

# Den svenska vården – tillgänglighet och jämlikhet i internationell jämförelse

Carl Grufman, Anders Morin, David Sundblad

November 2005



# Innehåll

<b>Sammanfattning.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Inledning.....</b>	<b>4</b>
<b>2. JÄMFÖRELSE AVSEENDE VÄNTETIDER MELLAN DE SKANDINAVISKA LÄNDERNA IDAG .....</b>	<b>5</b>
<b>TABELLEN VISAR ATT SVERIGE FÖR MER ÄN HÄLFTEN AV DIAGNOSERNA HAR MER ÄN DUBBELT SÅ LÅNGA FÖRVÄNTADE VÄNTETIDER SOM NORGE OCH DANMARK. ....</b>	<b>5</b>
<b>DE DIAGNOSER SOM VALTS UT ÄR DE SOM FÖREKOMMER I EN STUDIE AV OECD ANGÅENDE VÄNTETIDER FRÅN 2003, OCH SOM DET FINNS STATISTIK FÖR I VÄNTETIDSDATABASERNA. MEDIANVÄRDET ÄR BERÄKNAT SÅ ATT DET ÄR DET MITTERSTA VÄRDET AVSEENDE FÖRVÄNTAD VÄNTETIDSLÄNGD BLAND DE KLINIKER I RESPEKTIVE LAND SOM REDOVISAT VÄNTETIDER FÖR RESPEKTIVE UNDERSÖKT OPERATION. ....</b>	<b>5</b>
<b>6. Väntetidsundersökning genomförd av Demoskop .....</b>	<b>14</b>
<b>Appendix 1 .....</b>	<b>18</b>

# Sammanfattning

Att mäta väntetider är inte en exakt vetenskap. Olika tekniker kan tillämpas vilka alla har sina för- och nackdelar. Genom att använda fler olika metoder kan en bild skapas av dels hur tillgängligheten i vården ser ut i Sverige och hur den ser ut relativt andra västländer.

Därför har denna studie inkluderat och bearbetat aktuell officiell statistik från olika länders sjukvårdsregister inte minst från Danmark och Norge, en undersökning från OECD, samt en större patientenkät genomförd av Demoskop under vården 2005.

Utifrån detta kan följande konstateras.

- Sverige presterar väsentligt sämre än både Norge och Danmark när det gäller förväntade väntetider till operation och totala väntetider, d v s när man tar hänsyn både till väntetiden till specialistmottagning för undersökning och väntetiden till operation. För alla undersökta behandlingar utom borttagande av livmoder var medelpatienten i Norge och Danmark färdigbehandlad innan den svenske patienten blivit undersökt på specialistmottagning.
- Demoskops undersökning visar att svenska patienter uppger att de får vänta längst till läkarbesök, diagnos samt till lindring och bot av sina symptom.
- OECD:s undersökning, kompletterad av oss med aktuell statistik, visar att Sverige presterar genomsnittligt av de länder som har kända problem med väntetider. Om fler länder inkluderas visar det sig att Sveriges väntetider snarare är ovanligt långa.

En av den svenska vårdens huvudprinciper är att ska vara jämlik, d v s vård ska ges efter behov och inte t ex beroende på inkomst eller utbildningsnivå. Hur väl har då Sverige lyckats med denna målsättning trots tillgänglighetsproblemen?

- OECDs undersökning om ojämlikhet i vården i medlemsländerna placerar Sverige som ett av de mest ojämlika länderna när det gäller tillgången till läkarbesök inom primärvård och specialiserade vårdgivare.
- De lägre inkomstgrupperna har färre läkarbesök jämfört vad de borde ha givet deras behov och de högre inkomstgrupperna har i motsvarande mån fler besök jämfört behoven. Skillnaden är statistiskt säkerställd. Det är bara tre länder i OECD, där fördelningen av vård, mätt på detta sätt, är mer ojämlik. De länderna är Finland, USA och Portugal.
- De lägre inkomstgrupperna har också lägre sannolikhet för åtminstone ett läkarbesök under en given tidsperiod jämfört deras behov för detta, och de högre inkomstgrupperna har motsvarande högre sannolikhet. Skillnaden är statistiskt säkerställd. Det är bara fyra länder i OECD, där fördelningen av vård mätt på detta sätt är mer ojämlik. De länderna är USA, Mexico Finland och Portugal.
- Det kan noteras att två av de länder som har en mer ojämlik fördelning av vård vad avser sannolikheten för ett läkarbesök är USA och Mexico. De är de

