



Friskare sjukvård i Storbritannien

Av YLVA NILSSON, frilansjournalist och författare, tidigare på Svenska Dagbladet och Dagens Industri.

I januari 2002 rullade ett tåg genom tunneln under Engelska kanalen på väg till den franska staden Lille. Ombord fanns tio brittiska patienter som alla hade väntat mer än ett och ett halvt år på att få sin ögonstarr opererad eller höftled utbytt. Nu var de på väg till det franska sjukhuset La Louvière för att behandlas.

Den ovanliga resan var organiserad och betald av National Health Service och kan ses som början på den omfattande reformering av det brittiska sjukvårdssystemet som av många anses vara oerhört framgångsrik, men som inte

uppmärksammats i någon större utsträckning i Sverige. Historien om lyckliga briter som snabbare kommer till vård hade sin upprinnelse i några domar från EG-domstolen. Den första föll i april 1998 och fick den brittiska regeringen och sjukvårdsadministrationen att reagera med starka protester. EG-domstolen deklarerade att det bryter mot EU:s fördrag att neka patienter ersättning från deras sjukförsäkringar för vård de har rätt till, bara för att den har utförts utomlands.

Den brittiska hållningen blev att domen inte kunde

Sammanfattning

Brittiska labour vann valet 1997 till stor del tack vare löftet om en upprustning av National Health Service (NHS), Storbritanniens främsta symbol för välfärd och jämlikhet. Labourregeringen band sig själva vid masten genom att sätta datum för när de årslånga vårdköerna skulle vara borta.

Den bärande idén från början var att lägga mer pengar i systemet, mycket mer pengar. Allteftersom tiden gick visade det sig att enbart mer pengar inte gjorde någon märkbar skillnad och regeringen fann sig tvungen att experimentera med helt andra inslag som:

- att organisera NHS-resor för vård i utlandet,
- att flyga in utländska kirurgteam för att operera i lediga salar,
- att bygga nya sjukhus med privat kapital,
- att välkomna privata och utländska vårdgivare som komplement,
- att skapa strömlinjeformade centrum för planerade ingrepp eller diagnoser,
- att ge primärvården makt över sin budget med rätt att köpa vård av NHS, privat eller i utlandet,
- att ge patienter rätt att välja vård inom NHS, privat eller i utlandet,
- att ge personal påslag på lönen om de genomför fler behandlingar,
- att låta sjukhus styra sin ekonomi och behålla överskottet för investeringar.

Fem år senare är vårdköerna mycket korta och dödligheten i cancer, hjärtsjukdomar och mental ohälsa är på kraftig tillbakagång.

anses gälla i Storbritannien med sin helt skattefinansierade sjukvård, utan enbart i länder med olika former av sjukförsäkringar. Och, ansåg man, det kunde hur som helst inte gälla för vård på sjukhus, bara för öppenvård.

I juli 2001 kom emellertid uppföljande domar från EG-domstolen. Dessa gjorde klart att det som vid det här laget döpts till "patienters fria rörlighet", gällde lika mycket för EU-länder med skattefinansierad sjukvård, och att den fria rörligheten inte gjorde undantag för vård på sjukhus.

Den här gången blev den brittiska reaktionen en helt annan. Under valkampanjen 1997, som fört Labour till makten för första gången på arton år, hade generösa löften om bättre sjukvård spelat en central roll. Dessa vallöften måste uppfyllas. Men trots att regeringen kraftigt ökat resurserna till NHS hade köerna inte kortats alls, och vården tycktes inte bli bättre. Den brittiska regeringen måste tänka nytt och tänka fort. Plötsligt framstod EG-domarna som en möjlighet i stället för ett hot.

NHS var i dåligt skick. Sjukhusen var nedslitna, omsättningen på personal var hög och med jämna mellanrum slog läkare larm i pressen för att de fick arbeta veckor i sträck utan vila.

Britter med cancer eller hjärtsjukdomar hade enligt statistiken en skrämmande mycket mindre överlevnadschans än andra europeer eller, för den delen, amerikaner.

1997 väntade en miljon engelsmän på en operation. Väntetiderna för planerad sjukvårdsbehandling var i genomsnitt arton månader, vilket innebar att många hade väntat på sin tur i tre, fyra år.

Dessutom var vårdköns längd beroende på i vilken del av landet man var bosatt, ett fenomen i folkmun kallat "postnummerlotteriet". Vissa sjukvårdsregioner klarade hyggligt av att erbjuda efterfrågad vård, andra klarade det inte alls.

Rapporter i brittisk press och TV duggade tätt om sjukvårdsskandaler, felbehandlingar, sjukvårdsköer och den höga dödligheten i cancer och hjärtsjukdomar. En av de skandaler som grep allmänheten djupast utspelade sig på sjukhuset Bristol Royal, där spädbarn med hjärtfel i flera års tid haft extremt hög dödlighet utan att några åtgärder satts in eller att problemen gjorts kända.

Storbritanniens nationella sjukvård var en skandal och det var inte överraskande att sjukvården blev en av de avgörande frågorna för valutgången 1997.

ENGELSMÄNNENS OPIUM

Brittiska National Health Service, NHS, skapades några år efter andra världskriget av landets första labourregering. Systemet finansierades över skatterna och erbjöd fri sjuk- och hälsovård för alla.

Storbritannien var ett fattigt land efter kriget. NHS blev en mäktig symbol för nya tider, för slutet på klassamhället och början på jämlikhet och välfärd för alla.

Ingen regering därefter har ens tänkt tanken att riva ned detta system som de brittiska väljarna, trots alla upprörande skandaler, fortfarande omhuldar med stolthet. Eller som Nigel Lawson, tidigare finansminister i en toryregering, uttryckte det: "NHS är det närmaste en religion som engelsmännen har."

Storbritanniens politiker håller följaktligen fortfarande fast vid ideologin som låg bakom upprättandet av NHS. Staten ska stå för sjukvården. Den ska vara skattefinansierad. Tillgängligheten ska vara densamma för alla, oavsett inkomster, och bättre service för rika ska inte växa fram.

