

Privatisering av sjukvård i u-länder slår hårt mot de fattiga

En ökad privatisering av sjukvården i många u-länder innebär oftast att fattiga människor har allt svårare att få sjukvård. De privata vårdgivarna bedriver sin verksamhet i de rikas områden, och det blir allt svårare att locka läkare till den fattiga landsbygden. En ökad kommersialisering av vården innebär också att de fattiga människorna får allt svårare att betala vårdavgifterna.

GÖRAN DAHLGREN

rådgivare, Hälsoministeriet i Vietnam, gästprofessor, University of Liverpool, folkhälsoråd, Folkhälsoinstitutet

■ I flertalet u-länder har de senaste årtiondena präglats av en ökad privatisering av sjukvårdens finansiering och drift. Över hälften av alla läkare i tredje världen arbetar idag privat, och omkring 30 procent av alla sjukhussängar återfinns på privata sjukhus och kliniker [1].

Samtidigt växer det fram olika mixer av offentlig och privat vård. Privata avdelningar etableras på offentliga sjukhus. Den privata finansieringen av offentliga sjukhus ökar genom införandet av höga patientavgifter. Många offentliga vårdgivare tar dessutom ut informella avgifter under bordet, som i vissa länder är betydligt högre än de offentliga vårdavgifterna. En allt större andel av de offentligt anställda läkarna arbetar också privat. Gränsen mellan privat och offentligt är ofta oklar, och det finns en gräzon av osund privatkommers som är till nackdel inte bara för patienterna utan också för en sund utveckling av såväl den offentliga som den privata vårdsektorn.

Drivkrafterna bakom denna ökade privatisering av sjukvården är många och skiftar delvis från land till land. Dåliga statsfinanser och en stor skuldbörda har tvingat många afrikanska länder att inom ramen för så kallade strukturanpassningsprogram kraftigt begränsa de offentliga utgifterna. En privatisering av den offentliga vårdens finansiering sker emellertid också i länder med en mycket god ekonomisk tillväxt och begränsad skuldbörda, som Kina och Vietnam.

Många av dessa förändringar sker spontant och relativt oplanerat när till exempel ökade möjligheter ges för lågavlönade offentligt anställda läkare att tjäna mer genom att arbeta privat. I andra fall är det stora multinationella kommersiella intressen som driver på, samtidigt som allt större betalningsstarka patientgrupper efterfrågar en vård av högre

kvalitet än den som erbjuds inom den offentliga vårdsektorn. Denna utveckling har dock i hög grad också stimulerats genom de marknadsorienterade sjukvårdsreformer som initierats i allt fler u-länder, vanligen med ett aktivt stöd från Världsbanken.

I denna artikel skall jag försöka belysa hur denna utveckling kan påverka möjligheterna för den stora del av befolkningen i många låginkomstländer som lever omkring eller under fattigdomsstrecket. Många av de konkreta exempel som ges är från Vietnam, där jag sedan drygt fyra år arbetar som rådgivare vid Hälsoministeriet. Men de är valda för att också illustrera generella strukturella effekter av en förskjutning från offentlig till privat finansiering och drift på vårdens tillgänglighet och hushållens direkta sjukvårdskostnader.

Vårdens geografiska tillgänglighet

Den offentliga vården har i många länder endast i begränsad utsträckning kunnat säkerställa en god vård även för den del av befolkningen som lever i fattiga landsbygds- eller glesbygdsområden långt från urbana centra. Detta beror ofta dels på bristande politisk vilja och kraft att prioritera en rättvisare fördelning av knappa vårdresurser, dels på svårigheter att rekrytera läkare och annan kvalificerad personal till dessa områden. »Glesbygdstillägg«, fri bostad och bättre karriärmöjligheter inom den offentliga vården är initiativ som prövats men sällan varit tillräckliga.

