med nationella, regionala och lokala byråer som övervakar sjukvården. I en neokorporativistisk anda strävar man efter att förankra beslut och uppnå konsensus bland intresseorganisationerna före implementering av beslut.

Det innebär att intresseorganisationerna till viss del har möjlighet att hindra förändringar som är negativa för den egna organisationen. Kritiken mot denna form av politik växte sig stark under 1980-talet och ett antal kommittéer så som Dekker (1987), De Jong (1993) och Fortyun (1991), pekade på systemets inneboende fel med segdraget beslutfattande och kostnadsökningar som följd. Under slutet av 1990-talet reducerades också antalet rådgivningsorgan kraftigt (Hälso- och sjukvårdsministeriet, 1E 2002).

### 5.2.1 Hälso- och sjukvårdsutgifter

Utgifterna för hälso- och sjukvård har ökat med mer än 50 procent sedan början av 1990-talet (tabell 2). Trots det har utgifterna för hälso- och sjukvården i Nederländerna stadigt legat mellan 8,0 och 8,5 procent av BNP, vilket förklaras av den ekonomiska uppgång som präglat Nederländerna under senare delen av 1990-talet.

Tabell 2. Trender i hälso- och sjukvårdsutgifterna i Nederländerna 1991-2000.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000*
Miljarder (EURO)	21,2	22,7	23,7	24,6	25,6	26,5	27,7	29,4	31,1	33,0
Per capita (EURO)	1407	1497	1552	1597	1653	1708	1773	1874	1966	2075
Andel av BNP (%)	8,3	8,5	8,6	8,5	8,4	8,3	8,3	8,4	8,3	8,2
Offentlig finansiering (%)	74,2	77,5	78,4	77,7	76,7	71,5	72,6	72,3	71,6	73,2

Källa: OECD Health Data 2002 4th edition.

\* Preliminära siffror

I försöken att begränsa hälso- och sjukvårdsutgifterna har regleringar främst riktats mot sjukhusen, hälso- och sjukvårdspersonalen och läkemedel. Den procentuella andelen av utgifterna har minskat för sjukhusen och hälso- och sjukvårdspersonalen, medan andelen snarare har ökat för läkemedel och medicinska hjälpmedel (tabell 3). Den mesta hälso- och sjukvården som rör äldre och psykisk ohälsa har också ökat i andel av utgifterna, medan utgifterna för administration har minskat.

Tabell 3. Hälso- och sjukvårdsutgifterna per kategori (procent) i Nederländerna 1991-2000.

Kategori	1991	1995	2000*
Sjukhus	31,4	30,6	30,0
Sluten psykiatrisk vård	5,7	5,9	6,1
Sjukhem	9,7	10,0	10,1
Annan institutionaliserad vård	0,8	0,7	0,6
Specialistläkare (egna praktiker)	5,8	5,0	4,6
Allmänläkare (egna praktiker)	3,7	3,5	3,5
Tandvård	4,6	3,8	3,9
Mödravård och paramedicin	3,0	2,7	2,5
Läkemedel och medicinska hjälpmedel	12,0	13,9	14,6
Hemtjänst	6,9	6,8	7,1
Mentalsjukvård**	7,4	7,5	7,8
Ambulanssjukvård och annan sjuktransport	1,1	1,1	1,2
Företagshälsovård och folkhälsa	1,8	2,6	3,0
Annan hälso- och sjukvård	1,3	1,3	1,2
Policy, administration och ledarskap	4,8	4,5	3,9
Totalt	100	100	100

Källa: Schut & van de Ven, 2002

\* Preliminära siffror

\*\* Inkluderar mentalsjukhus, mentalsjukvård i öppenvården samt fristående psykiatriker sedan 1997

### 5.2.2 Finansiering av hälso- och sjukvårdssystemet

Hälso- och sjukvården i Nederländerna finansieras huvudsakligen med hjälp olika typer av försäkringar, beroende på form av hälso- och sjukvård och individens inkomst. Försäkringssystemet är indelat i tre segment; dyr hälso- och sjukvård som individen inte kan försäkra sig mot på den vanliga försäkringsmarknaden (AWBZ), akut hälso- och sjukvård vilket omfattas av antingen offentlig (ZFW) eller privat försäkring samt annan sjukvård som inte omfattas av de två första kategorierna och som finansieras genom privata tilläggsförsäkringar.

Försäkringssystemet under AWBZ initierades 1967 och syftade till att skydda individer mot dyr hälso- och sjukvård som individen själv inte kunde försäkra sig mot vid t ex långtidssjukdom, barnafödande eller svårare olycksfall.

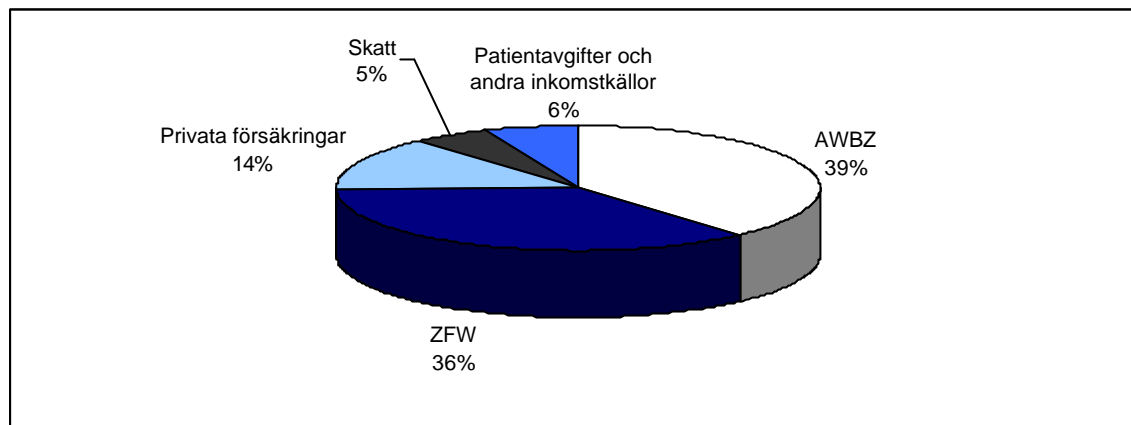
Alla individer bosatta och registrerade i Nederländerna omfattas obligatoriskt av försäkringen och måste betala försäkringspremier oavsett om individen har tecknat andra (privata eller offentliga) försäkringar. Försäkringen omfattar bland annat omvårdnad riktad till fysiskt handikappade personer och psykiatrisk vård. Den största delen av finansieringen av AWBZ kommer från inkomstrelaterade premier (ca 75 procent), men även patientavgifter kan komma ifråga, bland annat vid behandling på institution (Hälso- och sjukvårdsministeriet, 1E 2002). Försäkringssystemet under ZFW introducerades 1966 och syftar till att skydda individen mot ”vanliga” utgifter för hälso- och sjukvård, så som primär- och sjukhusvård, läkemedel och medicinska hjälpmedel. Alla löntagare upp till 65 år och med en lönenivå under ett visst belopp (år 2002 30 700 EURO), eller som uppehåller någon form av statligt understöd omfattas obligatoriskt av försäkringssystemet. För att förmånerna ska kunna utnyttjas måste dessutom personen registrera sig vid någon av de ca 30 icke vinstdrivande sjukvårdskassorna. De som fram till pensionen har uppehållit försäkringsskydd genom ZFW, fortsätter att täckas av försäkringen även efter 65 års ålder. Försäkringssystemet under ZFW finansieras huvudsakligen av inkomstrelaterade premier (7,95 procent av lönen eller bidraget år 2002). Av dessa premier betalas egentligen ett visst belopp (6,25 procent år 2002) av arbetsgivaren (eller bidragsgivaren). Vid utnyttjande av vården måste den försäkrade dessutom betala en inkomstrelaterad patientavgift. Vissa kategorier av statsanställda, t ex poliser, omfattas istället av en annan likvärdig statligt finansierad hälso- och sjukförsäkring (Hälso- och sjukvårdsministeriet, 1E 2002).

Nederländerna har den högsta andelen medborgare (ca 31 procent) i Europa med privat finansierad hälso- och sjukvårdsförsäkring. Alla individer som inte omfattas av ZFW måste teckna en privat försäkring. Omfattningen av hälso- och sjukvård avtalas individuellt mellan försäkringstagare och försäkringsgivare och staten har därmed ingen direkt kontroll. Premien är inte inkomstrelaterad och brukar ligga runt 900 EURO per år. Enligt Lagen om tillgång till hälso- och sjukvårdsförsäkring (WTZ) måste försäkringsgivarna sedan 1998 tillhandahålla en standardform av försäkring i försäkringsutbudet för de försäkringstagare som uppfyller alla de lagstadgade kraven. (Hälso- och sjukvårdsministeriet, 1E, 2002). Även de med ett grundläggande försäkringsskydd via ZFW har möjlighet att teckna privata tilläggsförsäkringar, vilket 90 procent av dessa väljer att göra. Den här typen av tilläggsförsäkringar kan t ex eliminera egenavgifter vid köp av vissa läkemedel (personlig kommunikation Albert Boer, CVZ).

Sammanlagt finansieras närmare 89 procent av all hälso- och sjukvård med hjälp av antingen privata eller offentliga försäkringar. De största finansiärerna är de statliga hälso- och sjukvårdsförsäkringarna AWBZ och ZFW, vilka sammanlagt stod för ca 75 procent av finansieringen (se figur 1).

Den resterande delen finansieras med hjälp av skatter (mindre än 5 procent) eller patientavgifter (ca 6 procent).

Figur 1: Finansiering av hälso- och sjukvården (procent) i Nederländerna 2002.



Källa: Hälso- och sjukvårdsministeriet, 1E, 2002.

Oavsett om försäkringen är privat eller offentligt finansierad är försäkringsbolaget skyldigt att se till att den försäkrade får tillgång till den vård han eller hon har rätt till. Sjukförsäkringsnämnden (CVZ) är nationellt ansvarig för organisation och administration av de statliga hälso- och sjukförsäkringarna. På regional och lokal nivå är ansvaret för administrationen av sjukförsäkringssystemet decentraliserat till ca 30 sjukkassor. Sjukkassorna är juridiskt oberoende, icke-vinstdrivande organisationer som har slutit sig samman under en paraplyorganisation, som förhandlar med grupper av sjukvårdsproducenter och håller kontakt med myndigheter. Sjukkassorna står sedan 2001 under kontroll av Styrelsen av Hälso- och sjukförsäkringar (CTZ), en organisation som främst kontrollerar hanteringen av sjukförsäkringarna inom AWBZ och ZFW och ger råd till hälsoministern i frågor rörande social- och sjukförsäkringar (Hälso- och sjukvårdsministeriet, nr 1E, 2002). Det finns idag ca 100 privata sjukförsäkringsbolag varav en del drivs i vinstsyfte men majoriteten är icke-vinstdrivande. Dessa kontrolleras också av en nationell organisation (personlig kommunikation Albert Boer, CVZ).