Labours lösning på problemet NHS löd: Mer pengar. Den brittiska politiska debatten var mycket klar över att Storbritannien var ett av de länder i Västeuropa som lade ned minst pengar på hälso- och sjukvård. NHS största problem var, hävdade labour, att det var underfinansierat.

I augusti 2000 presenterades en tioårsplan som utlovade stora satsningar och goda resultat. Budgeten för sjukvården skulle öka med 7,5 procent i genomsnitt under 5 år (eller med 35 procent i reala termer). Väntetiderna skulle kortas. Mer personal skulle anställas och nya sjukhus byggas.

Självklart skulle reformen inte röra vid den grundläggande premisen: NHS skulle vara statligt finansierat och erbjuda gratis sjukvård till alla medborgare.

De problem som identifierades i reformförslaget var (förutom att NHS underfinansierats i många år) att

Sjukvård i Europa

Danmark erbjuder sedan sommaren 2002 ett val för alla patienter som väntat på behandling mer än två månader, antingen privat vård i hemlandet eller vård utomlands. Resa och uppehälle organiseras och betalas av patientens landsting. Mellan åren 2002 och 2004 utnyttjade drygt 36 000 patienter denna rätt, varav 520 valde utlandsvård.

De danska landstingen har kontrakt med åtta tyska sjukhus eller kliniker och tre svenska (Simrishamns sjukhus, Art Clinic i Göteborg samt PlastikkirurgiCentrum i Malmö)

Holländska sjukhus utnyttjar sedan 1987 ledig kapacitet på belgiska sjukhus i Flandern för att få patienter behandlade utan lång väntetid.

Norra Frankrike och södra Belgien inledde år 2000 ett försöksutbyte med sju sjukhus där invånare i gränsregionerna fritt kan välja belgiskt eller franskt sjukhus utan att begära förhandstillstånd. Systemet Transcards har fungerat så väl att det har permanentats och utvidgats till ett större geografiskt område.

Tre EU-finansierade projekt har under några år erbjudit invånare i gränskrysset mellan Holland, Belgien och Tyskland att fritt välja sjukhus. Den holländska sjukförsäkringen har därefter valt att permanenta ordningen.

EU-kommissionen har föreslagit en lagstiftning som definierar patienters

rätt till sjukvård utomlands så som EG-domstolen har lagt fast den. Förslaget ingår i tjänstedirektivet som förhandlas mellan medlemsländerna, men är omtvistat. Så länge inga nya regler antagits gäller domarna.

EU-kommissionen föreslår utformandet av en guide till patienter som förklarar och hjälper dem att använda sig av möjligheten till utlandsvård. Vidare föreslår man upprättandet av en knutpunkt för sjukvårdsadministrationer som söker kapacitet i andra länder för att komplettera den nationella. Slutligen föreslår kommissionen att europeiska "Centers of Excellence" skapas för att samla spetstekniker inom sjukvård.

Källor: The European Commission, The Department of Health, NHS, King's Fund, Nuffield Trust, Office of Health Economics, Office of National Statistics, Danmarks Indrigs- och sundhedsministerium, OECD Health Data, York Health Economics Consortium, *The Economist*, *The Guardian*, *The Independent*.

makten över sjukvården hade centraliserats och att man trots detta saknade nationella normer för verksamheten.

"Det är rätt att sätta en nationell standard men det är fel att driva hälsovård nationellt. Hälso- och sjukvård är en tjänst som utförs lokalt", underströk i ett tal den dåvarande hälsoministern Alan Milburn som varit pådrivande i NHS-reformen.

Andra överskuggande problem ansågs vara bristen på personal, brist på kapacitet i form av sjukhus och sjuk-sängar, de geografiska orättvisorna i tillgång till sjukvård samt patientens brist på inflytande över sin vård.

SNABBLÖSNING PÅ ANDRA SIDAN KANALEN

Ganska snart stod det klart för regeringen att det inte skulle räcka med att pumpa in pengar i systemet för att komma åt de stora problemen. Trots nya miljarder till sjukvården kapades inte köerna, tvärtom kunde den brittiska pressen med en anstrykning av hån rapportera att köerna blev längre och läkarna bara färre.

När EG-domstolen, året efter det att reformplanen hade presenterats, bekräftade att europeiska sjukförsäkringar faktiskt inte får neka patienter ersättning bara för att vården har utförts i annat EU-land, så välkomnade alltså

hälsominister Alan Milburn nyheten i stället för att som tidigare vifta bort den.

I tioårsplanen för NHS fanns tanken att privata vårdgivare skulle kunna bidra till att minska kapacitetsbristen. Andra planer var att bygga fler sjukhus och utbilda fler läkare, sjuksköterskor, apotekare, etc. Men den privata sektorn var liten i Storbritannien och att bygga sjukhus tar tid. Vård i utlandet erbjöd den snabba vägen till kortare vårdköer.

EG- domen föll i juli 2001. I augusti fick hälsoministern ett utlåtande om domarna från sina juridiska experter, och i oktober meddelade Milburn att NHS skulle börja organisera sjukresor till utlandet för att kapa sjukvårdsköerna.

Tre månader senare rullade det första NHS-tåget mot Lille.

Resan var noggrant organiserad. Man ville gärna slippa se brittiska medborgare själva störta iväg till kontinenten för att låta sig behandlas och sedan komma hem med räkningen till NHS. Tre pilotprojekt startades därför med ett antal nyckelpersoner och enheter som utsågs att administrera utlandsvården. Sydöstra England var en självklar utgångspunkt, dels för den geografiska närheten

till kontinenten, dels för att sjukvårdsköerna var extremt långa just där.

Projektgrupperna lade upp en plan för resorna. Avtal slöts med utländska sjukhus vilka utvärderats efter ett noggrant kvalitetsbedömningsprogram och som kunde visa att de hade kapacitet att med kort varsel ta emot patienter för operation.

Valet föll i första hand på Frankrike, Belgien och Tyskland, tre närliggande länder som inte har egna sjukvårdsköer.