En ökad privatisering bidrar knappast till en bättre vård i fattiga landsbygdsområden eftersom privata vårdgivare i än högre grad än offentliga bedriver sin verksamhet i urbana och ekonomiskt mer välsituerade områden. I Vietnam återfinns till exempel två tredjedelar av de privata vårdgivarna i de två storstäderna Hanoi och Ho Chi Minh City. En ingående analys visar dessutom att antalet privata vårdgivare per 10 000 invånare minskar linjärt med en ökad andel fattiga invånare, det vill säga ju större

vårdbehov, desto färre privatpraktiserande läkare [2]. Det finns ingenting som tyder på en förändring av detta mönster vid ett ökat utbud av privat vård. Med ökande inkomstskillnader där de 20 procent rikaste ökar sin köpkraft mycket snabbare än andra grupper är det snarare troligt att denna trend förstärks. Detta har också varit det typiska mönstret vid en ökad privatisering av vården i till exempel Thailand.

Ökat gap

Mot denna bakgrund konstaterar bland annat Asian Development Bank – som generellt sett är mycket positiv till privata initiativ – att en ökad privatisering av sjukvården i Vietnam inte kan bidra till en bättre vård för de fattiga grupperna på landsbygden, som har de största otillfredsställda vårdbehoven [2]. Tvärtom minskar en snabbt växande urbant orienterad privat sjukvård de redan begränsade möjligheterna att rekrytera läkare till offentliga sjukhus och kliniker i fattiga landsbygdsområden. De privata vårdgivarna kan ju konkurrera om kvalificerad vårdpersonal inte bara genom att kunna erbjuda en attraktiv urban miljö, utan även genom en högre lön och bättre arbetsvillkor. Och för de många offentligt anställda läkare som bedriver privat vård är det också naturligt att sträva efter att arbeta i ett »lönsamt«, snarare än »olönsamt« område.

Den ökade privata finansieringen av den offentliga vården drar samtidigt i samma riktning. De som arbetar vid offentliga sjukhus som ligger i områden med många medel- och höginkomsttagare får nämligen ofta mångdubbelt högre lön än de som arbetar vid offentliga sjukhus i fattiga områden. Skälet är att intäkterna från patientavgifterna är mycket högre i de mer betalningsstarka områdena och att en viss andel – i Vietnam 30 procent – går som en förstärkning till personalens låga reguljära lön. En ökad privatfinansiering av den offentliga vården genom höga vårdavgifter ökar samtidigt gapet mellan stad och land när det gäller vårdutbudets omfattning och kvalitet. Ju fattigare område, desto mer begränsad och sämre vård trots att det är just i dessa områden som behoven är som störst.

Det betyder dock inte att det ur ett geografiskt tillgänglighetsperspektiv inte spelar någon roll om vården är privat eller offentlig. Den stora skillnaden är att

En ökad privatisering av vården gynnar inte de fattiga i Vietnam. Landets privata vårdgivare bedriver till stor del sin verksamhet i storstäder och inte på den fattiga landsbygden. Här: vård i Ho Chi Minh City.

det finns politiska möjligheter att bromsa en kommersialisering av den offentliga vården, medan möjligheterna att styra privata (kommersiella) vårdgivare till för dem olönsamma områden är obefintliga om man inte med offentliga subventioner gör dem lönsamma.

Detsamma gäller även vårdens inriktning. Man kan inte förvänta sig att kommersiella vårdgivare prioriterar de ur ett folkhälsoperspektiv viktigaste och mest kostnadseffektiva åtgärderna om dessa inte samtidigt är lönsamma ur ett företagsekonomiskt perspektiv. Befolkningssinriktade förebyggande insatser förutsätter därför vanligen offentliga insatser eller insatser från privata frivilliga organisationer/vårdgivare. Den kommersiella vården kan inte heller förväntas ta ett samhällsansvar om det inte samtidigt är lönsamt. Detta illustrerades nyligen vid de stora översvämningar som drabbade de centrala delarna av Vietnam. Samtidigt som den offentliga vården och frivilligkrafter mobiliserades för att rädda liv och förhindra epidemier lämnade många privata vårdgivare området.

Vårdens ekonomiska tillgänglighet

I ett globalt perspektiv är det ett alltför välkänt faktum att de som har de största behoven av vård vanligen har de mest begränsade resurserna att betala för den vård de behöver. Offentligt finansierad vård kan erbjuda vård efter behov snarare än efter köpkraft. Det kan däremot inte privat finansierad vård som arbetar på marknadens villkor. En ökad kommersialisering av vården torde därför generellt sett minska vårdens ekonomiska tillgänglighet för låginkomsttagare och fattiga.