### 5.2.3 Produktion av hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården i Nederländerna drivs i huvudsak i privat regi genom religiösa och icke-vinstdrivande organisationer. Ca 85 procent av sjukhusen drivs i privat regi och så gott som hela primärvården. Även om vårdgivarna är privat ägda, måste en vårdgivare vara auktoriserad i enlighet med Lagen om stadgande för sjukhus (WZV) för att kunna erbjuda hälso- och sjukvård. Lagen infördes 1971 och ger bland annat regeringen möjlighet att reglera all byggnation av sjukhus och sjukhem (Bos 2000).

Auktoriserade vårdgivare får erbjuda sina tjänster till ett maximipris som regleras av Hälso- och sjukvårdstariffnämnden (WTG). Försäkringsgivarna har dock sedan 1992 möjlighet att försöka förhandla fram lägre pris (Hälso- och sjukvårdsministeriet, nr 15 2002). Sjukhusen delas in i tre kategorier beroende på den verksamhet som bedrivs; universitets- (8 st), special- (33 st) och allmänna sjukhus (102 st). Sedan 1984 har sjukhusen årliga förhandlingar med försäkringsbolagen och sjukförsäkrarna om ersättning i form av globala sjukhusbudgetar (Hälso- och sjukvårdsministeriet, nr 7 2002). Försäkringsbolagen är enligt lag tvungna att sluta avtal med auktoriserade vårdgivare.

Det medicinska teknologiutnyttjandet har starkt reglerats i Nederländerna sedan mitten av 1980-talet. Artikel 18 i Lagen om stadgande för sjukhus (WZV) reglerar högteknologianvändning vid medicinska inrättningar. Om ett sjukhus vill utnyttja en viss teknologi måste man ansöka om tillstånd från Hälso- och sjukvårdsministeriet. Sedan 1985 är lagen tillämplig på såväl allmänna sjukhus som universitetssjukhus. Då utnyttjande av högteknologi som regleras av artikel 18 subventioneras med allmänna medel, har artikel 18 på senare tid kopplats till Programmet för utvärdering av medicinsk teknologi. För att hindra en okontrollerad spridning av dyr medicinsk teknologi hindras andra sjukhus från att praktisera teknologin medan den är under utvärdering. Exempel på teknologier som är reglerade på det här sättet är hjärtkirurgi, strålbehandling samt hjärt- och levertransplantationer. Hjärt- och levertransplantationer var de första teknologier som formellt utvärderades inom Programmet för medicinsk teknologiutvärdering. Verksamheterna har på så sätt begränsats till två hjärttransplantationscenter och tre levertransplantationscenter (Bos 2000). Trots att dessa teknologier är omgärdade av regleringar utförs de i ungefär samma omfattning som i Sverige. Antalet hjärttransplantationer har minskat under 1990-talet och låg år 2000 på samma nivå som i Sverige (0,2 per 100 000 invånare), medan antalet levertransplantationer istället har ökat under samma tidsperiod och låg år 2000 något lägre än i Sverige (0,8 per 100 000 invånare) (OECD 2002).

#### **5.2.4 Personal**

Läkartätheten i Nederländerna (2,9 läkare per 1000 invånare 1998) motsvarar ungefär den i Sverige (OECD 2002). Antalet medicinstuderande regleras av staten baserat på det uppskattade framtida behovet av personal. Den grundläggande läkarutbildningen sker vid någon av landets åtta universitet och specialiseringen sker vid universitetssjukhusen. Under 1990-talet har Nederländerna upplevt en läkarbrist, men trots det har inte antalet platser till läkarutbildningarna ökat märkbart (Hälso- och sjukvårdsministeriet, nr 7 2002).

Specialistläkare anslutna till sjukhusen driver sina egna praktiker och är därmed inte anställda av sjukhusen. Specialistläkaren ersattes tidigare efter prestation, men sedan år 2000 ersätts dessa med en årlig klumpsumma efter förhandlingar med sjukhuset. Ca 20 procent av specialistläkarna är inte verksamma vid något sjukhus utan driver egen praktik utanför sjukhusen (Hälso- och sjukvårdsministeriet, nr 7 2002). Allmänläkare fungerar sedan länge som grindvakt i hälso- och sjukvårdssystemet och remiss krävs för besök hos en specialist. De flesta allmänläkare driver egen praktik. Oftast drivs dessa i samarbete med andra allmänläkare, men det finns även ett mindre antal hälso- och sjukvårdscenter som drivs i samarbete med annan vårdpersonal. Allmänläkaren ersätts med hjälp av kapitation (för patienter försäkrade genom ZBW) eller med prestationsbaserad ersättning (för patienter med privat försäkring). Patienten har formellt sett möjlighet att själv välja sin allmänläkare, men på landsbygden begränsas patientens valmöjligheter starkt av utbudet av läkare (personlig kommunikation Els de Bruijn, KNMG). Även de 7 300 tandläkarna driver oftast ensampraktik i egen regi och ersätts på samma sätt som allmänläkare. Apoteken är privata men liksom för hälso- och sjukvården har staten utarbetat detaljerade regler för bland annat etablering, ägande och prissättningen av apotekstjänster.

### **5.2.5 Prevention**

Initiering och finansiering av preventiva åtgärder och screening är ett statligt ansvar, medan åtgärderna utförs av offentliga och privata organisationer (Bos M 2000). Den offentliga preventionslagen (WCPV) från 1989, delegerar ansvaret för vissa grundläggande offentliga hälso- och sjukvårds tjänster till lokala myndigheter. Utfallet har blivit att olika åtgärder erbjuds till befolkningen i olika delar av landet. För att komma till rätta med dessa skillnader tillsattes den s k Lemstra kommittén som rekommenderade en gemensam plattform för offentlig hälso- och sjukvård, vilken också introducerades 1998. På rekommendation av kommittén specificerades också statens grundläggande ansvar för prevention och sjukvård. Inom detta ansvar återfinns bland annat övervakning av folkhälsan och smittsamma sjukdomar. Exempel på program som erbjuds är mass-screening av riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar och bröstcancer. (Hälso- och sjukvårdsministeriet 2002).

### **5.2.6 Läkemedel**

Läkemedel svarar för närmare 10 procent av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten. År 2001 uppgick kostnaderna till 37 miljarder EURO och den årliga ökningstakten har varit ca 10 procent. I förhållande till Norden är konsumtionen av läkemedel låg, men läkemedelsutgifterna ökar i högre takt än i t ex Sverige. Nästan två tredjedelar av läkemedelsutgifterna genereras av fyra grupper av läkemedel, där bland annat kolesterolsänkande läkemedel och läkemedel vid astma och kroniska lungsjukdomar ingår.



Läkemedelsförbrukningen på sjukhus ingår i sjukhusvården och omfattas av sjukhusets budget. Patienternas egenavgifter för läkemedel är låga (ca 2 procent av utgifterna) och utgår endast för läkemedel med prissättning över ett visst referenspris (Hälso- och sjukvårdsministeriet, nr 15 2002). För att minska samhällets utgifter för hälso- och sjukvård, uppmuntras apoteken att dispensera billigare generika eller parallellimporterade läkemedel, varvid apoteken får behålla en tredjedel av prisskillnaden. Då prisskillnader mellan generika och originalpreparat har minskat sedan 1996, har det inneburit minskade vinster för apoteken i dessa incitamentsavtal.

För att läkemedlen ska ingå i förmånssystemet ställs idag allt högre krav på ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet. 1991 introducerades systemet för läkemedelssubventioner (Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem – GVS), med syfte att begränsa kostnader och uppmuntra en rationell användning av läkemedel (Bos 2000). Läkemedelsproducenten måste lämna in en formell ansökan för bedömning till hälso- och sjukvårdsministern om ett läkemedel ska omfattas av subvention av den sociala hälso- och sjukvårdsförsäkringen. Bedömningen och utarbetande av rekommendation görs av Kommittén för Läkemedelshjälp (Commissie Farmaceutische Hulp – CFH) inom Sjukförsäkringsnämnden (CVZ). Det slutgiltiga beslutet om subvention fattas av hälso- och sjukvårdsministern senast 90 dagar efter att ansökan kommit in till ministeriet. Den positiva listan av subventionerade läkemedel utgörs av dels terapeutiskt utbytbara läkemedel med begränsad subvention (bilaga 1a i regleringen av Läkemedelshjälpen), dels läkemedel som bedöms sakna terapeutiska substitut vilka subventioneras fullt ut (bilaga 1b, bilaga 2 i regleringen av Läkemedelshjälpen) (Hälso- och sjukvårdsministeriet, nr 15 2002). Privata försäkringsgivare utgår vanligtvis från samma lista när det gäller personer med privat försäkring. Kraven på hälsoekonomisk dokumentation har stigit i takt med att läkemedelskostnaderna har ökat. Från och med 2005 är sådan dokumentation obligatorisk vid bedömning av om läkemedlet ska omfattas av subvention (Hälso- och sjukvårdsministeriet, nr 7 2002).

### **5.2.7 Äldreomsorgen**

I och med kvinnornas intåg på arbetsmarknaden och den ökande andelen äldre i befolkningen, har behovet av äldreomsorg ökat. Den mesta vården utförs fortfarande i det egna hemmet men numera med hjälp av avlönad arbetskraft. På samma sätt som inom sjukvårdssektorn tillhandahålls äldreomsorg och vård av äldre framför allt av privata organisationer, där de flesta är icke-vinstdrivande. Driften av de olika vård- och omsorgsverksamheterna sköts självständigt av de olika institutionerna medan myndigheterna ansvarar för planering, administration och finansiering. Det mesta av administrationen är delegerat till provinserna, medan kommunernas roll begränsas till att utvärdera de äldres vårdbehov.

De vanligaste formerna av äldreomsorg är sjukhem, äldreboende, serviceboende, hemhjälp och hjälptjänster. Ca 11 procent av dem som är 65 år eller äldre har någon form av serviceboende. Motsvarande siffror (1996) för hemhjälp var 9 procent, äldreboende 6 procent, ambulerande lunchbespisning 6 procent och sjukhem 3 procent.

Åren efter andra världskriget uppmuntrades äldre att flytta till institutioner för att lämna plats för trångbodda småbarnsfamiljer, men under de senaste decennierna har istället äldreomsorgen gått i riktning mot hjälp i hemmet. Runt 200 icke-vinstdrivande organisationer sköter hemhjälp hos de gamla, medan 5 procent av sjukhemmen ägs och drivs av kommunerna. Trots att antalet organisationer är många, finns det lite valfrihet i systemet. Om en person bedöms vara i behov av äldreomsorg ges denna under förutsättning att det ryms inom budgeten. I de fall budgeten redan är uttömd, sätts personen på väntelista. Det mesta av äldreomsorgen finansieras via AWBZ (t ex 90 procent av hemhjälp och sjukhemmen), men egenavgifter förekommer också. Det gäller speciellt för äldreboende. Personalen inom hemhjälp består av fyra olika typer av vårdgivare med olika grader av utbildning. Utöver detta förekommer s k Alfa-hjälp, d v s okvalificerad hemhjälp som formellt är anställd av vårdtagaren. Sedan 1995 testas ett system med personlig budget. Det innebär att en person som har bedömts vara i behov av omvårdnad kan tilldelas en ”vårdpeng” som kan användas till att köpa omvårdnad och assistans. Tanken är att uppmuntra boende i det egna hemmet och att avlasta anhörigas börda. Utöver hemhjälp erbjuds de äldre även diverse hjälptjänster såsom dagverksamheter, dagvård samt transporter (Rostgaard T & Fridberg T 1998).