Brittiska sjukhus och kliniker fick möjlighet att remittera patienter ur sjukvårdskön för utlandsvård. Lokala bedömningscentra upprättades för att utvärdera om patienten var kapabel att resa, hade en sjukdom vars behandling tillät resa hem snart efter ett ingrepp, o s v.

Det rörde sig i de flesta fall om relativt okomplicerade ingrepp som gråstarrsoperationer och byte av höftled.

Därefter organiserades grupper om 10–20 patienter som i några fall transporterades på tåg över Kanalen, i andra fall per flyg till Tyskland.

Patienten ackompanjerades av en "euro-pal" som talade språket i behandlingslandet, kunde sjukhusrutinerna där och tog hand om alla praktiska arrangemang under resan och vid mottagandet.

Man gjorde sig extra besvär att se till att patienterna fick brittisk mat, brittiska tidningar och kunde ta in brittiska TV-program.

För patienten var allt gratis. Anhöriga var välkomna att följa med, fick resa och bädd ordnad, men betalade själva.

På sex månader sändes 200 patienter utomlands och succén var i det närmaste total. I artiklar i pressen gladdes sig nöjda patienter åt att kunna gå eller se igen efter att ha väntat i flera år på behandling, och utbreddes sig väl-taligt om den vänliga personalen och den goda maten på franska sjukhus.

Utvärderingar av utlandsresorna gav nya lärdomar. Det stod till exempel klart att det inte var ekonomiskt lönsamt att sända patienter utomlands för det slags enkla ingrepp där patienten normalt kan gå hem samma dag.

Utlandsresan ledde ju automatiskt till minst en övernattning och resekostnaden lades ovanpå sjukvårdskostnaden.

Men kontakterna utomlands gav inspiration till en annan idé. Det vore faktiskt också möjligt att flyga in utländska läkarteam för att operera i England. En kvalitetsutvärdering genomfördes där ett antal läkarteam godkändes. I juli 2002 kunde hälsovårdsminister Milburn skaka hand med de först anlända läkarteamen på St Mary's Hospital i Paddington. De flögs in för helgen när operationssalar stod lediga och genomförde ett stort antal operationer.

Bland de team som började flygas in fanns ortopederna från det svenska bolaget Capio, som startat sin verksamhet med att ta över stockholmssjukhuset St Görans. NHS-klinikerna där de arbetade upptäckte snart att de svenska ortopederna använde kirurgiska metoder som gjorde det möjligt för patienterna att lämna sjuksängen efter ett par dagar i stället för den brittiska normen, en vecka. De influgna ortopederna åstadkom både kortare köer och besparingar för NHS.

DAGS ATT TÄNKA NYTT

Trots framgången kunde utlandsvården förstås inte ersätta en fungerande brittisk sjukvård. Arkitekterna bakom tioårsplanen för NHS hade hunnit tänka vidare och var i april 2002 redo att mer konkret presentera hur NHS skulle förändras.

Reformen visade sig gå ut på att centralstyrningen från staten skulle avvecklas, att konkurrens skulle släppas in i NHS dels genom att ge patienterna rätt att välja, dels genom att släppa in såväl privata som utländska vårdgivare i systemet.

Staten skulle överge sin roll som utförare och förvaltare av sjukvård för att i stället bli en övervakare som bestämmer var ribban för effektivitet och kvalitet ska ligga, genom normer, målsättningar och kontroller.

"Skattefinansierad hälsovård kan existera sida vid sida med decentralisering, mångfald och valmöjligheter", slog Alan Milburn fast när han presenterade uppföljningen av tioårsplanen inför parlamentet.

Labourregeringen gav väljarna möjligheten att bedöma resultatet genom att ställa ut detaljerade löften: Till 2005 skulle väntetiderna minska från (i genomsnitt)

arton månader för en operation till maximalt sex månader 2005 och till tre månader 2008.

Antalet dödsfall i cancer och hjärtsjukdomar skulle minska kraftigt.

Väntetiden för att träffa sin allmänläkare skulle år 2004 inte överstiga 48 timmar, och ingen skulle behöva vänta mer än 4 timmar på en akutmottagning.

NHS skulle få 7 400 fler sängplatser, 20 000 fler sjuksköterskor och barnmorskor och 10 000 fler läkare.

DEN NYA ORGANISATIONEN

Första steget var att organisera om NHS.

Toryregeringen hade redan 1989 genomfört en reform som införde en beställar–utförar-roll. Beställare var lokala sjukvårdsorganisationer med viss budgetmakt hos husläkaren. Utförare var sjukhus och kliniker.

Reformen hade dock misslyckats med att skapa en balans mellan efterfrågan och utbud, och hade inte heller kommit till rätta med stora geografiska orättvisor. För sjukhusen fanns inga incitament att effektivisera eller hålla låga priser. Där sjukhusen höll höga priser hade de lokala myndigheterna inte råd att köpa lika många behandlingar, med resultatet att vissa regioner snart hade årslånga sjukvårdsköer medan andra kunde erbjuda snabba behandling. Eftersom patienter måste låta sig behandlas på hemorten jämnades toppar och dalar aldrig ut.

Labours tioårsplan delade in England (Skottland, Wales och Nordirland har relativt stor självständighet och organiserar sjuk- och hälsovård delvis annorlunda) i 302 primärvårdsenheter (Primary Care Trust, PCT) med ansvar för ett geografiskt område med mellan 50 000 och 200 000 invånare.

Sekundärvården, som sjukhus, akutvård, ambulanstjänster och specialistsjukhus, organiserades under landets 175 "Health Trusts".

Över primärvården och sekundärvården inrättades 28 strategiska hälsovårdsmyndigheter med uppgift att samordna och övervaka utfallet.

Reformen rörde dock inte vid den brittiska traditio-

nen att patienten registrerar sig hos en husläkare som normalt utgör patientens första kontakt och ingång till sjukvården, med uppgift att vid behov remittera vidare till sjukhus. Husläkaren, som är egenföretagare, är kontrakterad av sin lokala primärvårdsenhet.