enda länder som har en betydande andel av befolkningen som inte får sina sjukvårdsbehov täckta genom solidarisk finansiering. Därmed är det bara två länder med en solidarisk finansiering som har en mer ojämlig vård i detta avseende än Sverige.

- En slutsats vi drar är att det är mycket som talar för att de långa väntetiderna är en orsak till den ojämliga vården. Människor med högre inkomster har i allmänhet också högre utbildning. De står därför bättre rustade att genom argumentation eller kontakter prata för sig, eller genom privat sjukvårdsförsäkring, snabbare få vård.

Vi menar att den svaga tillgängligheten inom svensk sjukvård beror på

- Ett sjukvårdssystem som till dels har kontraproduktiva ersättningssystem
- Bristande konkurrens mellan vårdinrättningar
- En otillräcklig kultur när det gäller förbättringsarbete

Uppenbart är att en förstärkt vårdgaranti behövs för att förbättra tillgängligheten. Det räcker emellertid inte. Det krävs effektivare styrsystem, ökad konkurrensutsättning och en kultur av ständigt förbättringsarbete för att uppfylla garantins intentioner. Om inte dessa komponenter finns med kommer krav att komma på resurstillskott för att klara tillgängligheten. Ökade resurser löser dock inte problemen utan de ligger i otillräckligt effektiva organisationer.

# 1. Inledning

Regeringens utvidgade vårdgaranti har precis trätt i kraft. Utvidgningen innebär att beslutad behandling ska inledas inom högst 90 dagar från det att beslutet om behandling fattades. Sedan tidigare gäller att primärvården ska kunna erbjuda kontakt samma dag och ett läkarbesök inom sju dagar. Efter beslut om besök i den specialiserade vården ska besök där kunna erbjudas inom 90 dagar.

Ett av de återkommande problemen inom svensk sjukvård handlar om bristande tillgänglighet. Också i förhållande till andra länder i västvärlden har det visat sig att svensk sjukvård dras med tillgänglighetsproblem. Det framkom av en undersökning som Demoskop låtit göra våren 2005 där patienterna själva i åtta olika länder fick bedöma tillgängligheten till vården.

Men blir resultaten annorlunda om man jämför med de siffror över väntetider som vårdgivare och myndigheter i olika länder själva redovisar? Och klarar den svenska vården att ge en jämlik vård trots brister i tillgängligheten?

Dessa frågor avser denna rapport att besvara.

Denna rapport kan också ses som en lägesbeskrivning innan den utvidgade vårdgarantin införs. Vårdgarantin gäller all planerad vård som hemlandstinget erbjuder. Kan inte det egna landstinget erbjuda vården inom garantins tider ska landstinget informera patienten om rätten till vårdgaranti, ordna ny vårdgivare, ersätta patienten för eventuella merkostnader (sjukresor, hotell, ledsagare m.m.) samt vid behov administrera denna vårdkontakt. Den nya vårdgivaren kan självklart ligga i ett annat landsting. Tidigare rådde oklarhet om dessa förhållanden. Det återstår att se om den nya garantin bättre än den gamla lyckas minska tillgänglighetsproblemen.

## 2. JÄMFÖRELSE AVSEENDE VÄNTETIDER MELLAN DE SKANDINAVISKA LÄNDERNA IDAG

### 2.1. Väntetider från beslut till operation

Den statistik som finns tillgänglig gäller *förväntade väntetider*. Statistiken har hämtats från respektive lands väntetidsdatabas. Till att börja med har undersökts förväntade väntetider till operation efter beslut om behandling.