Mot detta hävdas ibland att den privata vården tar över ekonomiskt mer

välsituerade patienter från den offentliga vården och att därigenom offentliga resurser frigörs, som kan användas för att förbättra den offentliga vården för de fattiga. Detta är ett korrekt antagande under förutsättning att privata sjukhus delvis ersätter offentliga sjukhus och de offentliga resurserna till den offentliga vården förblir minst oförändrade. Dessa förutsättningar finns dock ofta inte, eftersom privata sjukhus är komplement, snarare än substitut, för offentlig vård, och eftersom syftet med en privatisering ofta är att begränsa de offentliga kostnaderna för vården snarare än att förbättra vården för de fattiga. Det är därför inte så förvånande att den sämsta vården för de fattiga vanligtvis finns i länder med en mycket stor kommersiell vårdsektor, medan den bästa vården för de fattiga finns i länder med en väl utbyggd offentlig vård.

En ökad privat finansiering av den offentliga vården via höga vårdavgifter försämrar dock den ekonomiska tillgängligheten för stora delar av befolkningen i fattiga länder. De offentliga sjukhusen i Vietnam som – med aktivt stöd från Världsbanken – höjt patientavgifterna kraftigt under den senaste tioårsperioden tar till exempel emot allt fler rika och allt färre fattiga patienter. 36 procent av alla patienter till de offentliga sjukhusen kom till exempel under åren 1997/98 från den rikaste femtedelen av befolkningen. Motsvarande andel från den fattigaste femtedelen av befolkningen var under 10 procent, trots att deras vårdbehov är mångdubbelt större och trots att de – i motsats till den mer välbärgade delen av befolkningen – knappast har någon tillgång till privat sjukhusvård [3].

Ser man på den ekonomiska tillgängligheten inom hela det vietnamesiska vårdssystemet är, enligt landets sjukvårdsminister, omkring 28 miljoner av totalt 78 miljoner invånare alltför fattiga för att betala vårdavgifter på dagens nivå men inte tillräckligt fattiga för att erhålla fri vård/frikort [4].

Det hävdas ofta av förespråkare för en hög avgiftspolitik att detta är ett bra sätt att ta ut mer från de bättre situerade och frigöra knappa offentliga resurser till de fattigas vård. Men så fungerar det inte i verkligheten eftersom många fattiga patienter vid en avgiftshöjning inte längre har råd att betala och sjukhusen då ökar sina insatser för dem som har råd att betala. En viss, ofta liten, andel av de fattiga kan erhålla avgiftsbefrielse, men det är kostsamt för sjukhusen som i hög grad måste finansiera vården av dessa patienter utan någon kompensation för förlorade intäkter från patientavgifter.

Vård till lönsamma patienter

Det är därför helt finansiellt rationellt och nödvändigt ur det offentliga sjukhusets perspektiv att agera alltmer som ett kommersiellt sjukhus, det vill säga att erbjuda vård till lönsamma patienter. Slutresultatet blir att en allt större andel av de knappa offentliga resurserna – precis tvärtemot vad som antogs – går till de betalningsstarkare grupper som har råd att utnyttja den offentliga sjukhusvården.

I Kina, som i än högre grad än Vietnam och under en betydligt längre tid haft höga patientavgifter, är den ekonomiska ojämlikheten till sjukhusvård än mer dramatisk. En aktuell studie från den kinesiska landsbygden visade till exempel att 60 procent av de patienter som av läkare remitterats till sjukhus aldrig sökte någon kontakt med ett sjukhus därför att de visste att de inte skulle kunna betala vad det kostar [5].