I det nya systemet fick primärvårdsenheterna självständig rätt att beställa vårdtjänster av allmänläkare och av sjukhusen. Whitehall (regeringskansliet) fördelar budgetmedel till PCT beroende i första hand på hur många invånare de ansvarar för. Priset för vården fastställs i kontrakt med sjukhusen och allmänläkarna.

Primärvårdsenheterna, PCT, fick genom reformen inflytande över 75 procent av NHS budget. Tanken är att om ett lokalt sjukhus inte kan erbjuda vård till ett bra pris ska primärvårdsenheten i stället vända sig till något av alternativen.

EG-domstolen hade i praktiken tilldelat dem rätten att även beställa vård utomlands. Nu gav reformen dem rätten att också välja en privat vårdgivare.

För att underlätta för lokala primärvårdenheter att köpa vård utomlands uppmanas dessa att gå via två kontaktpunkter som på nationell nivå sköter kontrakt och alla kontakter med vårdgivare i andra länder. Alla PCT måste ha en policy för utlandsvård att erbjuda de patienter som efterfrågar möjligheten.

CENTRAL ÖVERVAKNING

För att försäkra sig om att decentraliseringen inte ökar de geografiska skillnader som NHS-vården dragits med i många år, finns nationellt satta kvalitetskriterier och inspektioner.

Ett annat sätt var upprättandet av NICE (National Institute for Clinical Excellence). NICE utfärdar riktlinjer för behandling av olika sjukdomar, och de ska styra primärvårdsenheterna och sjukhusen mot de mest effektiva, etiska och billiga metoderna. Riktlinjerna är inte tvingande men hälso- och sjukvården bör ha goda skäl för att inte följa de nationella riktlinjerna.

FLER LÄKARE

Reformen syftade likaså till att lösa den kroniska kapacitetsbristen i NHS, dels genom att öka antalet anställda,

dels genom att bygga fler sjukhus. Planer drogs upp för att öka antalet utbildningsplatser i Storbritannien. Hösten 2005 skulle antalet inskrivna läkarstudenter ligga på 5 900. Målet nåddes och överskreds redan 2003, vilket motsvarar en ökning med nära 2 300 platser eller 60 procent sedan 1997.

En allmänläkare tar dock 10 år att utbilda och en specialist 15 år. Så lång tid hade politikerna inte gett sig själva för att lyckas. Parallellt började NHS därför att aktivt rekrytera personal i utlandet.

Flera kampanjer gav en våg av invandrade sjuksköterskor och läkare, bland annat från många afrikanska länder. NHS står också i nära kontakt med utbildare i länder som t ex Polen, och rekryterar studenter direkt från campus.

Starten var dock trög och under flera år i början av 2000-talet lyckades fackförbunden använda bristsituationen till att få igenom kraftiga lönehöjningar för anställda i NHS.

När rekryteringspolitiken väl tog fart gav den upphov till upprördhet då det visade sig att några afrikanska länder nära nog tömdes på utbildade sjuksköterskor. 2002 fick regeringen gå in och skapa riktlinjer för rekryteringen, för att inte försätta fattiga länder i sådana situationer.

År 2005 hade regeringen med råge uppfyllt sina löften om mer sjukvårdspersonal till NHS. Många av dem var utbildade i utlandet: under 2002, 2003 och 2004 an-

ställdes över 40 000 utländska läkare och sjuksköterskor av NHS.

Troligen kommer kritiken av den brittiska rekryteringen att dyka upp igen, men nu i förhållande till europeiska länder. Medelåldern är hög bland Europas sjuksköterskor och läkare (antalet läkare över 50 år fördubblades mellan 1995 och 2000) vilket antyder en förestående brist på utbildad sjukvårdspersonal. NHS aktiva och mycket lyckade kampanjer för att locka personal riskerar därför att trampa fler länder på tårna.

Storbritannien har fortfarande stor brist på tandläkare, och den som läser *Expressen* eller *Aftonbladet* på nätet kan se annonser som lockar svenska tandläkare med fast anställning i valfri engelsk stad.

FLER SÄNGAR

Nästa stora kapacitetsbrist handlade om sjukhussängar och operationsalar, som inte bara var för få utan också omoderna och nedslitna. Labour lovade i sin tioårsplan 100 nya sjukhus.

För att ha råd att genomföra så många och stora projekt vände sig regeringen till den privata sektorn.

Regeringen utnyttjade en ordning som torypartiet hade inrättat under sin tid vid makten: PFI (Private Finance Initiative). I ett PFI äger staten 49 procent och de privata investerarna 51 procent, dock får ingen enskild privat investerare äga mer än 7 procent.

EG-domarna

EG-domarna har gett patienter rätt att begära ersättning från sin sjukförsäkring för planerad vård i annat EU-land. Rätten till akutvård utomlands har aldrig varit omtvistad.

Fallet Kohl/Decker från 1998 gällde en belgare som köpte glasögon i Luxemburg och en luxemburgare vars dotter fick tandkirurgi på en öppenvårdsmottagning i Tyskland. Domstolen konstaterade att sjukvård och sjukförsäkringar visserligen faller under nationell beslutskompetens, men att denna måste utövas så att den respekterar EU-fördraget. Tjänsters

fria rörlighet begränsas om en patient bara kan få ersättning för vård i sitt eget land, ansåg domstolen.

Hemlandets försäkringskassa får inte heller regelmässigt kräva att patienten söker ett förhandstillstånd innan vården utförs. Också det är ett hinder för rörlighet.

I målet Smits-Peerbooms 2001 bekräftade domstolen att den fria rörligheten också gäller statligt finansierad sjukvård samt vård på sjukhus. Domstolen förtydligade att för sjukhusvård har försäkringskassan möjlighet att ställa krav om förhandstill-

stånd, men bara om detta är nödvändigt för att skydda den ekonomiska bärigheten i landets sjukhusstruktur.

Hemlandets försäkringskassa får begränsa ersättningen till att enbart täcka samma slag av vård som ges i hemlandet.