### **5.2.8 Reformen**

Hälso- och sjukvården i Nederländerna har präglats av en mycket tydlig statlig utbudsreglering de senaste 20 åren. Ordningen uppstod under tider med ökande arbetslöshet och begränsad ekonomisk tillväxt, varför behov av strikt ekonomisk kontroll styrde utformningen av hälso- och sjukvårdssystemet. Det har inneburit att trepartsförhållandet mellan medborgare/patient, försäkringsgivare och hälso- och sjukvårdsproducenter starkt dominerats av regleringar och lagar (Hälso- och sjukvårdsministeriet, 14E 2002). I slutet av 1980-talet gjordes ett första försök att skapa ett efterfrågebaserat hälso- och sjukvårdssystem med hjälp av marknadsmekanismer, den s k Dekkerplanen. Syftet med Dekkerplanen var att uppmuntra konkurrensen mellan försäkringsgivarna som i sin tur skulle öka styrningen av vårdutbudet mot förbättrad kostnadseffektivitet. I praktiken har dock inte mycket förändrats. Under 2002 lades ytterligare en reformplan fram, med målsättningen att alla de olika försäkringssystemen ska smältas samman till ett försäkringssystem liknande det svenska.

Det innebär bland annat att skillnaderna mellan offentliga och privata försäkringar ska upphöra och det lagstadgade försäkringssystemet ska vara landstäckande och täcka hälso- och sjukvård, läkemedel, medicinska hjälpmedel samt långvård och generell omvårdnad. Ett kriterium för vård ska täckas av försäkringen är att den är kostnadseffektiv (Hälso- och sjukvårdsministeriet, 1E 2002). Huruvida reformen kommer att genomföras med en ny regeringskoalition vid makten är ännu osäkert.

### **5.3 Patientens rättigheter och inflytande**

Sedan 1983 har alla medborgare lagstiftad rättighet till hälso- och sjukvård. Rättigheten baseras på artikel 22 i den holländska konstitutionen och innebär att myndigheterna ska främja folkhälsan (Hermans & den Exter 1998). Den lagstiftande innebörden är relativt svag och den ursprungliga tolkningen av lagen var av symbolisk karaktär, där innebörden tolkades som att offentliga myndigheter ska tillhandahålla och underlätta utnyttjandet av hälso- och sjukvård för medborgarna. Utöver detta har hälso- och sjukvårdslagstiftningen tolkat rättigheten som en rätt till lika tillgång, valfrihet och solidarisk hälso- och sjukvård. Därmed ska myndigheterna garantera hela befolkningens tillgång till hälso- och sjukvård oberoende av individens betalningsförmåga eller andra omständigheter (Hermans & den Exter 1998). Erfarenheterna visar att endast under extrema förhållanden i väntelistor har patienter, med stöd av artikel 22 i konstitutionen, framgångsrikt kunnat hävda sin rätt till hälso- och sjukvård (Hendriks 2001).

Den senare tidens utveckling mot krav på ökat patientinflytande har även influerat hälso- och sjukvården i Nederländerna. I enlighet med Dekkerkommitténs många förslag, har initiativ tagits under 1990-talet för att minska den centrala styrningen av utbudssidan och öka efterfrågestyrningen av hälso- och sjukvården. Som ett led i den utvecklingen introducerades mellan 1995 och 2000 flera lagar för att stärka patientens ställning, t ex Lagen om medicinsk behandling (WGBO), Lagen om vårdtagarens rätt att klaga inom omsorgen (WKCZ), Lagen om vårdtagarens rätt att påverka omsorgen (WMCZ) samt Lagen om kvalitet inom hälso- och sjukvårdsinstitutionerna (WKZ). En av de viktigaste paraplyorganisationerna är Den holländska federationen för patienter och konsumenter (NPCF), vilken omfattar över 45 patient- och konsumentorganisationer och verkar för att sprida information om hälso- och sjukvårdsfrågor till allmänheten. Utöver detta representerar organisationen hälso- och sjukvårdskonsumenterna i nationella rådgivande organ så som t ex. Hälso- och sjukvårdsrådet (GR) och den nationella plattformen för utvärdering av medicinsk teknologi (Bos 2000).

Trots det har dessa organisationer ännu inte något större inflytande i hälso- och sjukvården (Hälso- och sjukvårdsministeriet, nr 14E 2002). Regeringen har avsatt 21,8 miljoner EURO årligen för att stärka patient- och konsumentorganisationernas ställning. Bidraget till organisationerna fördelas efter antalet medlemmar i organisationerna (personlig kommunikation Wija Oortwijn), men bidragssystemet är nu under översyn. En del av det här bidraget har organisationerna använt till att utveckla system för utvärdering av patienternas tillfredsställelse med vården.

## **5.4 Öppna prioriteringar**

### **5.4.1 Historik**

Under senare delen av 1980-talet och början av 1990-talet intensifierades diskussionen om samhällets möjlighet att finansiera all tänkbar sjukvård och förutsättningar för öppna prioriteringar i Nederländerna. Landet hade drabbats av en konjunktursvacka samtidigt som hälso- och sjukvårdsutgifterna steg kraftigt. Två samtidiga utredningar tillsattes – Dunningkommittén och en kommitté från Hälso- och sjukvårdsrådet (GR) ledd av Dr Els de Borst-Eilers (personlig kommunikation Dr Jannes Mulder, VWS). Medan Dunningkommitténs förslag byggde på en politisk prioriteringslösning på problemet med hälso- och sjukvårdsgapet, byggde Hälso- och sjukvårdsrådets lösning på förändringar i incitament och organisation av hälso- och sjukvården.

Dunningkommittén utgick ifrån två grundtankar: att prioriteringar är nödvändiga då hälso- och sjukvårdsresurserna är ändliga och att all möjlig medicinsk teknologi inte nödvändigtvis ska erbjudas inom det offentliga skyddsnetet. Dessa två utgångspunkter speglade en förändrad inställning till samhällets ansvar från hälso- och sjukvård generellt till nödvändig hälso- och sjukvård. Dessa två grundtankar gav i sin tur upphov till tre grundläggande principer;

1. för att skapa rättvisa måste alla individer i befolkningen ha tillgång till nödvändig hälso- och sjukvård istället för att en liten andel individer har tillgång till all medicinskt möjlig vård
2. öppna och explicita prioriteringar är bättre än dolda och implicita
3. professionella värden *och* sociala värden ur samhällets synvinkel bör utgöra grunden för definitionen av vad som är värdefull medicinsk behandling

Principerna innebar att prioriteringar måste göras utifrån en dialog som involverar både patient- och konsumentföreningar och hälso- och sjukvårdspersonal, då prioriteringar skulle göras utifrån samhällets synvinkel.

För att möjliggöra prioriteringar baserat på dessa grundläggande principer utarbetades fyra beslutskriterier – *nödvändighet (ur ett samhällsperspektiv)*, *ändamålsenlighet*, *(kostnads -) effektivitet* samt *individuellt ansvar* (Kommittén för val i Hälso- och sjukvården 1992). Dessa fyra beslutskriterier skulle, enligt Dunningkommittén, bilda basen i utvärderingar av fyra olika beslutsstrategier för att avgränsa det offentliga åtagandet. De strategier, vilka Dunningkommittén ansåg borde utvärderas med hjälp av dessa beslutskriterier var; valet av hälso- och sjukvård som ska finansieras av samhället, valet av framtagande och spridning av medicinsk teknologi, prioriteringar i och mellan väntelistor samt definitionen av lämplig användning av hälso- och sjukvård (van der Grinten & Kasdorp 1999).

Under början av 1990-talet gjordes vissa politiska försök att begränsa samhällets finansiering av hälso- och sjukvården, men den krist- och socialdemokratiska koalitionen (1989-1994) valde att definiera 95 procent av hälso- och sjukvården som nödvändig, vilket innebar att strategin att avgränsa hälso- och sjukvård som ska finansieras av samhället förklarades politiskt död (van der Grinten & Kasdorp, 1999). Den "lila" koalitionen (socialdemokrater, socialliberaler och liberaler) (1994-2002) har gjort flera försök att begränsa förmånssystemet genom att lyfta ut preventivmedel, konstgjord befruktning, långtidspsykoterapi, sjuktransporter, logopedisk behandling, tandvård samt hemhjälp efter förlossning. Efter politiska påtryckningar har dock de flesta av dessa behandlingar lyfts in i förmånssystemet igen. Regeringen lyckades dock med att utesluta långsiktig fysioterapi (1996) och kraftigt ransonera av medicinska hjälpmedel (1999).

Den största framgången med Dunningkommitténs förslag var inom utvärdering av medicinsk teknologi. Den snabba kostnadsutvecklingen och spridningen av ny dyr medicinsk teknologi, fick till följd att Hälso- och sjukvårdsministeriet 1985 valde att tillsätta en projektkommitté – Kommittén för framtida medicinsk teknologi – vilken senare kopplades till artikel 18 i Lagen om stadgande för sjukhus. För att identifiera framtida medicinska teknologier sammanställde kommittén expertinformation i en lista (den s k 126-listan). Framgången med projektet fick till följd att verksamheten fick en permanent fortsättning (Banta & Gelijns 1998). Den fortsatta utvärderingen blev Sjukförsäkringsnämndens (CVZ) ansvar fr o m 1988 och en särskild avdelning (Programmet för medicinsk utvärdering) utformades för detta ändamål (Oortwijn et al 1998). Sjukförsäkringsnämnden (CVZ) har sedan 1998 arbetat i riktning mot en mer explicit modell för prioriteringar av forskningsansökningar till Programmet för medicinsk utvärdering. Syftet med nämndens prioriteringar är att hindra introduktion och spridning av medicinskt och ekonomiskt ineffektiv medicinsk teknologi (Boer 1999).

En särskild beslutsmodell inspirerad av Dunningkommitténs slutsatser och därmed anpassad för öppna prioriteringar utarbetades för att möjliggöra explicita val i utvärdering av medicinsk teknologi. Modellen byggde på fyra kategorier av samhällsliga beslutsriterier; samhällets lidande av sjukdomen, osäkerhet i effekt av behandlingen, potentiella fördelar med utvärderingen samt utvärderingens inverkan (Oortwijn et al 1998).