Förväntad medianväntetid för patienter till operation efter beslut. År 2005. Antal dagar <sup>1</sup>								
	Höftplastik	Knäplastik	Gråstarrsop.	Åderbräck	Borttagande av livmoder	Ljumskbräck	Kranskärlsoperation	Ballongvidgning
Danmark	49	49	14	14	42	-	25	25
Norge	70	84	42	56	42	42	21	14
Sverige	168	182	164,5	168	63	112	56	17,5

**Tabell 1** Förväntad medianväntetid för patienter till operation. Per 2005-06-15

TABELLEN VISAR ATT SVERIGE FÖR MER ÄN HÄLFTEN AV DIAGNOSERNA HAR MER ÄN DUBBELT SÅ LÅNGA FÖRVÄNTADE VÄNTETIDER SOM NORGE OCH DANMARK.

DE DIAGNOSER SOM VALTS UT ÄR DE SOM FÖREKOMMER I EN STUDIE AV OECD ANGÅENDE VÄNTETIDER FRÅN 2003, OCH SOM DET FINNS STATISTIK FÖR I VÄNTETIDSDATABASERNA.<sup>2</sup> MEDIANVÄRDET ÄR BERÄKNAT SÅ ATT DET ÄR DET MITTERSTA VÄRDET AVSEENDE FÖRVÄNTAD VÄNTETIDSLÄNGD BLAND DE KLINIKER I RESPEKTIVE LAND SOM REDOVISAT VÄNTETIDER FÖR RESPEKTIVE UNDERSÖKT OPERATION.

### 2.2 Total väntetid

Väntetiden från beslut till operation eller behandling är inte den enda väntetiden som uppstår inför en behandling. Innan beslutet om behandling tagits har ett besök hos specialistmottagning genomförts, och till detta krävs i allmänhet väntetid. Oftast krävs allra först ett besök i primärvården för remiss till specialistmottagning. Från den väntetiden bortses dock i det följande.

<sup>1</sup> Sverige, utdrag ur väntetidsdatabasen genom [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se), Sveriges Kommuner och Landsting och egna beräkningar.

Norge, [http://www.sykehusvalg.net/sidemaler/FinnVentetiderGrafisk\\_2006.aspx](http://www.sykehusvalg.net/sidemaler/FinnVentetiderGrafisk_2006.aspx),

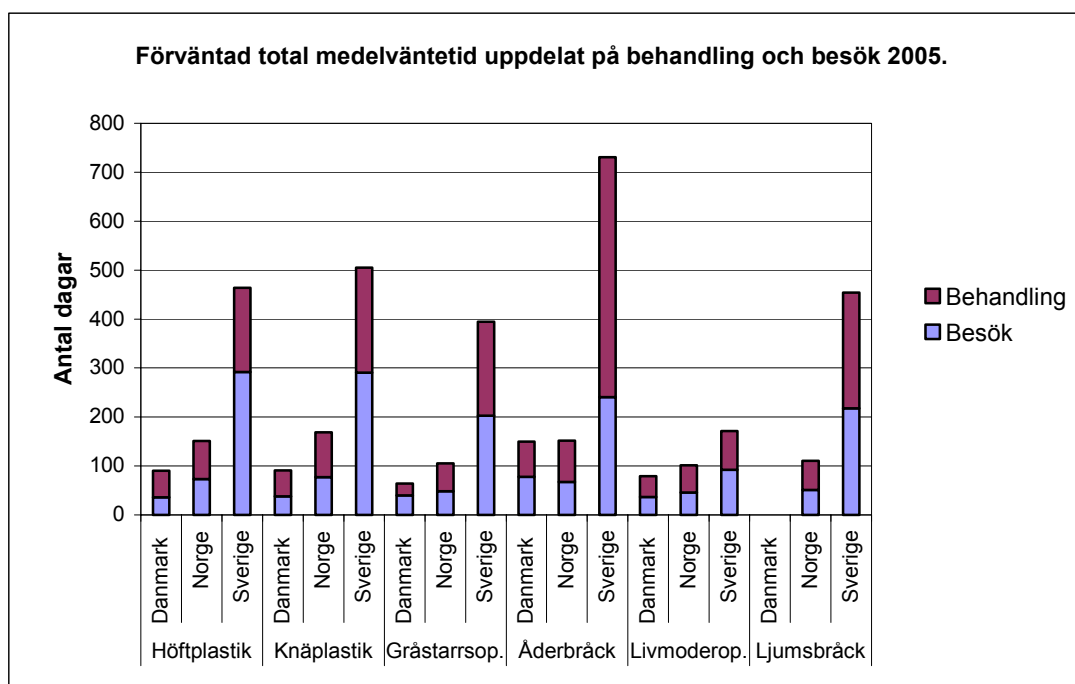
Danmark, [http://www.sundhed.dk/wps/portal/\\_s.155/1860](http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1860)