En svensk dom från regeringsrätten 2003 har bekräftat att EG-domen gäller i Sverige. Svenska patienter har rätt till ersättning från försäkringskassan för sjukvård de fått utomlands, också om inget förhandstillstånd funnits.

PFI har tills vidare stått för ett kapitaltillskott på runt 2,5 miljarder pund per år. Avkastningen till investerarna har legat runt 15 procent.

Kostnaderna för PFI-projekt har i genomsnitt legat cirka 3–4 procent lägre än kostnaden för de sjukhus som staten själv bygger, uppger National Audit Office som lika-så konstaterar att de haft fördelen att till övervägande del följa såväl fastlagd budget som tidplan.

Det hindrar inte att varningar har hörts i debatten, bland annat inför den risk som vissa sjukhus tar när de delar lånebörda med privata investerare under lång tid.

Mellan 1997 och 2005 har staten anslagit 16 miljarder pund till nybyggnation, vilket gett 40 nya sjukhus och ytterligare 28 som är under uppbyggnad. Fyra av dessa är inte PFI-projekt.

Men att bygga sjukhus tar tid och de brittiska politikerna – och medierna – ville se snabba resultat.

Här bidrog erfarenheterna från de utländska kirurgteamen till nytänkande. Det kunde vara en bra idé att skapa mindre enheter för strömlinjeformad vård. Ett stort antal operationer är relativt rutinartade, kan utföras snabbt och vållar mycket sällan komplikationer.

I april 2003 beslöt regeringen att i större skala upprätta "Treatment Centers", mottagningar som koncentrerade sig på att utföra vissa ingrepp eller ställa vissa diagnoser.

Eftersom dessa centrum enbart utför planerade ingrepp kunde patienterna lita på att få sin behandling på utlovad tid, inte tvingas åka hem igen sedan t ex trafikskadade kommit in.

Även om en hel del av dessa centrum drivs av andra vårdgivare än NHS, kan personalen i många fall vara anställd av NHS.

I början av 2005 var 32 Treatment Centers igång. Sedan starten 2003 hade 130 000 patienter fått sin behandling där. Regeringens mål är att ha 80 Treatment Centers och att 250 000 patienter årligen ska behandlas vid sådana.

PRIVATA SEKTORN SOM DELTAGARE

Labourregeringen hade bestämt sig för att ta hjälp av

landets privata sjukvårdssektor för att klara kapacitetsbristerna. Under 2002 köpte NHS 60 000 planerade ingrepp av den privata sektorn vilket ska jämföras med totalt 5 miljoner utförda ingrepp årligen.

Den relativt låga siffran beror bland annat på att NHS i mer än 50 år så totalt har dominerat sjukvården i Storbritannien att privat brittisk sjukvård förblivit en ganska liten sektor.

Dessutom har den inte varit särskilt konkurrenskraftig. Priset på en privat utförd operation låg för några år sedan på 40 procent över NHS interna kostnad.

När regeringen började begära in anbud från privata vårdgivare för att utföra operationer eller upprätta Treatment Centers, var avsikten att finna privat brittisk vård, men det visade sig ofta bara finnas utländska vårdgivare med önskvärd kapacitet.

Av de 34 Treatment Centers som regeringen i första steget ville ha uppförda tog utlandet hem 19 av kontrakten. Det var företag från USA, Kanada och Sydafrika och från Sverige.

Våren 2004 fick svenska Capio det hittills största utförarkontraktet någonsin med NHS. Det är värt 3 miljarder kronor över fem år, och innebär att driva åtta sjukhus (varav fem ska nybyggas) för ortopedi och allmänkirurgi.

Det finns dock tecken på att den nya konkurrenssituationen har gett den privata sektorn i England en puff. I London öppnade 2003 Englands första privata akutvårdsmottagning. År 2004 gick Nuffield Hospitals (det tredje största i privat regi) samman med svenska Capio och vann ett ettårskontrakt på 25 000 operationer.

Bupa (landets största bolag för privata sjukvårdsförsäkringar) har sålt tio av sina 34 sjukhus och investerar frigjorda medel till att rusta upp och effektivisera resten för att få ned kostnaderna.

För närvarande står den privata sektorn – och då framför allt utländska vårdgivare som etablerat sig i Storbritannien – för cirka 5 procent av samtliga planerade ingrepp. Regeringens mål är att till 2008 nå 15 procent.

PATIENTENS VAL

Ett avgörande inslag i reformen var, enligt ansvariga politiker, att ge patienten större inflytande. Patientens behov skulle stå i centrum. Samtidigt kan patienters nya rätt att välja vårdgivare också användas till att öka pressen på dåligt fungerande sjukhus och kliniker. Ju färre behandlingar de får sälja, desto mindre pengar tjänar de.

Programmet "6 Months Choice" inleddes i september 2004 och innebär att den som förgäves har väntat på behandling i sex månader sedan han/hon fått en remiss av sin allmänläkare, kan begära att få behandling vid annat sjukhus än det sedvanliga.

Möjligheten att välja är dock något som majoriteten av patienter inte har vant sig vid. Ett pilotprojekt vid London Hospital gav 50 000 patienter chansen att välja snabb behandling någon annanstans eller att vänta i flera månader på sin tur. Bara hälften tackade ja till snabb behandling.

En utvärdering av utlandsvården visade att patientens omgivning starkt påverkat hans/hennes val. Huvudparten av de patienter som tackade ja till utlandsresan, hade omgivits av medicinsk personal som var positiv till utlandsvård medan de som tackat nej fått mycket lite information om hur en sådan resa skulle gå till och vad den skulle medföra.

Den engelska patientens nya rätt att välja har dessutom begränsats av hur hans/hennes primärvårdsenhet hanterar sin beställarroll. Fortfarande köper de lokala primärvårdsenheterna många gånger behandlingar slentrianmässigt från närmaste sjukhus. Reformens arkitekter hoppas emellertid att de ska flytta sina beställningar till mer effektiva utförare för att få mer vård för pengarna. Tanken är att också den geografiska ojämlikhet som har rått inom NHS, då ska utjämnas.