Inte heller i prioriteringssituationer vid väntelistor och utformandet av behandlingsriktlinjer har Dunning kommitténs beslutsriterier kunnat omsättas i praktiken. Det är relativt vanligt att behandling hos en specialist kräver en lång tids väntan. I genomsnitt är en patient tvungen att vänta 58 dagar på specialistvård, vilket är mer än dubbelt så långt som befolkningen finner acceptabelt (Brouwer & Schut 1999). I samband med att arbetsgivarens ansvar för sjukfrånvaro utökades 1993 och 1996, ökade kraven på en reduktion av väntetider på sjukvårdande behandling (Brouwer & Hermans 1999). Det utbudsreglerade systemet med globala budgetar för sjukhusen innebär att sjukhusen inte alltid har kapacitet att producera den hälso- och sjukvård som krävs. Resultatet har blivit att helt privata sk företagskliniker har vuxit fram. Dessa kliniker fungerar i samarbete mellan arbetsgivare, försäkringsbolag och sjukhus, vilka gemensamt verkar för en prioriterad vård för de involverade arbetsgivarnas anställda. Trots protester från allmänheten och att regeringen valde att skjuta till ytterligare 50 miljoner holländska guilders 1997 för att minska väntetiden på sjukhem, har de helt privata klinikerna snarare ökat än minskat (personlig kommunikation Els de Bruijn, KNMG, Jannes Mulder, VWS) Även om många och omfattande riktlinjer har utarbetats är det i mångt och mycket budgetdiskussionerna mellan sjukhusen och försäkringsbolagen som styr den faktiska prioriteringen av hälso- och sjukvård.

#### **5.4.2 Dagsläget**

Trots lovvärda försök att förändra beslutsprocesserna sker prioriteringar av hälso- och sjukvård idag i stor utsträckning implicit i Nederländerna. Hälso- och sjukvårdspersonalen är indirekt ansvarig för prioriteringarna med utgångspunkt i sjukhusens budgetar och behandlingsriktlinjer. Detta kommer till uttryck i form av implicita prioriteringar så som väntelistor, utspädning av kvalitet (t ex kortare behandlingstider), differentiering av patienter (olika patienter får olika behandlingar) samt substitution av vård (t ex en sjuksköterska utför en insats som tidigare sköts av en läkare). Bassjukvården som omfattas av förmånssystemet omfattar idag ca 97 procent av all tillgänglig hälso- och sjukvård. Endast tandvård, sjukgymnastik (mer än 12 veckor per år), konstgjord befruktning samt vissa läkemedel är idag exkluderat från den grundläggande offentliga bassjukvården (personlig kommunikation Jannes Mulder, VWS).

Helt privata kliniker har i ökande utsträckning etablerats som betjäna de vårdområden som inte täcks av offentliga försäkringar eller då patienter eller arbetsgivare inte accepterar väntetiden för behandling. Mot bakgrund av en begynnande konjunktursvacka i Nederländerna och reformförslaget om en samlad offentlig sjukförsäkring har debatten om öppna prioriteringar inom det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården vaknat till liv igen. Hälso- och sjukvårdsrådet (GR) slår fast i en nyligen publicerad rapport (publikation nr 2003/02) att den offentliga bassjukvården kan (och bör) delas in i två delar; en solidarisk som innehåller den vård som ömsesidig solidaritet kan tillämpas på och en annan obligatorisk bassjukvård som innehåller den vård som ger upphov till externaliteter i samhället.

Rådet föreslår även att ett nationellt ramverk bör tas fram inom vilket frågor om gränsdragningar för vad som bör vara samhällets skyldighet att erbjuda sina medborgare kan diskuteras med både hälso- och sjukvårdspersonalen och patientföreningar. Internationella erfarenheter av öppna prioriteringar (främst erfarenheter från National Institute for Clinical Excellence (NICE) i Storbritannien) bör enligt förslaget inkorporeras i framtagandet av det nationella ramverket. Den beslutande makten över vilka vårdtjänster (och för vem) som ska omfattas av offentliga försäkringar anses fortfarande vara regeringens uppgift (Hälso- och sjukvårdsrådet 2003).

Försök gjordes i Nederländerna under slutet av 1990-talet att implementera en öppen beslutsprocess för prioriteringar av utvärdering av medicinsk teknologi. Dock har man i Nederländerna aldrig kommit så långt som att sätta beslutsprocessen fullt ut. Den nederländska organisationen för hälso- och sjukvårdsforskning och utveckling (ZonMw) har fr o m år 2000 tagit över ansvaret för Programmet för medicinsk utvärdering av teknologi från Sjukförsäkringsnämnden (CVZ). Hälso- och sjukvårdsministeriet har tillsammans med ZonMw valt att explicit deklarerat inom vilka områden medicinsk teknologi är högt prioriterat. Teknologin bedöms utifrån följande kriterier; samhällets lidande av sjukdomen, den potentiella nyttan av behandlingen för patienten, antalet patienter som berörs, de direkta kostnaderna som interventionen medför, finansiella konsekvenser samt ytterligare aspekter (påverkan på hälso- och sjukvårdspolitiken) (Oortwijn et al 2002). Även om beslutskriterierna för valet av utvärdering av medicinsk teknologi öppet redovisas, är ofta kriteriernas relativa betydelse i beslutet oklart.

Idag är åtta program inom forskningsprogrammet för medicinsk teknologiutvärdering prioriterade av hälso- och sjukvårdsministeriet. Dessa är:

- organisation av/ rättvis hälso- och sjukvård
- psykisk hälsa
- förlossningsinterventioner och neonatologi

- familjestödande vård
- metodologiutveckling av medicinsk utvärdering
- följsamhet
- patientsäkerhet
- diagnostik inom primärvården

Utöver dessa åtta program finansieras även utvärderingar av medicinsk teknologi inom koronara hjärtsjukdomar, diagnostisk bildanalys, muskelskelettsjukdomar, organsjukdomar, cancer och blodsjukdomar. De senare programmen har prioriterats av ZonMw från ett urval av 450 programförslag inskickade av organisationer och forskare i en årlig enkätundersökning.

Utvärderingen av läkemedel sker separat efter en explicit beslutsmodell (Beslismodel extramurale farmaceutische hulp). Modellen består av följande beslutskriterier: *nödvändig vård, ändamålsenlighet, effektivitet, terapeutiskt värde, kostnadseffektivitet* samt  *eget ansvar*. Det första kriteriet - nödvändig vård – används enbart för att utvärdera hela grupper av läkemedel, medan de övriga kriterierna används i utvärderingen av enskilda läkemedel. Tonvikten av utvärderingen läggs på huruvida läkemedlet uppfyller kriterierna för terapeutiskt värde samt ändamålsenlighet. Kriteriet eget ansvar innebär att ett läkemedel betalas av individen själv då det är ekonomiskt möjligt för denne, då kostnaden är försäkringsbar och då uteslutandet ur förmånssystemet inte leder till önskad substitution. Det här kriteriet används idag endast för läkemedel avsedda för rökavvänjning. Resultatet av alla CFH:s läkemedelsutvärderingar offentliggörs på Sjukförsäkringsnämndens (CVZ) hemsida (Banta 2002).

## **5.5 EU-konsekvenser**

Sedan 1983, då lagstiftningen om individens rätt till hälsa (artikel 22 i konstitutionen) vann laga kraft, har nederländska patienter drivit processer i domstolen om ersättning för erhållen hälso- och sjukvård utanför landets gränser (Hermans & den Exter 1998) Patienter krävde ersättning för sjukvård så som bland annat hjärt- och lever transplantationer utförda i ett annat land än Nederländerna (Oortwijn et al 1998). Fram till 1998 krävdes positivt förhandsbesked från försäkringsbolaget för att ett ingrepp eller en vårdtjänst skulle täckas av sjukförsäkringen.

Uppmärksammade mål och domstolsutfall i Europeiska högsta domstolen har dock tolkats som att sådana förhandsbesked i praktiken inte behövs. Patienten måste dock själv betala den hälso- och sjukvård som inte täcks av det egna landets sjukförsäkringssystem.



Studier (Hermans 2000, Herman & den Exter 1999) i provinserna Limburg och Zeeland, tyder på att de långa väntetiderna för hälso- och sjukvårdande behandling ger incitament för patienter att söka vård utanför landets gränser. Cirka 4 procent av befolkningen med offentlig hälso- och sjukvårdsförsäkring i dessa provinser söker vård i ett annat land, trots att vetskapen om möjligheten är begränsad. Antalet ansökningar om vård utomlands mer än fördubblades (från ca 1000 till 2300 per år) efter 1998 i Zeeland. En del privata försäkringsgivare har utnyttjat situationen som ett konkurrensredskap, och erbjuder transnationell sjukvård inom sin försäkring (personlig kommunikation Jannes Mulder, VWS). Det innebär att dessa försäkringsgivare ersätter den totala kostnaden uttryckt i det aktuella landets tariffer, medan en patient som inte har sanktion från sin försäkringsgivare måste vara beredd att betala egenavgifter.

## **5.6 Sammanfattande slutsatser**

Liksom i många andra europeiska länder uppstod prioriteringsdiskussionen i Nederländerna under tider av ekonomisk konjunkturnedgång. På samma sätt som i Sverige mynnade diskussionen ut i ett politiskt dokument med höga ambitioner. Att omsätta politiken i verkligheten visade sig dock vara svårt i den av tradition neokorporativistiska besluts miljön. Trots vissa försök att begränsa det samhälleliga åtagandet inom hälso- och sjukvården, har de flesta tjänster som lyfts ut ur förmånssystemet lyfts tillbaka igen efter politiska påtryckningar. Eftersom hälso- och sjukvården produceras övervägande i privat regi har reglering av dessa varit en naturlig lösning på problem med kostnadsökningar under de senaste decennierna, och landet föll in i gamla vanor att kontrollera och reglera utbudet av hälso- och sjukvården och dess personal. Följden har i praktiken blivit att ansvaret för prioriteringarna, så som i många andra länder, indirekt har delegerats till hälso- och sjukvårdspersonalen, vilka i sin tur har styrts av sjukhusens budgetar och behandlingsriktlinjer. Mer lyckade försök har gjorts att implementera öppna beslutsprocesser i regleringen av medicinsk teknologi och läkemedel. Medan läkemedel idag utvärderas med hjälp av kända besluts kriterier och en öppen beslutsmodell, utvärderas teknologi inom programmet för medicinsk utvärdering med hjälp av på förhand fastställda och öppet redovisade beslutprinciper men i en sluten beslutsprocess.

Ett flertal utvecklingstrender har givit upphov till ett ökande gap mellan befolkningens vårdbehov och förväntningar i Nederländerna och den hälso- och sjukvård som samhället kan erbjuda. På samma sätt som i hela den industrialiserade världen har utvecklingen gått mot ett samhälle med en åldrande befolkning och andelen 65 år eller äldre är i dag den högsta genom tiderna.