Världsbanken driver dock fortfarande hårt sin linje att de direkta vårdavgifterna vid offentliga vietnamesiska sjukhus bör höjas ytterligare. Man hävdar till och med i en nyutkommen analys av den vietnamesiska vården, som man gjort tillsammans med bland annat Sida, »att debatten om det lämpliga med vårdavgifter i ett vietnamesiskt perspektiv endast är av akademiskt intresse. Dessa vårdavgifter för offentlig vård har nu funnits i tio år och om några negativa effekter någonsin funnits när det gäller dessa avgifters inverkan på vårdutnyttjandet så har de med stor sannolikhet försvunnit nu« [6].

Utifrån ett verklighetsperspektiv är det givetvis ett enda stort hän att hävda att en direkt sjukvårdskostnad som motsvarar kanske en årsinkomst för en fattig familj skulle bli lättare att betala bara

därför att den funnits – och höjts – under de senaste tio åren. Tvärtom ökar de negativa effekterna av höga direkta sjukvårdskostnader över tiden eftersom de fattiga i allt högre grad måste skuldsätta sig och sälja de tillhörigheter de kan ha för att betala sjukhusräkningen, om de över huvud taget har någon tillgång till de offentliga sjukhusens vård.

Fattigdomsfällan

Höga privata kostnader för sjukvård och läkemedel kan utgöra en dominerande orsak till att familjer drivs in i fattigdom och att de fattiga blir än fattigare. En omfattande levnadsnivåundersökning på den kinesiska landsbygden visade att höga sjukvårdskostnader var den främsta orsaken i dagens Kina till att folk blev fattiga [7]. Detta är inte så förvånande om man vet att en genomsnittlig sjukhusavgift kostar 60 procent av nettoinkomsten under ett år för en fattig familj och att avgiftsbefrielse finns mer i teorin än i praktiken [7]. Sjukvården, som traditionellt brukar beskrivas som en viktig del i ett lands välfärdssystem, har således via höga direkta vårdavgifter blivit ett i hög grad fattigdomsskapande system.

Omfattningen av denna medicinska fattigdomsfälla är ännu inte känd i Vietnam, men det finns uppskattningar att mellan 2 och 3 miljoner vietnameser varje år hamnar under fattigdomsstrecket på grund av höga sjukvårdskostnader, samtidigt som de redan fattiga blir än fattigare [6]. Att kostnaderna för sjukvård och läkemedel är en dominerande orsak till att många familjer drivs in i fattigdom bekräftas också i så kallade participatory poverty assessments, som bygger på intervjuer med fattiga människor, liksom i många studier med fokus på hur låginkomsttagare och fattiga använder sin knappa hushållsbudget.

Studier av vårdutnyttjande och vårdkostnader i en provins i norra Vietnam (Quang Ninh) visade till exempel att de sjuka fattiga använde 22 procent av sin totala inkomst till sjukvård jämfört med 8 procent bland de sjuka icke fattiga. Det framkom också att de som betalade mer än 50 procent av sin inkomst för sjukvård nästan utan undantag kom från de fattigaste hushållen [7].

Risken att drivas in i fattigdom är vidare speciellt stor vid kroniska sjukdomar och akuta infektionssjukdomar som drabbar flera familjemedlemmar. Andra tydliga tecken på att de direkta sjukvårdskostnaderna utgör ett stort problem för fattigare familjer är att många studier visar att 30 till 40 procent av alla fattiga patienter måste låna för att betala för sjukvård. Och allteftersom lånebördan ökar över tiden blir lånen allt dyrare, och till slut återstår kanske bara att sälja den

buffel som är familjens källa till inkomst.

Gäller även rika länder

Privatiseringen av den offentliga vårdens finansiering, samtidigt med en expansion av den kommersiella vårdsektorn, är inget unikt för Kina och Vietnam [8]. Denna utveckling – och med liknande negativa effekter vad avser vårdens tillgänglighet och fattigdomsskapande konsekvenser – har uppmärksamats i allt fler länder [9]. I Thailand är till exempel 60 procent av all försäljning av land relaterad till sjukdom, och motsvarande andel i Kenya är 24 procent. Även i rika länder med en stor andel privatfinansierad vård utgör de höga direkta vårdkostnaderna en allvarlig fattigdomsfälla. 20 procent av alla privata konkurser i USA är till exempel orsakade av höga medicinska kostnader.