För att styra denna utveckling utökas Chocieprogrammet. Från december 2005 ska alla patienter kunna välja mellan fyra eller fem vårdställen för planerade ingrepp. Från april 2006 ska listan över möjliga vårdställen också innefatta privat vård och utlandsvård.

Det innebär att varje primärvårdsenhet som ännu inte har gjort det, tvingas att sluta kontrakt med betydligt fler parter än enbart närmaste lokala sjukhus.

Från utgången av 2005 ska det också bli lättare för patienten att själv hitta alternativet. Ett elektroniskt system sätts upp så att patienten och hans/hennes allmänläkare via datorn kan söka lediga vårdplatser och boka tid för operation.

BETYG PÅ VÅRDEN

Möjligheten till fria val har åtföljts av reformer för att ge patienten den kunskap som behövs för att kunna välja. I dag kan till exempel alla gå in på NHS hemsida och, månad för månad, läsa hur lång väntetiden för olika behandlingar är lokalt.

En mer utmanande nyhet är den offentliga betygssättning av sjukvården som infördes 2001. Primärvårdsenheter, sjukhus, kliniker, ambulansservice m m, graderas och rankas efter förtjänst av en oberoende övervakare (The Healthcare Commission).

Bland kriterierna finns väntetider för olika behandlingar eller på akutmottagningar, men också hygien, budgetutfall, hur snabbt ett larmsamtal besvaras, hur patientmottagandet sköts och hur klagomål hanteras.

Brittisk press ger stor uppmärksamhet åt betygssättningen och publicerar listor där kvällstidningsläsarna kan söka efter vilket betyg deras lokala sjukhus har fått.

Det har resulterat i att många sjukvårdsenheter numera arbetar aktivt för att få bästa möjliga omdöme. Vissa enheter, t ex akutvårdsmottagningar, stämmer dagligen av hur de ligger till i förhållande till kriterierna. Dåliga resultat har i några fall lett till att personer i sjukhusledningen har sparkats.

Betygssättningen har förstås kritiserats för att vara trubbig och orättvis. Sjukhus som förlorar en stjärna hamnar genast i tidningarna, och sjukhusledningen försvarar sig argt mot vad de anser vara en orättvis och slumpmässig bedömning. Å andra sidan förekommer också framgångshistorier, där ett sjukhus får berätta hur de har kämpat sig upp från noll till högsta betyg, tre stjärnor.

Bedömningen avslöjar också kvarstående geografiska skillnader. I norra England hade till exempel 86 procent av alla primärvårdsenheter två eller tre stjärnor år 2004, medan ingen trestjärnig PCT fanns i London.

2005 blir det sista året som stjärnor används för att betygsätta hälsovården. Hälsovårdscommissionen utvecklar under detta år ett nytt system för att utvärdera kvaliteten och effektiviteten i vården.

Men öppenheten sträcker sig längre än så. En konsekvens av skandalen med hjärtbebisarna på Bristol Royal var ett löfte från hälsovårdsministern att alla hjärtkirurger skulle tvingas offentliggöra hur många av deras patienter som avlidit efter operation.

Tre år senare hade emellertid inga sjukhus frivilligt gått ut med namn och listor, varför 25 hjärtkirurger i norra England självmant publicerade sina resultat. Vintern 2005 följde tidningen *The Guardian* upp med att begära ut hjärtkirurgers individuella resultat med hänvisning till offentlighetslagstiftningen, "Freedom of Information Act".

Det visade sig då att inte alla sjukhus hade samlat in den begärda informationen ens för egen räkning. Från merparten av sjukhusen kunde tidningen emellertid rapportera hur hög dödligheten var för kirurgernas patienter. Den vanligaste dödsorsaken i England är just hjärtrelaterade sjukdomar eller cancer. NHS har därför särskilt fokuserat sina insatser på att få ned denna dödlighet som länge varit oförklarligt mycket högre i England än i grannländer som Frankrike och Spanien. För att visa att insatserna ger resultat, publiceras väntetider och framgångar kampen mot dessa sjukdomar separat.

FLER FÖRÄNDRINGAR PÅ VÄG

NHS-reformen är inte slutförd. Vissa nyheter får genomslag först på längre sikt. Bonus har till exempel införts för personal som utför fler behandlingar. Apotekare och sjuksköterskor har fått utvidgad rätt att diagnostisera och skriva ut medicin.

Från 2003 kan "Health Trusts" äga aktier i företag som skapas för att skydda och ta patent på en upptäckt inom vården. Under första året gav detta NHS en extra vinst på 500 miljoner pund, och flera nya företag knoppades av.

Sedan mitten av 2004 har "Health Trusts" kunnat få större självständighet från staten genom att söka statusen "Foundation Trust". De får kontroll över sina egna budgetmedel med rätt att behålla överskott, en (be-gränsad) rätt att låna, att investera och att äga mark.

Dessutom slipper de en hel del byråkrati och rapporteringsplikt.

För att få bli en "Foundation Trust" måste man ha högsta rating, tre stjärnor. I maj 2005 hade 31 av totalt 131 engelska "trusts" fått denna nya status.

Införandet av "Foundations Trusts" var politiskt kontroversiellt i Storbritannien och en del labourpolitiker i underhuset måste piskas in för att man skulle få igenom lagförslaget i parlamentet.

Ändå är dessa försök att införa marknadstänkande i vården jämförelsevis obetydliga i förhållande till nästa reform som nu införs – betalning efter resultat.

Hittills har sjukhus och ambulanstjänster ersatts i princip efter vad de historiskt sett förbrukat plus lite till för ökade kostnader. Deras inkomster bygger i mycket låg grad på hur mycket arbete de utför.

Från april 2005 ändras detta stegvis. Till att börja med var det tänkt att alla health trusts med akutsjukvård (176 stycken) skulle betalas efter resultat. Tariffen för varje utförd behandling ska sättas nationellt, beroende på patientens sjukdom och vilken behandling som är nödvändig. "Pengarna ska följa patienten", deklarerar ansvariga politiker.