Samtidigt väljer kvinnor i arbetsför ålder att i högre utsträckning stå till arbetsmarknadens förfogande, istället för att vårda äldre och sjuka oavlönat i hemmet. De äldre bor oftare kvar hemma ensamma och ställer därmed högre krav på samhället i form av omvårdnad. En parallell utveckling är befolkningsökningen under 1990-talet på grund av den relativt omfattande invandringen.

Den ekonomiska uppgången under senare delen av 1990-talet har möjliggjort en expansion av hälso- och sjukvården för att möta dessa ökade behov, vilket fått till följd att utgifterna för hälso- och sjukvården har stigit med närmare 50 procent. Väntelistorna är dock fortfarande betydligt längre än vad befolkningen kan acceptera. Liksom i många andra västeuropeiska länder har patienterna mobiliserat sig och agerar med allt högre förväntningar på hälso- och sjukvården. Den ökande tendensen att söka vård utomlands i försöksregionerna Zeeland och Limburg tyder på att många i Nederländerna inte längre är beredda att ställa sig i kö för behandling eller ett läkarbesök. En ytterligare utveckling som exemplifierar de högre förväntningarna är det ökande antalet helt privata kliniker. Situationens inneboende konflikt löses idag med hjälp av ett tuhövdat system baserat på dolda prioriteringar inom de obligatoriska försäkringssystemen och där det finns möjlighet att köpa sig förtur till behandling antingen i ett grannland eller vid en privat klinik. Utveckling i kombination med att Nederländerna återigen befinner sig i en situation med stigande hälso- och sjukvårdsutgifter och en annalkande ekonomisk konjunktursvacka, har givit nytt liv åt diskussionen om öppna prioriteringar. Liksom i början av 1990-talet står landet nu inför en marknadsorienterad reform av hälso- och sjukvårdssystemet som ska uppmuntra valfrihet och patientinflytande i vården. Hälso- och sjukvårdsrådets (GR) nyligen publicerade rapport tyder dessutom på att Dunningkommitténs tankar om öppna prioriteringar återigen har tagits till heders.

## REFERENSER

Banta D H, Gelijns A. An early system for the identification and assessment of future health care technology – The Dutch STG Project. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 14:4 (1998) 607-612.

Banta H D. 2002. Working Paper 2: HTA Methods in the field of Pharmaceuticals, HTA and pharmaceutical coverage decisions. Office for Foreign Aid Programs in Health Care, Warsaw, Poland: TNO report PG/VGZ/2002.002. Leiden: TNO Prevention and Health.

- Boer A. Assessment and regulation of health care technology – The Dutch Experience. 1999. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 15:4: 638-648.
- Bos M. 2000. Health Technology assessment in The Netherlands. *International journal of Technology Assessment in Health Care* 16:2, 485-519.
- Brouwer W B F, Hermans H E G M. 1999. Private clinics for employees as a Dutch solution for waiting lists: economic and legal arguments. *Health Policy* 47: 1-17.
- Brouwer W B F, Schut F T. 1999. Priority care for employees: a blessing in disguise? *Health Economics* 8:65-73.
- Hendriks A C. 2001. Patients' rights and access to health care. *Medicine and Law* 20:371-378.
- Hermans H, den Exter A. 1998. Priorities and Priority-Setting in Health Care in the Netherlands. *Croatian Medical Journal* 39(3): 346-55.
- Hermans H, den Exter A. 1999. Cross-border Alliances in Health Care: International Co-operation between Health Insurers and Providers in the Euregio Meuse-Rhine. *Croatian Medical Journal* 40(2): 266-72.
- Hermans H. 2000. Cross-border health care in the European Union: recent legal implications of “Decker and Kohll”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 6(4):431-439.
- Hälso- och sjukvårdsrådet (Gezondheids Raad). 2003. Contours of the Basic Health Benefit Package. The Hague: Health Council of the Netherlands publication no. 2003/02.
- Kommittén för val inom hälso- och sjukvården (Dunning kommittén). 1992. Choices in Health Care. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, Rijswijk
- Oortwijn W J, Vondeling H, Bouter L. 1998. The use of societal criteria in Priority setting for health technology assessment in The Netherlands – Initial Experiences and Future Challenges. *International Journal of Technology Assessment in health Care* 14:2 :226-236.
- OECD. 2002. OECD Health Data. 4<sup>th</sup> edition.

Oortwijn W J, Vondeling H, van Barneveld T, van Vugt C, Bouter L M. 2002. Priority setting for health technology assessment in The Netherlands: principles and practice. *Health Policy* 62 : 227-242.

Rostgaard T, Fridberg T. 1998. Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices, *Social Security in Europe* 6. The Danish National Institute of Social Research 98:20. Copenhagen: Reproset.

Schut F T, van de Ven W P M M. Rationing and competition in the Dutch health care system (forthcoming).

Van der Grinten T E D, Kasdorp J P. 1999. Choices in Dutch health care: mixing strategies and responsibilities. *Health Policy* 50 105-122.

### ***Internetkällor***

EU & WHO. 1997. Highlights on Health in the Netherlands.  
<http://www.who.dk/document/e62040.pdf> 2003-01-10.

Eurostat. 2002. Yearbook 2002 -Economy and Finance.  
<http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/print-product/EN?catalogue=Eurostat&product=Freeselect3-EN&mode=download>, 2003-01-10.

Hälso- och sjukvårdsministeriet (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Health Insurance in the Netherlands – Status as of 1 January 2002. International Publication Series Health, Welfare and Sports nr 1E, Den Haag, 2002, <http://www.minvws.nl/english/document.html?folder=441&page=17536>, 2003-01-19.

Hälso- och sjukvårdsministeriet (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). 2002. Health Care, Health Policies and Health Care Reforms in the Netherlands. International Publication Series health, Welfare and Sports nr 7 Den Haag.  
<http://www.minvws.nl/english/document.html?folder=441&page=16598>, 2003-01-19.

Hälso- och sjukvårdsministeriet (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). 2002. Choosing with Care – The equipping of patients and consumers in a demand driven care sector. International Publication Series Health, Welfare and Sports nr 13, Den Haag.

<http://www.minvws.nl/english/document.html?folder=441&page=17099>, 2003-02-07

Hälso- och sjukvårdsministeriet (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). 2002. A Question of Demand – Outlines of the reform of the health care system in the Netherlands. International Publication Series Health, Welfare and Sports nr 14E, Den Haag.

<http://www.minvws.nl/english/document.html?folder=441&page=17615>, 2003-02-07.

Hälso- och sjukvårdsministeriet (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). 2002. Medicines policy In the Netherlands. International Publication Series Health, Welfare and Sports nr 15, Den Haag.

<http://www.minvws.nl/english/document.html?folder=441&page=17616>, 2003-01-19.

### ***Intervjuer***

Dr Els de Bruijn, Kungliga holländska läkarförbundet (KNMG), Utrecht, 2003-02-04

Dr Jannes Mulder, Hälso- och sjukvårdsministeriet (VWS), Den Haag, 2003-02-05

Rob van der Sande, Ph.D, Rådet för medicinsk forskning (RGO), Den Haag, 2003-02-05

Dr Jetty Hoeksema, Den holländska organisationen för hälso- och sjukvårdsforskning och utveckling (ZonMw), Den Haag, 2003-02-05

Dr Albert Boer, Ph.D, Sjukförsäkringsnämnden (CVZ), Den Haag, 2003-02-06

Wija Oortwijn, Ph.D, UMC St Radboud, Utvärdering av medicinsk teknologi, Nijmegen, 2003-02-06

## 6. PRIORITERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I UTVECKLINGSLÄNDER – EXEMPLET BRASILIEN

*Per-Erik Liss*

### 6.1 Introduktion

#### 6.1.1 Allmänt

Brasilien har en yta av 8.5 miljoner km<sup>2</sup> och gränsar till alla länder i Sydamerika utom Ecuador och Chile. Landet är en federal republik med 26 stater och ett federalt distrikt. Det är vanligt att dela in Brasilien i fem större regioner. Den norra regionen, som är den största till ytan bebos av endast 7 procent av befolkningen, i den sydöstra bor 43 procent, i den södra 15 procent, i den nordöstra bor 29 och slutligen den centrala-västliga bebos av 6 procent. Brasilia är den administrativa huvudstaden medan Sao Paulo, med 17 miljoner invånare, betraktas som den ekonomiska huvudstaden.

#### 6.1.2 Demografiska och socioekonomiska uppgifter

Befolkningens storlek uppskattas år 2000 till 173 miljoner invånare. Fem procent av befolkningen är över 65 år. Kvoten män/kvinnor i den totala befolkningen är 0,97. I den äldre befolkningen är andelen kvinnor ännu större.

Befolkningsutvecklingen följer en vanlig förekommande trend. Barnafödandet minskar medan andelen äldre ökar.

De socioekonomiska skillnaderna mellan olika grupper är bland de största i världen. Under senare år har den ekonomiska tillväxten ökat medianinkomsten hos alla befolkningsgrupper, dock utan att minska skillnaderna. Tvärtom har de ökat. Mellan 1960 och 1990 minskade de fattigas andel av de nationella tillgångarna från 18 procent till 12 procent medan de rikas andel ökade från 54 procent till 65 procent. Antalet personer under fattigdomsstrecket uppskattades 1990 till 17,4 procent. I vissa distrikt är antalet betydligt högre (t ex i nordost 46 procent). Sedan "Real Plan" infördes 1994 förbättrades Brasiliens ekonomi. De två första åren efter införandet steg BNP med 7,4 procent. Ökningstakten har nu avtagit och landets ekonomi är starkt beroende av vad som händer med ekonomin hos övriga medlemmar i Mercosur.

På 1970-talet utgjorde den ekonomiskt beroende delen av befolkningen 50 procent (personer under 15 år och äldre än 64 år). Detta mönster har förändrats markant som ett resultat av den snabba minskningen av antalet personer under 15 år. Under de senaste åren bedöms andelen ekonomiskt beroende ligga runt 30 procent av den totala befolkningen. Utbildningsnivån har ökat markant under senare tid med en ökning av läskunnighet och ökad skolgång.

Det råder dock skillnad mellan etniska grupper med färre läskunniga bland de svarta och mörkhyade grupperna. Antalet läskunniga uppskattas år 2000 till 85 procent. Arbetslösheten uppskattades 1999 till 7,5 procent. Utbudet av arbeten har förskjutits från industriarbeten till arbeten i servicenäringen. Dessutom har proportionen formellt anställda minskat vilket betyder att antalet arbetare exkluderade från arbetsrätt och ekonomiskt stöd har ökat. Antalet barn som arbetar minskar men är fortfarande högt bland fattiga familjer. Data från 1990 indikerar att cirka 23 procent av barn i åldern 10 – 14 år arbetade, ibland under svåra förhållanden.