<sup>2</sup> Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries, Luigi Siciliani and Jeremy Hurst (2003).

Förväntad totalväntetid för patienter, medelvärde. År 2005 Antal dagar							
		Höftplastik	Knäplastik	Gråstarrsop.	Åderbräck	Borttagande av livmoder	Ljumsbräck
Danmark	Besök	36	38	40	78	36	
	Behandling	54	53	25	72	43	
Norge	Besök	73	77	48	68	46	51
	Behandling	78	92	57	84	56	60
Sverige	Besök	292	291	203	241	92	218
	Behandling	172	214	192	490	79	236

**Tabell 2** Förväntad medelväntetid till besök respektive behandling. Per 2005-06-15.

Det visar sig att Sverige presterar sämre jämfört med grannländerna även när väntetiden till specialistmottagning räknas in i jämförelsen. För att illustrera detta tydligare kan den totala medelväntetiden delas upp i tid till mottagning och tid till behandling.



**Figur 1** Förväntad total medelväntetid för patienter 2005

att på så sätt få en mer komplett bild.

nna ka

För alla behandlingar utom borttagande av livmoder var medelpatienten i Norge och Danmark färdigbehandlad innan den svenske patienten blivit undersökt på specialistmottagning.

Man bör observera att det är medelvärdet som anges. Det betyder att enstaka extremvärden påverkar sammanställningen mer än vid beräkning av medianvärden. Medelvärdet är därför i allmänhet högre än medianväntetiden. Medelväntetid används här av beräkningstekniska skäl.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Medelvärdet har använts, eftersom det gör det möjligt att sätta ett mått på den totala väntetiden för en diagnos i ett land. Den totala medianväntetiden kan inte beräknas på samma sätt. Det är ovärdade medelvärden som redovisas, d v s den förväntade kötiden för respektive mottagning och klinik har inte vägt med antalet köande patienter, bl a därför att siffrorna om antalet köande per klinik många gånger är otillförlitliga.

### 3. Jämförelse mellan länder i OECDs väntetidsstudie från 2003, komplettering med svenska siffror

En jämförelse av väntetider gjordes av OECD 2003 som avsåg väntetider år 2000 inom ramen för det omfattande OECD Health Project.<sup>4</sup> I studien (som också har omnämnts i avsnitt 2) ingick väntetidsstatistik från länder med kända problem med tillgängligheten. Länder med korta eller mycket korta väntetider, såsom Tyskland, Frankrike och USA med flera, ingick inte i jämförelsen.

I studien presenterades medel- och medianväntetider för tio diagnoser från respektive länder. Då Sverige precis inlett sina mätningar av väntetider samma år ingick inte Sveriges väntetider i OECD:s studie.

Vi har kompletterat OECDs studie med siffror för Sverige. De svenska siffrorna är hämtade från år 2002<sup>5</sup>.

Väntetider mäts på olika sätt internationellt. I Sverige registreras främst de *förväntade väntetiderna* för en tänkt tillkommande patient. Internationellt, liksom i OECD:s studie, mäts oftast *faktiska väntetider* för de patienter som verkligen fått vård.<sup>6</sup> I den utsträckning faktiska väntetider mäts i Sverige registreras endast den andel som fått vård inom tre månader. Framtagandet av den svenska statistiken, som således avser faktiska väntetider, redogörs för i appendix 1.