Makten över vården hamnar då tydligare i de lokala primärvårdsenheternas händer. Sjukhus och kliniker blir tvungna att leverera till satta priser. Klarar de sig under kostnad, får de i vissa fall behålla överskottet till nya investeringar. Kan de inte leverera förlorar de pengar.

"Det ger oss en helt ny insyn i vår kostnadsbas", förklarade Caroline Clarke, finansdirektör i en sådan "Foundation Trust", Homerton University Hospital för tidningen *The Economist* i slutet av april 2005 och tillade att det tidigare inte alls hade syntts hur dyrt det var att behålla patienter längre efter utförda ingrepp.

Betalning efter resultat är relativt vanligt i sjukvården internationellt, men sällan utgör denna inkomstkälla mer än cirka hälften av en sjukhusbudget. År 2008/09 ska brittiska sjukhus få 80 procent av sina medel genom denna metod.

Efter viss nervositet inför en så grundläggande reform

beslöt regeringen i sista minuten att låta *payment by result* bara gälla planerad vård under första året. Akutvård får tid på sig till april 2006 för att anpassa sig. I framtiden kan tarifferna komma att användas som ett politiskt instrument, genom att sättas på en nivå som pressar utförarna att öka effektiviteten ännu mer.

Reformen är självklart hett omdebatterad. En invändning mot metoden handlar om att engelska sjukhus i dag är dåliga på att räkna ut vad varje enskild behandling kostar och att det kan leda till att de nationella tarifferna, som ska sättas efter ett genomsnitt i landet, lätt kan bli fel.

Ett potentiellt problem som nämnts är att sjukhusen kan ta in så många patienter i akutsjukvård att utgifterna blir för stora för den lokala primärvårdsenheten.

Men den största oron handlar om sjukhusens förmåga att pressa kostnaderna. Nästan hälften av brittiska "Health Trusts" har i dag kostnader som ligger över genomsnittet, varnar tankesmedjan King's Fund.

Fortfarande är det en öppen fråga om staten kommer att låta ett ineffektivt sjukhus gå i konkurs – eller om Whitehall kommer att gå in och rädda det. En räddningsaktion skulle naturligtvis urholka incitamentet att bli mer effektivt, men det kan å andra sidan visa sig vara politiskt omöjligt att låta till exempel ett känt innerstadssjukhus gå i konkurs.

FRAMSTEG OCH MOTGÅNGAR

Det startade med en handfull patienter ombord på "NHS Express", som rullade under Engelska Kanalen.

Utlandsvården utgör i volym en försvinnande liten del av brittisk sjukvård, men blev avspark för införandet av alternativ i brittisk sjukvård. Den misstänksamhet som rått mot "utländsk" vård eller privat vård visade sig vara obefogad. Kvaliteten och priserna i det belgiska, franska eller tyska vårdgivare kan erbjuda, överstiger många gånger vad nationalstoltheten NHS kunde ställa upp med.

Utgångspunkten för experimentet vintern 2002 var det politiska åtagandet att ge patienterna den vård de som skattebetalare hade rätt att förvänta sig. NHS kunde dock inte expandera snabbt nog för att klara detta.

Vården utomlands, och andra vårdgivare än de statliga, behövdes för att fylla de gapande hålen.

Lärdomen tycks vara att det spelar mindre roll vem som utför uppgifterna, så länge de utförs väl och till en rimlig kostnad.

Den insikten har emellertid gett regeringen en hel del politiska strider att utkämpa, i första hand mot sina egna väljare och lokalpolitiker som fruktar det nya tänkandet och den smygprivatisering de tycker sig se.

Vägen framåt kan knappast sägas ha varit rak och bred, utan tvärtom kantats av bakslag och bekymmer. Storbritannien har t ex haft en akut brist på allmänläkare som varit svår att lösa. Primärvårdsenheterna har inte varit snabba att lära sig leta efter bättre och billigare vårderbudanden.

Ett olöst problem är att det fortfarande råder stor brist på tandläkare. Bara var tionde primärvårdsenhet kan erbjuda sina invånare lika god tillgång som övriga EU-medborgare har.

Vidare är det stora IT-projekt som ska koppla samman alla delar av vården och ge patienter chans att hitta alternativ, både försenat och fördyrat.

Budgeten för NHS har under de gångna åren ökat med de utlovade 7,5 procenten årligen, men det är osäkert om det har resulterat i motsvarande mängd vård. Enligt Office for National Statistics ökade till exempel de finansiella resurserna till NHS med 25 procent mellan åren 1995–2000 och produktiviteten ökade med 15 procent.

Nu är emellertid produktivitet i vården mycket svår att mäta. En kvalitetshöjning syns till exempel inte i siffrorna.

Framgången i vården är dock svår att mäta. 20 procent färre dödsfall i cancer hos människor under 75 år är ett lysande resultat, men visst går det att diskutera vad det beror på – snabbare diagnoser och snabbt insatt behandling eller att människor röker mindre och luftföroreningarna minskar?

Sjukvårdsskandaler går fortfarande att uppbringa. Inför valkampanjen våren 2005 hade oppositionspartiet hittat en äldre kvinna med en axel ur led som sju gånger fått

