

REPLIK:

# Viktigt att inte göra ont värre

■ Som Birgitta Rydberg skriver är hälsan i Stockholms län ojämnt fördelad, och åtgärderna för att öka jämlikheten i hälsa innefattar inte bara sjukvården, utan även många andra samhällssektorer [1].

**Det sjukvården kan göra** är att tillse att kvaliteten och tillgången till sjukvård är god också i socialt och ekonomiskt utsatta områden genom att fördela extra resurser till sjukvård till dessa områden samt prioritera sjukare grupper. Strävan efter effektivitet i hälso- och sjukvården måste balanseras mot fördelningsspekter [2]. Hälso- och sjukvårdslagens intention om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen kräver differentierade insatser – en sjukare befolkning behöver mera sjukvård än en friskare befolkning.

**De planerade åtgärder** i när-sjukvården som Birgitta Rydberg beskriver förefaller utmärkta, och effekten i form av minskade hälsoskillnader skulle sannolikt vara ännu större om mer resurser till dessa åtgärder fördelades till socialt och ekonomiskt utsatta områden. Nya satsningar på samverkan mellan olika vårdgivare och myndigheter, som Birgitta Rydberg föreslår, är också bra och nödvändiga, särskilt bland grupper vars behov i dag inte tillgodoses.

**Jag är överens med** Birgitta Rydberg om att det tidigare använda socioekonomiska indexet inte är perfekt. Modellen kan dock knappast anses »ålderstigen«, och den har dessutom rönt internationell uppmärksamhet och berömts som en av de bästa tillgängliga modellerna för geografisk resursfördelning [3]. Sedan införandet av Stockholmsmodellen med köp- och säljsystem i sjukvården har politiker utifrån detta index omför-

delat köpkraft från beställare som representerar friskare befolkningar till beställare med sjukare befolkningar, allt i syfte att verka för en vård på lika villkor efter behov. Detta socioekonomiska index har inte räckt till för att minska sociala skillnader i hälsa – men vi vet inte hur stora de sociala skillnaderna skulle ha varit utan detta index.

Lokaliseringen av utbudet av vård har stor betydelse för konsumtionen, vilket visats särskilt vad gäller privat specialistvård i Stockholms läns landsting. Utbudet är mycket skevt fördelat till innerstadsområdenas fördel.

Bland personer som bor nära en sådan mottagning är konsumtionen av vård högre, och den avtar med resavståndet [4].

**Den tidigare omfördelningen** av resurser för primärvård stod dock i paritet med fördelningen av behov av vård (mätt som sjuklighet) mellan områden. En avsikt med den extra tilldelningen var också att kompensera för den större vårdtyngd och resursåtgång per besök som kan förväntas vid en vårdcentral i en befolkning med större socialmedicinska vårdbehov (t ex längre tid per besök, fler remisser, kontakter med försäkringskassa och socialtjänst).

Ersättningsmodellen i Vårdval Stockholm tar inte hänsyn till sådana skillnader. Ersättningen per besök är högre för äldre än för yngre personer, men tar inte hänsyn till att personer i socialt och ekonomiskt utsatta områden i genomsnitt insjuknar vid betydligt yngre ålder än befolk-

ningen i mera välbeställda områden.

**I Vårdval Stockholm** kommer befolkningens efterfrågan på vård och antalet besök att styra resurserna. Efterfrågan på vård är dock inte att direkt

**»Nyligen publicerade internationella erfarenheter tyder på att rena marknadslösningar i hälso- och sjukvården blir både dyrare och sämre ... samt att de inte fungerar för att uppnå vård på lika villkor.«**

jämställa med behov av vård. Efterfrågan på vård styrs också av andra faktorer som bl a utbud och tillgänglighet till vård, bemötande i vården samt av individens ekonomi, sociala och fysiska rörlighet. I den rapport jag refererade till tidigare [5] var konsumtionen av vård lägre än förväntat, och andelen som avstod vård av ekonomiska skäl

var högre, bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper.

**Som Birgitta Rydberg** skriver beror de ökande sociala skillnaderna i hälsa till stor del på att de som redan har det bra har fått det bättre. Detta i sig gör att man bör överväga förändringar i sjukvårdsorganisationen. Kanske skulle dock andra förändringar än Vårdval Stockholm övervägas, om målet är att minska sociala skillnader i hälsa och att uppnå vård på lika villkor.

Ingen kan med säkerhet förutsäga vilken effekt Vårdval Stockholm kommer att ha på de sociala skillnaderna i hälsa, men vissa farhågor kan hysas vad gäller befolkningen i socialt och ekonomiskt utsatta områden. Det är viktigt att inte göra ont värre.

**Nyligen publicerade internationella erfarenheter tyder på att rena marknadslösningar i hälso- och sjukvården blir både dyrare och sämre [6]**

samt att de inte fungerar för att uppnå vård på lika villkor. Redaktören för British Medical Journal uttrycker detta tydligt i december 2007, apropå diskussionen om marknadsreformer i sjukvården i Storbritannien: »A true market has no room for equal access for equal need« [7].



**Bo Burström** professor, överläkare, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för socialmedicin, Karolinska institutet, Stockholm; enheten för socialmedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting bo.burström@karolinska.se

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Bo Burström är sedan 2002 projektledare och ansvarig för »Behovsindex» i Stockholms läns landsting, det socioekonomiska index som det hänvisas till i inläggen.*

REFERENSER

- Rydberg B. Vårdval Stockholm ökar möjligheterna att bryta den ojämlika hälsan. Läkartidningen. 2007; 104:3899.
- Rice N, Smith P. Ethics and geographical equity in health care. J Medical Ethics. 2001;27:256-61.
- Rice N, Smith P. Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report [review]. Milbank Q. 2001;79 (1):81-113.
- Chen P, Burström B. Betydelsen av resavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata specialistläkare i Stockholms läns landsting. Stockholm: Stockholms läns landsting/Socialmedicin; 2005. Rapport 2005:2.
- Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, et al. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Stockholm: SLL/Centrum för folkhälsa, Enheten för Socialmedicin och Enheten för Hälsoekonomi, 2007. Rapport 2007:5.
- Woolhandler S, Himmelstein DU. Competition in a publicly funded healthcare system. BMJ. 2007;335: 1126-9.
- Godlee F. The market has failed. BMJ. 2007;335 (1 December). doi: 10.1136/bmj.39413.597465.47