## **6.2 Hälsoförhållanden**

Barnadödligheten uppskattades år 2000 till 38 per 1000 levande födda. I vissa områden betydligt högre (t ex nordost 58/1000). Det råder ett klart samband mellan mödrars utbildningsnivå och barnadödlighet (t ex 93/1000 för 1 års utbildning jämfört med 9/1000 för 12 års utbildning). Den förväntade livslängden uppskattades år 2000 till 63 år som genomsnitt för hela befolkningen. Den stora skillnaden mellan män (59 år) och kvinnor (68 år) beror på att unga män i större utsträckning dör av fysiskt våld (mord och självmord). Demografiska data indikerar att nivån på dödligheten har sjunkit betydligt under senare år. Reduktionen bedöms till stor del vara ett resultat av en nedgång i dödligheten hos barn under 5 år.

Kardiovaskulära sjukdomar är den största dödsorsaken totalt bland befolkningen – hjärtsjukdomar dominerar bland män medan stroke dominerar bland kvinnor. Vad som kallas externa orsaker (olyckor, våld, förgiftningar) är den näst största dödsorsaken med mord som den vanligaste externa orsaken. Uppgifterna bygger dock på osäker rapportering. Enligt bedömning av Brazilian Geography and Statistics Institute rapporterades under perioden 1990 – 1994 i genomsnitt för hela landet ca 80 procent av alla dödsfall.

Ursprungsbefolkningen utgör idag endast 0,2 procent av Brasiliens befolkning. Den består av drygt 200 etniska grupper bosatta i olika territorier, de flesta i norra regionen. Levnads- och hälsoförhållandena är svåra för dessa grupper på grund av kommersiellt utnyttjande av deras territorier. De vanligaste hälsoproblemen utgörs av akut respiratorisk infektion, diarréer, undernäring, parasitiska sjukdomar, anemi, tuberkulos samt hudsjukdomar, dessutom kan ökad alkoholism noteras. I vissa områden är malaria och hepatit B vanligt.

Den färgade delen av befolkningen (44 procent) uppvisar vissa unika genetiska karakteristika som en följd av en blandning av olika etniciteter från Afrika.

Sicklecellanemi är den vanligaste genetiskt betingade sjukdomen som drabbar denna del av befolkningen. Andra vanliga sjukdomar som högt blodtryck och diabetes mellitus ökar som en följd av svåra socioekonomiska förhållanden.

Uppgifter om förekomst av funktionsnedsättning är knapphändiga. Spridda undersökningar indikerar en omfattning som ligger mellan 1 – 5 procent av befolkningen. Förekomsten varierar troligen mellan olika regioner. Störning i nervsystem och sinnesorgan är den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning följt av mentala störningar samt störningar i det osteomuskulära systemet. De få studier som har utförts visade att det i allmänhet finns ett samband mellan funktionsnedsättning och avsaknad av regelbunden inkomst, låg utbildningsnivå, låg boende standard samt begränsad tillgång till hälso- och sjukvård.

### **6.2.1 Hälsomönster i olika åldersgrupper**

#### **Barn i förskoleålder och yngre**

Hälsoförbättringar under senare tid i denna åldersgrupp kan hänföras till olika demografiska, ekonomiska och sociala faktorer. Speciella interventioner såsom vaccinering, användning av rehydreringsterapi och främjande av amning ledde till kraftig nedgång av polio, dödsfall på grund av mässling, neonatal stelkramp, diarré samt reducering av undernäring. Nedgången i spädbarnsdödligheten kan hänföras till nedgång av mortaliteten i de postneonatala och senneonatala perioderna. De vanligaste anledningarna till sjukhusvård för spädbarn är lunginflammation, diarréer samt orsaker kopplade till perinatala förhållanden. Den vanligaste dödsorsaken på sjukhus i denna åldersgrupp är för tidig födsel och låg födelsevikt (69 procent av all perinatal död).

#### **Barn i skolålder**

Endast 0,7 procent av alla dödsfall som rapporterades 1994 drabbade åldersgruppen 5 – 9 år. Externa orsaker (våld, olycksfall) svarade för 45 procent av dödsfallen medan cancer och sjukdomar i det respiratoriska systemet svarade för 12 respektive 10 procent. Nära 60 procent av samtliga dödsfall drabbade pojkar; siffran ökar till 66 procent vid hänsyn endast till externa orsaker.

#### **Tonåringar**

Externa orsaker är också den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen 10 – 19 år: 53 procent av alla dödsfall i åldersgruppen 10 – 14 år och 70 procent av alla dödsfall i åldersgruppen 15 – 19 år. Mord och trafikolyckor svarar för ca 60 procent av den totala mängden externa orsaker i den senare åldersgruppen.



Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken bland tonåringar: 10 procent av totala antalet dödsfall hos åldersgruppen 10 – 14 år och 5 procent hos åldersgruppen 15 – 19 år. Fertiliteten hos flickorna uppskattades till 87 barn per 1 000 flicka år 1991 men har sedan dess börjat sjunka. Uppskattningar från 1996 indikerade att 14 procent av flickorna hade fött ett barn. Ett annat växande problem i denna åldersgrupp är droganvändningen. Undersökningar i skolor i 10 större städer visar att de sex mest använda drogerna är alkohol, tobak, lösningsmedel, sömnmedel, amfetamin och marijuana i nämnd ordning. Bland en grupp på drygt 24.000 studenter hade 23 procent använt droger minst en gång och 19 procent utnyttjade alkohol regelbundet.

### **Vuxna**

Externa orsaker utgör även den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen 15 – 60 år. Därefter följer sjukdomar i cirkulationsorganen. Cancer svarar för den tredje största dödsorsaken – bland män lungcancer och magcancer samt bland kvinnor bröstcancer och cervixcancer. Smittsamma sjukdomar rankas som den fjärde största dödsorsaken.

Bland den äldre befolkningen (60+) är den vanligaste dödsorsaken sjukdomar i cirkulationsorganen. Cancer utgör den andra vanligaste dödsorsaken, följt av sjukdomar i det respiratoriska systemet.

## **6.2.2 Förekomst av specifika sjukdomar**

### **Vektorburna sjukdomar**

Det uppskattas att 12 procent av befolkningen lever i områden med hög risk för malaria. Områdena är belägna i Amazonregionen där 99 procent av alla fall inträffade. Dödligheten i malaria är sjunkande. Sjukdomens fortbestånd anses bero på låg täckningsgrad av integrerade kontrollaktiviteter och oreglerad emigration till urbana områden. Förekomsten av rapporter om gula febern minskar även om dödligheten hos dem som drabbas är hög. Den huvudsakligen åtgärden för att bekämpa sjukdomen består av vaccination. Incidensen av denguefeber ökar i landet även om förekomsten av hemorragisk denguefeber är liten (127 fall på fyra år). Sekventiell infektion med två olika serotyper är den viktigaste riskfaktorn för hemorragisk denguefeber. Brasiliens regering har implementerat en plan för att utrota insekten som överför sjukdomen. Chagas sjukdom – en protozosjukdom som överförs av skinnbaggar som kan bita sovande i ansiktet – minskar i förekomst. Anledningen torde vara den kemiska bekämpningen av baggarna. Snäckfeber (Schistosomiasis) förekommer i alla stater men är endemisk i vissa. Prevalensen överstiger 25 procent i vissa områden. Sjukdomen bekämpas främst med förbättrade sanitära förhållanden i hemmen och åtgärder av miljökaraktär.

Kala-azar (elakartad infektionssjukdom där smittan överförs av små myggarter) är koncentrerad till den nordöstra regionen där epidemier har förekommit. En stark bidragande orsak till sjukdomen är bristfälliga levnadsförhållanden och undernäring.

### **Sjukdomar möjliga att förebygga genom vaccinering**

Incidensen av mässling har sjunkit dramatiskt i landet sedan början av 1990. Anledningen torde vara vaccineringen av mer än 90 procent av befolkningen under 16 års ålder. Några utbrott av sjukdomen har dock förekommit på senare år i några områden. Stelkramp förekommer sporadiskt huvudsakligen i de små kommunerna i norra och nordöstra områdena. Förekomsten av difteri minskar stadigt. 200 fall rapporterades 1995, de flesta bland barn i den södra regionen. Uppgifter om förekomst av kikhosta är knapphändig men 124 dödsfall rapporterades under perioden 1992 – 1994.

### **Övriga sjukdomar**

Antalet fall av kolera har sjunkit sedan epidemin i början av 1990. Under 1996 rapporterades 900 fall totalt i landet, de flesta i Nord och Nordost. Sjukdomen fortsätter dock att spridas till nya områden på grund bristande sanitära förhållanden. Incidensen av tuberkulos ligger kring 29 per 100 000 invånare. Minskningen av förekomsten har dock börjat avta i en del större städer. Rio de Janeiro är ett av de områden med flest rapporterade fall. Tuberkulos förekommer som opportunistisk infektion i många fall av AIDS. Incidensen av spetälska varierar kring 70/100 000 kända fall och är avtagande efter implementeringen av det nationella kontrollprogrammet. Detsamma gäller incidensen av rabies.

AIDS-epidemin startade i de stora städerna och har sedan spridits till övriga områden i hela landet. Incidensen ligger på 74 fall per 100 000 invånare. De regionala variationerna är dock stora med flest fall i sydost och minst i nordost. En signifikant förändring av sjukdomens epidemiologiska profil har noterats. Sexuell överföring dominerar fortfarande men medan överföringen mellan homo- och bisexuella minskar ökar den mellan heterosexuella. Exponeringen för smittat blod har förändrat karaktär från att ha dominerats av blodtransfusion utgör nu intravenös droganvändning den primära risken. Bland andra sexuellt överförda sjukdomar dominerar en form av uretrit (nongonokockal), syfilis, gonorré samt kondylom.

### **Sjukdomar på grund av näringsbrist**

Risken för undernäring bland barn har stadigt minskat under de senaste decennierna. Genomsnittslängden bland barn har ökat markant med den största ökningen bland flickor. Det ökade näringsintaget har inneburit att kvoten mellan undernäring och övervikt har förändrats från fyra undernärda på en överviktig (4/1) till två undernärda på en överviktig (2/1).

Antalet överviktiga vuxna fördubblades under en tioårsperiod. Enligt data från 1989 översteg antalet överviktiga kvinnor antalet undernärda kvinnor i alla inkomstgrupper. Bland män inträffade detta endast i medel- och höginkomstgrupper.

De vanligaste mikronäringsbristerna berör A-vitamin, jod och järn. Brist på vitamin A är vanligast i Nordost där mer än 40 procent av barnen har markant brist. Bland barn under 5 år bedöms mellan 60 – 70 procent ha järnbrist. Bland kvinnor i mödravården varierar antalet med järnbrist mellan 25 – 40 procent med ännu högre andelar i vissa delstater. Kardiovaskulära sjukdomar utgör den största dödsorsaken. Under senare decennier har dess andel av den totala mortaliteten ökat. Med en ökad medellivslängd har dock cancer kommit att få ett ökat inflytande på morbiditets- och mortalitetsprofilerna. De vanligaste cancerformerna är bröstcancer, cervixcancer, magcancer, lungcancer, kolon/rektum cancer samt prostatacancer.