Resultat av NHS-reformen

- 1997 var den genomsnittliga väntetiden på operation 18 månader. År 2005 var väntetiden mindre än 6 månader med huvudparten av patienter mottagna i vården inom 13 veckor. Ingen väntar längre 12 månader.
- I mars 2000 hade 264 370 personer väntat i mer än sex månader på behandling. I mars 2005 hade ingen väntat så länge.
- År 2005 hade 96,5 procent av alla akutfall fått möta läkare inom 4 timmar, vilket uppfyllde det givna löftet.
- År 2004 skulle ingen vänta mer än 48 timmar på att få träffa sin allmänläkare. Målet uppfylldes i tid.
- År 2005 skulle NHS ha 7 400 fler sjuksängar (än år 2000). Målet uppfylldes i tid. Sjukhussängar för akut vård hade på fem år ökat med 36 procent.
- År 2005 skulle ambulansservicen i minst tre av fyra fall ha ryckt ut inom 8 minuter. Målet var uppfyllt i september 2004.
- År 2010 ska antal döda i cancer före 75 års ålder ha fallit med 20 procent och antalet rökare i landet vara högst 21 procent av befolkningen. 2004 hade dödsfallen minskat med drygt 12 procent och målet bör kunna uppfyllas till 2010.
- År 2005 skulle akut hjärtsjuka inom en timme få blodförtunnande behandling och år 2010 ska antalet hjärtdöda under 75 års ålder ha minskat med 40 procent. Första delen var uppfylld 2005. Dödsfallen hade samma år minskat med 27 procent och målet bör kunna klaras till 2010.
- Åtta av tio med hjärtattack, som anlände med ambulans år 2003, fick livräddande behandling inom 30 minuter, mot fyra av tio år 2000.
- Till år 2010 ska antal självmord minskas med 20 procent. År 2005 hade de minskat med 9,2 procent vilket ger en god chans att klara målet.
- Ingen cancerdiagnostiserad ska vänta på att tas emot för ett första behandlingstillfälle mer än 2 veckor. År 2005 var detta uppfyllt till 99,5 procent.
- Livslängden ska öka för män till i genomsnitt 78,6 år 2010 och för kvinnor 82,5 år. År 2005 var målet på god väg att uppfyllas (då uppe i 76,2 år för män och 80,7 år för kvinnor).
- År 2005 ska NHS ha 7 500 fler läkare och 10 000 fler sjuksköterskor. År 2005 hade NHS uppfyllt målen med råge – 10 000 fler läkare än 1997 och 78 700 fler sjuksköterskor.
- Mellan åren 2003 och 2008 ska NHS budget öka med 7,5 procent årligen, och andelen av BNP spenderad på hälsovård nå det europeiska genomsnittet. Den utlovade ökningen har gjorts. Den färskaste statistiken för EU-snittet är från år 2000 (8,1 procent). År 2002 var den brittiska siffran 7,7 procent.

tid för behandling och sju gånger fått återvända hem utan att behandlas.

FRAMTIDEN

NHS-reformen har år 2005 kommit halvvägs i sin tioårsplan. Genom en kombination av finansiell förstärkning, omorganisation och införande av marknadstänkande har de mycket ambitiösa mål som regeringen satte upp år 2000 kunnat uppfyllas rekordsnabbt.

I valkampanjen under våren 2005 kunde labour presentera en lång lista på framgångar inom vården. Sjukvårdsköerna har minskat från i snitt 18 månader till högst sex månader för planerade ingrepp, den kortaste väntetiden på 18 år.

I dag är det 73 procent färre engelsmän som behöver vänta sex månader på en ortopedoperation.


Väntetiden på akuten, på ambulansen eller till allmänläkaren ligger på samma goda nivåer som i övriga Europa.


Antalet läkare, sjuksköterskor, sjukhus och vårdplatser har ökat kraftigt. Dödlig utgång för patienter med cancer eller hjärtsjukdomar har minskat lika kraftigt.

Utlandsvården har snart spelat ut sin roll som kökortare för NHS. Om väntetiden på en behandling bara är några månader eller veckor, blir det självklart mindre intressant för en patient att resa utomlands.

Men kontakterna och den nya förtrogenheten med vård i Europa väcker nya idéer i administrationen. Ett förslag som britten har fört vidare till EU-nivå är att skapa European Centers of Excellence, där specialistkunskap om ovanligare sjukdomar och deras behandling samlas. Det blir en billigare lösning för alla länder än om varje land skulle bygga upp egen specialvård.

NHS fortsätter att pröva nya lösningar. 



**Trots nya miljarder till sjukvården
kapades inte köerna, tvärtom kunde den
brittiska pressen med en anstrykning av
hån rapportera att
köerna blev längre och läkarna bara färre.** 

Fakta

- 1997 väntade en miljon engelsmän på operation. Sjukvårdsköerna är nu de kortaste på arton år med en minskning från i snitt 18 månader till – som längst – sex månader för planerade ingrepp.
- Under åren 1998–2004 nyanställdes i snitt 39 000 personer årligen av NHS vilket med råge uppfyller utlovade mål om mer sjukvårdspersonal.
- Mellan 1997 och 2005 anslog staten 16 miljarder pund till nybyggnation av sjukhus och kliniker, i stort sett alla samfinansierade med privata sektorn vilket gett 40 nya sjukhus samt 28 under uppbyggnad.
- Sedan 2003 har 32 "Treatment Centers" för relativt enkla och planerade ingrepp uppförts och 130 000 patienter har fått sin behandling där. År 2008 ska 80 centrum vara igång.
- Under 2005 köper NHS cirka 200 000 planerade ingrepp av den privata sektorn eller 4 procent av totalt 5 miljoner utförda ingrepp årligen. Regeringens mål är att privata sektorn år 2008 ska ha en andel om 15 procent.
- Hösten 2005 skulle antalet inskrivna läkarstudenter ligga på 5 900. Målet överskreds redan 2003. Det mot-svarar en ökning med nära 60 procent sedan 1997.

TIMBRO BRIEFING PAPERS

TIMBRO är ett idéinstitut som verkar för fri företagsamhet, framtidstro och en liberal samhällsordning. Timbro är en del av Stiftelsen Fritt Näringsliv. Verksamheten grundades 1978. Varje år publicerar Timbro böcker och rapporter samt erbjuder en omfattande seminarieverksamhet.

TIMBRO BRIEFING PAPERS ger information i aktuella frågor. Syftet är att tillföra fakta och analys till samhällsdebatten. De utkommer åtta till tio gånger per år. På www.timbro.se/tbp finns samtliga nummer.

ANSVARIG UTGIVARE:
Johnny Munkhammar

ISSN:
1652-9952

TRYCK:
Botkyrka Offset AB, Norsborg