FNs forskningsinstitut för social utveckling (UNRISD) har i en omfattande analys av olika utvecklingsstrategier mot denna bakgrund konstaterat: »Av alla tillgängliga metoder för att öka intäkterna ... är direkta vårdavgifter den mest olämpliga. En studie av 39 utvecklingsländer visade att införandet av direkta avgifter ökade intäkterna något men minskade tillgängligheten bland låginkomstfamiljerna avsevärt« [10].

Ur ett hälso- och sjukvårdspolitiskt perspektiv finns därför all anledning att ersätta den nuvarande ofta ideologiskt drivna privatiseringspolitiken med en mer evidensbaserad sjukvårdspolitik.

Uttryckt i ett par meningar är det speciellt viktigt:

- att utveckla regelverk och incitament för att i högre grad försöka styra det privata vårdutbudet mot de övergripande mål som gäller för hälso- och sjukvården i sin helhet;
- att säkerställa att en expansion av det privata vårdutbudet inte undergräver möjligheterna att utveckla en god vård för fattiga människor;
- att en eventuell expansion av den kommersiella vården bör främjas endast om den bidrar till att öka vårdens tillgänglighet, minska risken för att människor drivs in i fattigdom på grund av höga sjukvårdskostnader och utgör ett naturligt komplement till en offentligt finansierad vård;
- att den offentliga vården i huvudsak finansieras genom skatter, obligatoriska sjukvårdsförsäkringar, »community based health insurance schemes« och lokala hälsofonder (dvs genom olika typer av »pre-payment schemes«, som successivt kan ersätta höga direkta patientavgifter);
- att fördelningen av knappa offentliga vårdresurser baseras på olika befolk-

ningsgruppers storlek och behov av vård snarare än på olika grupperns köpkraft.

Ansvar för att initiera och genomföra reformer som dessa ligger givetvis i respektive lands myndigheter, men det är viktigt att internationella biståndsorgan också ställer upp bakom en mer rättvis och behovsrelaterad sjukvårdsfinansiering. WHO och Asiatiska utvecklingsbanken arbetar redan i praktiken utifrån denna grundsyn.

Världsbanken driver bland annat i Vietnam fortfarande en privatiseringslinje som förutom en expansion av den kommersiella sjukvården även innebär att man förordar höga patientavgifter vid offentliga sjukhus. Det finns dock tecken på att även Världsbanken – åtminstone i globala policydeklarationer – kommer att förorda icke-kommersiella »pre-payment schemes« i stället för direkta patientavgifter [W Hsiao, Harvard University, pers medd, 2002]. Det återstår dock att se om och när denna policy kommer att få genomslag i praktiken.

Referenser

1. Hanson K, Berman P. Private health care provision in developing countries – a preliminary analysis of levels and composition. *Health Policy and Planning* 1998;13(3):195-211.
2. Human capital of the poor in Vietnam; Policy options. Manila: Asian Development Bank Regional Office Manila; 2001.
3. Vietnam Level of Living Standard Survey 1997/98. Hanoi: General Statistic Office (GSO); 1999.
4. Hung PM, Minas H, Lieu Y, Dahlgren G, Hsiao W, editors. Efficient equity-oriented strategies for health – focus on Vietnam. International perspectives. Center for International Mental Health CIMH Melbourne/Ministry of Health Vietnam; 2000.
5. Wei F. Health care for China's poor. International Health Policy Programme. Washington: World Bank; 1999.
6. Wagstaff A. Poverty and health [underlagsrapport till slutrapport]. Genève: WHO Commission on Macro-economics and Health; 2001.
7. Segall M, Tipping G, Lucas H, Dung TV, Tam NT, Vinh DX, et al. Health care seeking by the poor in transitional economies [Research Report 43]. Brighton Sussex: Institute of Development Studies; 2000.
8. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001;358:833-6.
9. Dahlgren G. Payer les soins de sa poche: un déterminant majeur de la pauvreté. In: Jean E, Rainhorn D, Burnier MJ, editors. La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI^e siècle. Paris: Presse Universitaires de France; 2001. p. 123-37.
10. Visible hands – taking responsibility for social development. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD); 2000.