### **6.2.3 Våld och olycksfall**

Externa orsaker – våld och olycksfall – har räknats som den näst största dödsorsaken i Brasilien under det senaste decenniet. I åldersgruppen 5 – 39 år är externa orsaker den främsta dödsorsaken. I åldersgruppen 15 – 19 år svarar externa orsaker för 80 procent av alla dödsfall varav mord utgör den vanligaste dödsorsaken. En annan viktig dödsorsak är trafikolyckor vilka ökade dramatiskt i antal under 80-talet men har nu sakta börjat minska. Fotgängare som påkörts av bilar utgjorde en stor andel av trafikolyckorna.

Data beträffande mentala störningar är knapphändiga. Enligt en studie från 1990 i tre stora regioner är ångest och fobier vanligast (prevalensen mellan 7,6 – 17,6 procent). Alkoholism och drogmissbruk svarade för upp till 20 procent av all sjukhusvård för mentala störningar. Rökning betraktas som ett stort hälsoproblem. Antalet rökare i Brasilien uppskattas till 30 miljoner och ca 80 000 dödsfall varje år beräknas vara relaterad till rökning. Munhälsan bland befolkningen i Brasilien förbättras ständigt. Som exempel kan nämnas att index för utdragna, saknade och åtgärdade tänder minskade från 6,67 till 3,06 under mitten av 90-talet. Under denna period hade nästan hälften av befolkningen tillgång till fluoriderat dricksvatten.

## **6.3 Hälsa- och sjukvårdssystemet**

Brasiliens hälso- och sjukvårdssystem omfattar ett komplext nätverk av vårdgivare och finansörer i de offentliga och privata sektorerna. Det offentliga segmentet består av offentliga vårdgivare på tre nivåer: federal-, stats- och kommunnivå.

Stats- och kommunnivåerna inkluderar ett nätverk av olika verksamheter. Den offentliga vården och den privata vården med offentliga kontrakt täcker tillsammans 75 procent av befolkningen.

### **6.3.1 Finansiering**

Hälso- och sjukvårdens offentliga resurser kommer från de offentliga budgeterna på alla tre nivåerna samt direkt från löneskatter och andra avgifter. Den privata vården utan offentligt kontrakt betalas direkt av individen eller av privata institutioner som tillhandahåller vård genom privata försäkringar. Cirka 20 procent av befolkningen täcks av privata sjukförsäkringar. Inga egenavgifter förekommer vid besök i den offentliga vården eller i den privata med offentliga kontrakt. Vissa läkemedel (t ex för behandling av diabetes, högt blodtryck, cancer och tuberkulos) tillhandahålls utan kostnad för individen. Individen försäkras tillgång till hälso- och sjukvårdssystemet genom innehav av ett hälsokort. Kortet gäller över hela landet och berättigar individen till vård utanför sin hemort och garanterar ersättning från hemorten till de enheter som utfört vården.

### **6.3.2 Produktion**

Hälso- och sjukvården för den enskilde är i huvudsak organiserad kring tre typer av producentenheter: sjukhus, vårdcentraler och hemsjukvård. Det mesta av sjukhusvården sker på privata sjukhus (80 procent av sjukhusen är privata) med ett system av offentligt ersättning. Däremot sker det mesta av vården utanför sjukhusen genom offentliga enheter (75 procent).

Den förebyggande verksamheten på övergripande nivå fokuserar på kontroll av smittovägar, sanitära system och hälsoförhållanden på arbetsplatser och i hemmen. Sociala determinanter av ohälsa behandlas utanför hälso- och sjukvårdssystemet.

Grundläggande operationella riktlinjer (BOG) implementerades under mitten av 90-talet. De är avsedda att främja decentralisering genom mekanismer för automatisk transferering av federala resurser till staterna och kommunerna. De är även avsedda att stärka samarbetet mellan den federala regeringen och staterna/kommunerna genom skapande av kommissioner vilka skall fungera som forum för förhandling och konsensusbildning. Kommissionernas uppgift är att underlätta koordinationen mellan de tre nivåerna och bidra till samstämmighet och minskad risk för dubbelarbete eller underlåtenhet.

De grundläggande operationella riktlinjerna anger fördelningen av ansvar mellan de olika nivåerna. Både stater och kommuner är berättigade att helt ta över hälso- och sjukvården inom sitt område. De som väljer att inte göra det fortsätter att bedriva verksamheten inom den federala ramen.

### **6.3.4 Läkemedel**

Försäljningen av läkemedel regleras av federal lagstiftning och övervakas av Health Surveillance Secretariat inom hälsodepartementet. Brasilien tillhör de tio största konsumenterna av läkemedel i världen. Bruttokostnaden för läkemedel uppgick 1995 till cirka 97 miljarder kronor. Det beräknas att den inhemska läkemedelsindustrin genererade 47 100 arbetstillfällen år 1996.

Läkemedelsektorn omfattar ca 500 bolag inkluderande producenter, importörer och försäljare. 45 000 försäljningsställen tillhandahåller drygt 5 000 produkter i olika former. Konsumtionen av läkemedel varierar med inkomsten. Det befolkningssegment vars inkomst är 20 gånger högre än minimilönen (15 procent av befolkningen) svarar för 48 procent av läkemedelsutgifterna. De vars inkomst ligger mellan 4-10 gånger minimilönen (34 procent) svarar för 36 procent medan den övriga befolkningen (51 procent) svarar 16 procent av läkemedelsutgifterna.

### **6.3.5 Personal**

Enligt uppgifter från slutet av 1990-talet finns drygt en halv miljon professionella verksamma inom hälso- och sjukvården. Fördelningen mellan de olika professionerna kan se ut på följande sätt: 40 procent läkare, 27 procent tandläkare, 13 procent sjuksköterskor, 10 procent farmaceuter och 10 procent veterinärer. Det går drygt 750 invånare på varje läkare, drygt 1000 på varje tandläkare samt drygt 2300 på varje sjuksköterska. Denna fördelning varierar dock med regioner. Den största tätheten av hälsoprofessioner finns i de sydöstra regionerna medan den norra regionen har den lägsta (ca 5 procent).

## **6.4 Prioriteringar i praktiken**

Prioriteringar beslutas av de hälsoråd som är etablerade på var och en av de tre nivåerna i systemet (federal-, stat- och kommunnivå). Rådets principiella funktion är att formulera strategier för implementering av sektoriell policy samt att övervaka genomförandet av policyn inkluderande ekonomiska och finansiella aspekter. Rådet är sammansatt av representanter för olika användargrupper i samhället som t ex fackföreningar, grannskapsföreningar, pensionärsorganisationer, patientorganisationer och handikapporganisationer. I rådet ingår också representanter för hälsosektorn som t ex politiker, administratörer och vårdprofessionerna.

Den centrala regeringens fokus inom hälsoområdet kretsar kring två målsättningar. Den ena innebär förbättrade hälsa i befolkningen genom förebyggande åtgärder. Den andra berör institutionell omorganisering för att öka effektiviteten i systemet.

För att uppnå det första målet har regeringen prioriterat åtgärder för att kontrollera smittsamma sjukdomar, prevention och behandling av undernäring, förbättrad mödra- och barnhälsovård samt förbättrade sanitära förhållanden. Familjehälsa har varit ett prioriterat område sedan mitten av 1990-talet. Försök har gjorts att inkorporera familjehälsa i den traditionella primärvården genom att ge vårdenheter möjligheter att inom sitt område fokusera på familjer och deras sociala relationer.

Prioriterade grupper på nationell nivå är kvinnor, barn och ungdomar. Programmen riktade mot dessa grupper innebär åtgärder för att öka utbildningsnivån, preventiva åtgärder, identifiering av riskgrupper och tidig upptäckt av hälsoproblem. Speciella program riktade mot barn och mödrar inkluderar aktiviteter som vaccinering, främjande av amning, vård av barn med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar, kontroll av undernäring både hos barn och blivande mödrar samt kontroll av AIDS och andra sexuellt överförda sjukdomar. År 1996 lanserade utbildningsdepartementet (Ministry of Education) ett integrerat hälsofrämjande projekt syftande till att genomföra hälsoutbildning och preventiva aktiviteter för skolbarn i fattiga områden i storstäderna.

I början av 1997 antogs en prioriteringsplan som innebar en betoning av preventiva aktiviteter framför allt inom primärvård. I planen prioriteras mödrahälsovård och akutsjukvård i de stora tätorterna, blodbehandling och laboratoriesamverkan samt familjehälsa. Planen stöds ekonomiskt av Världsbanken. Flera andra förebyggande projekt stöds av Världsbanken, t ex försök att rena stränder och vattendrag i de stora städerna. En stadig ökning av antalet äldre i befolkningen, både i absoluta och relativa tal, har medfört ökade kostnader för kroniska och degenerativa sjukdomar. Denna utveckling har föranlett en omorganisation av hälso- och sjukvårdssystemet för att i större utsträckning tillgodose behoven hos denna åldersgrupp.

Från början av 1990-talet har ansträngningar gjorts för att förbättra hälsoförhållandena för den infödda befolkningen. En speciell lagstiftning har införts som fördelar ansvaret över alla tre nivåerna för dessa hälsoförhållanden. Hälsodepartementet är dock ansvarig för preventiva aktiviteter som kontroll av smittsamma sjukdomar och grundläggande sanitära förhållanden. Under mitten av decenniet gjordes stora ansträngningar att förbättra de sanitära förhållandena samt uppgradera tillgången till dricksvatten för denna befolkningsgrupp. Viss utbildning i sanitet har också förekommit.

Den svarta befolkningen uppvisar vissa unika genetiska egenskaper vilka gör dem känsliga för vissa sjukdomar. Den vanligaste genetiska sjukdomen är sickel cell anemi.

Ett särskilt program för kontroll av sjukdomen har implementerats och även andra program för att förbättra hälsan för denna befolkningsgrupp har vidtagits. Mortalitetsdata för befolkningsgruppen säkras sedan 1997 genom att rastillhörighet noteras på dödsbeviset. År 1997 implementerades ett nationellt trafiksäkerhetsprogram med syftet att reducera antalet olyckor i trafiken. Programmet erhöll ekonomiskt stöd från Inter-American Development Bank (IDB) som under en 5-års period bidrog med 400 millioner US\$. Livsmedelskontrollen ingår i den nationella hälsoövervakningen. En speciell lagstiftning reglerar produktidentifiering, kvalitet, registrering, kontroll och etikettering av livsmedelsprodukter.

### **6.5 Sammanfattande kommentarer**

Prioriteringar torde ske på alla tre nivåerna inom den offentligt finansierade sektorn. De berör dock i liten utsträckning de grupper som har privata sjukförsäkringar. Det har varit svårt att få en uppfattning om hur prioriteringar görs på stats- och kommunnivå. Det verkar inte finnas explicit formulerade riktlinjer eller explicit formulerad policy som vägledning vid prioriteringsbeslut. Däremot kan detta förekomma på den centrala nivån. Rent generellt har förebyggande program ofta med externt finansiellt stöd (t ex från Världsbanken) fått en hög prioritet. Även familjehälsan är högt prioriterad. Program för att minska incidensen av externa orsaker har också ansetts särskilt viktiga. Ett exempel utgör det av IDB ekonomiskt stödda programmet för att reducera antalet trafikolyckor. Prioriterade grupper är kvinnor, barn och ungdomar. Speciella program riktade mot dessa grupper inkluderar aktiviteter som vaccinering, främjande av amning, vård av barn med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar, kontroll av undernäring både hos barn och blivande mödrar samt kontroll av AIDS och andra sexuellt överförda sjukdomar.

## **REFERENSER**

PAHO/WHO Collaborating Center: Virtual Health Library.

Muntlig information från personer verksamma vid Department of Public Health, Federal University of Sankta Catarina, Florianópolis.

## 7. VAD KAN SVERIGE LÄRA AV DE ANDRA LÄNDERNA?

*Per Carlsson*

I detta avslutande kapitel ges en kortfattad karaktäristik av prioriteringsarbetet i de utvalda länderna. Vidare lyfter jag fram något från varje land som jag tror kan vara intressant för Sverige att kopiera, följa upp och/eller fördjupa kunskaperna om.

Det angreppssätt för prioriteringar som är dominerande i de aktuella länderna anammat liknar bäst strategin ”Att fyndigt hanka sig fram”. Det innebär att prioriteringar i regel sker relativt öppet på den övergripande nivån (makro) medan de nästan alltid sker dolt både på meso- och mikronivån. Det finns dock initiativ i flera av länderna till att utveckla en eller flera alternativa strategier som innebär en ökad systematik och öppenhet.

Norge har vissa inslag av den strategi som kallas ”Samhällsdiskussion om värdegrund”. Den innebär bland annat att man erkänner att det finns behov av avgränsningar i den offentliga vården men att dessa inte kan lösas på en teknisk eller vetenskaplig väg. Istället krävs att prioriteringar föregås av en öppen diskussion i samhället. Resultatet av denna kan sedan läggas fast som allmänna riktlinjer i politiska församlingar som grund för administrativa processer. Efter de debatter i Norge som följde på de båda prioriteringsutredningarna har inte mycket hänt när det gäller att omsätta värdegrunden i praktisk handling. Det finns dock en rörelse mot att utveckla ett mer rationellt beslutsfattande. Inte minst bidrog den andra Lönningutredningen till att tydliggöra kriterierna för prioriteringar, särskilt betydelsen av kostnadseffektivitet som ett centralt kriterium. Implementeringen av rättighetslagen när det gäller tillgång till slutenvård kommer att bli intressant att följa. De viktigaste lärdomarna från Norge för Sverige gäller dock utveckling den etiska plattformen. Sverige behöver i likhet med Norge klarlägga och revidera principerna för prioriteringar. Det är närmast Socialdepartementet i Sverige som bör ta initiativ till en sådan översyn.

Nya Zeeland har prövat flera olika angreppssätt för prioriteringar utan att så mycket har hänt i praktiken. Frågan om öppna prioriteringar är dock levande bland administratörer på alla nivåer. Inom läkemedelsområdet har man genom PHARMAC, som fattar beslut om subventionering, varit tidiga och kommit relativt långt med en kombinationsstrategi. Man har med stöd av hälsoekonomiska utvärderingar och budgetkontroll lyckats med att relativt öppet fatta beslut om subventionering av läkemedel över tio år.



Beslutsproceduren är relativt transparent men inte alls lika systematisk som den NICE utvecklats i Storbritannien. Delvis kan det förklaras med att resurserna är betydligt mindre i litet land som Nya Zeeland. Man får aldrig glömma bort att öppna och systematiska prioriteringar kostar både tid och pengar som ska ställas mot den förväntade nyttan av insatsen. Konkret kan Sverige antagligen lära sig en del av det system som utvecklats i Nya Zeeland för prioritering av elektiva operationer. Detta är särskilt intressant att studera hur köproblematiken kopplats ihop med frågan om rättvis fördelning med tanke på att vi i Sverige håller på att införa en allmän behandlingsgaranti.

I Storbritannien är den officiella hållningen att ligga lågt när det gäller behovet av prioriteringar medan regeringen tror på system för evidensbaserad sjukvård som en lösning på bristande resurser. Det innebär att politikerna väljer att delegera prioriteringsbesluten till experter. Det system för utvärderingar inklusive NICE som fortfarande håller på att utvecklas är intressant för Sverige. Öppna prioriteringar bör så långt som möjligt bygga på fakta. I vissa avseenden särskilt när det gäller prioriteringar inom en sjukdomsgrupp vid t ex framtagning av lokala vårdprogram/behandlingsriktlinjer kommer man långt med hjälp av bra vetenskapliga underlag och prioriteringar av verksamhetsföreträdare. Behovet av pluralistisk förhandling som inkluderar medborgarna är då givetvis mindre. Medborgarnas roll är större när det gäller fördelning av resurser mellan olika delar av vården t ex mellan olika sjukdomsgrupper. Detta kräver helt andra lösningar. I Storbritannien är olika försök med medborgarråd, medborgarjury mm intressant att fortsätta att följa. Även NICE håller på att utveckla nya arbetsformer med ett ökad inflytande från medborgare. Storbritannien är annars mest intressant för en levande akademisk debatt rörande styrning och utveckling av hälso-och sjukvården.

Nederländerna liknar Storbritannien när det gäller utvecklingen av ett nationellt system för evidensbaserad hälso-och sjukvård. Utöver kunskapssammanställningar av den typen som SBU genomför i Sverige avsätter man i båda dessa länder särskilda resurser centralt för primärstudier av nya medicinska metoder. Motsvarande satsningar saknas i Sverige. När det gäller utvärderingsforskning lider Sverige av den nuvarande strukturen med många autonoma huvudmän och ingen central part som tar ansvar och har ekonomiska resurser att fördela till utvärderingar.

Vidare bör vi fördjupa kunskapen om innehållet i Dunningkommitténs rapport. Det gäller framförallt den föreslagna principen om individuellt ansvar. Den handlar om att identifiera den typ av vård som samhället skall svara för i första hand. Här diskuteras även kriterier för egenfinansiering. Redan i idag förekommer det en betydande egenfinansiering av vård i Sverige. Det gäller både offentligt producerad vård och privat vård.

Det saknas dock en öppen diskussion i Sverige om vilka principer som skall gälla. Detta har inte heller belysts tillräckligt i grundarbetena utan bör ingå i en eventuell uppdatering av den etiska plattformen för prioriteringar.

Brasilien slutligen är för oss ett mer okänt land än de övriga med helt andra förhållanden. Inte minst gäller det inflytandet vid prioriteringar från externa parter såsom Världsbanken och andra lån/biståndsgivare. Man kan fråga sig om det finns lärdomar att dra från Brasilien om prioriteringar som kan vara till glädje för Sverige. Svaret är inte givet eftersom det är svårt att förstå hur hälso- och sjukvården i detalj styrs i detta stora land med en blandning av offentlig och privat vård. Det finns dock ett par saker i redovisningen som väcker nyfikenhet. En sådan är de hälsoråd som inrättats. Rådets uppgifter är att formulera hälsostrategier och övervaka deras genomförande. Råden är sammansatta av representanter för olika användargrupper i samhället som t ex fackföreningar, grannskapsföreningar, pensionärsorganisationer, patientorganisationer och handikapporganisationer. I rådet ingår också representanter för den formella hälso- och sjukvården.

Den andra gäller ökningen av antalet äldre i befolkningen som medfört ökade kostnader för kroniska och degenerativa sjukdomar och föranlett en omorganisation av hälso- och sjukvårdssystemet för att i större utsträckning tillgodose behoven hos denna åldersgrupp. Det skulle vara intressant att lära sig mer om hur Brasilien tacklar denna utveckling.

## **PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE**

2001:1 *Medborgaren i prioriteringsprocessen*. Peter Garpenby.

2001:2 *Målformulering och dess betydelse för prioriteringar i kommunal vård och omsorg – en pilotstudie*. Per-Erik Liss.

2002:1 *Perspektiv på prioritering – Rapportering från den första nationella prioriteringskonferensen i Linköping den 1-2 oktober 2001*.

2002:2 *Dokumentation av Medborgardialogen – ett utvecklingsarbete i landstinget i Östergötland. Delrapport 1*. Mari Broqvist.

2002:3 *Samtalsdemokrati och prioritering – utvärdering av ett försök med medborgarråd*. Peter Garpenby.

2002:4 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys*. Per-Erik Liss.

2002:5 *Subventionering av läkemedel i andra länder – beslutsprocesser och användning av hälsoekonomiska utvärderingar*. Anders Anell.

2003:1 *Rättvisa prioriteringar inom hälso- och sjukvården – etiska teorier och jämförelser med prioriteringsutredningens principer*. Anders Melin.

2003:2 *Behov eller kostnadseffektivitet – vad ska avgöra prioriteringar inom hälso- och sjukvården?* Lars Bernfort.

2003:3 *Prioriteringsprocessen. Del I: övergripande strategier*. Peter Garpenby.

2003:4 *Ekonomi och etik. Argumentering vid besparingar inom sjukvården i ljuset av Prioriteringsutredningen*. Gunhild Hammarström.

2003:5 *Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg*. Karin Lund.

2003:6 *Politiker möter medborgare i samtal om prioriteringar – ett praktiskt exempel*. Mari Broqvist.

2003:7 *Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal*. Anna T Höglund.

2003:8 *Programarbete – ett steg på vägen mot öppna prioriteringar*. Malin Kernell-Tolf, Karin Bäckman och Per Carlsson.

- 2004:1 *Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson.
- 2004:2 *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala.*  
Li Bennich-Björkman.
- 2004:3 *Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik.*  
Mari Broqvist.
- 2004:4 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen.* Karin Bäckman, Anna Andersson, Per Carlsson.
- 2004:5 *Prioriteringar i vårdflöden för äldre – en förstudie.* Kerstin Blomqvist
- 2004:6 *Hinder och möjligheter att använda hälsoekonomiska analyser inom omvårdnad - en litteraturstudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson, Lars Lindholm, Birgitta Engström.
- 2004:7 *Trygghet och omvårdnadsbehov: Förhållningssätt och föreställningar om prioriteringar och kriterier för beslut om särskilt boende.* Gunhild Hammarström.
- 2004:8 *Prioriteringsprocessen. Del II: det interna förtroendet.* Peter Garpenby.
- 2004:9 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård ¾ en begreppsanalys. Andra reviderade upplagan.* Per-Erik Liss.
- 2005:1 *Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna och legitima beslutsprocesser i Läkemedelsförmånsnämnden.* Anders Anell och Sandra Jansson.
- 2005:2 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård - erfarenheter från andra länder.* Per Carlsson (red.), Anders Anell, Sandra Jansson, Peter Garpenby, Per-Erik Liss, Karin Lund