De väntetider som redovisas i OECD:s studie är faktiska medianväntetider. Det vill säga den medianväntetid patienten haft från det att typen av behandling som ska genomföras fastställts till det att den genomförts. Till detta ska läggas att den totala väntetiden för många patienter är längre i praktiken. I Sverige tillkommer oftast betydande väntetider till specialistmottagning med mera.

---

<sup>4</sup> Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries, Luigi Siciliani and Jeremy Hurst (2003).

<sup>5</sup> Statistik för diagnoseerna borttagande av prostata och borttagande av gallblåsa saknas.

<sup>6</sup> När förväntade väntetider beräknas är det väntelistans längd som ligger till grund, och på denna kan det stå patienter som egentligen inte längre söker vård av olika skäl. OECD förespråkar därför användandet av faktiska väntetider.

OECD konstaterar dock att förväntade väntetider kan vara en fördel att använda då de inkluderar de som på grund av långa väntetider i stället sökt sig till privata alternativ, gett upp eller sökt vård utomlands. Det viktiga är därför att använda samma sätt att mäta vid jämförelser t ex mellan länder eller båda sätten för att på så sätt få en mer komplett bild.

Skillnader kan uppstå mellan de angivna förväntade och faktiska väntetiderna. Detta beror på att de mäter olika saker. Till exempel är den förväntade medianväntetiden till gråstaroperation i Sverige drygt 164 dagar (2005), medan den faktiska medianväntetiden var 104 dagar år 2002 och 94 dagar 2005. Detta beror främst på att alla patienter inkluderas i beräkningen av faktiska väntetider, inte bara oprioriterade patienter.

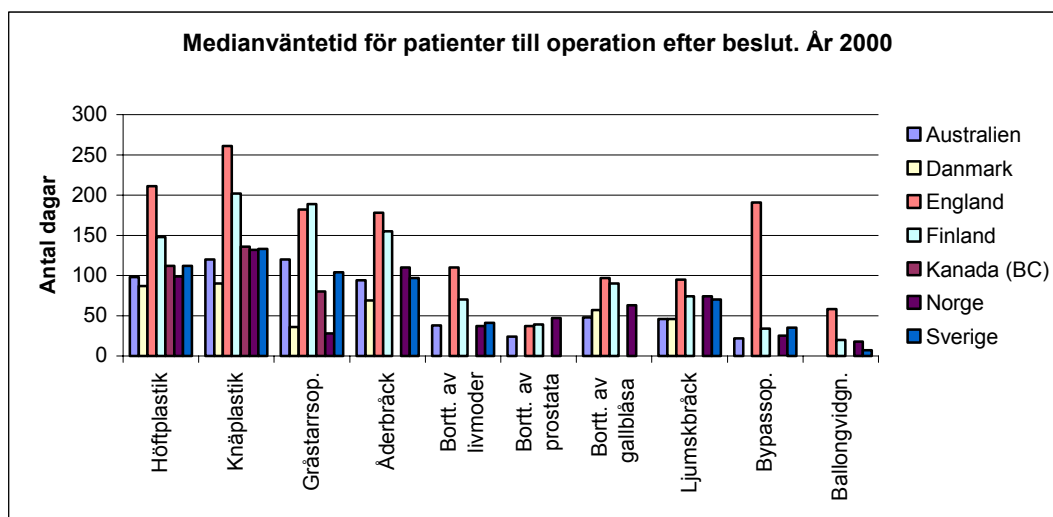
### Medianväntetiden för patienter till operation efter beslut. År 2000. Antal dagar<sup>7</sup>

	Höft-plastik	Knä-plastik	Gråstarrs-op.	Åder-bräck	Bortt. av livmoder	Bortt. av prostata	Bortt. av gallblåsa	Ljumskräck	Bypass-op.	Ballong-vidgn.
Australien	98	120	120	94	38	24	48	46	22	
Danmark	87	90	36	69			57	46		
England	211	261	182	178	110	37	97	95	191	58
Finland	148	202	189	155	70	39	90	74	34	20
Norge	99	132	28	110	37	47	63	74	25	18
Kanada	112(BC) 105(MN) 162(SK)	136(BC) 105(MN) 291(SK)	80(BC)					23(ON) 10(SK)		
Sverige	112	133	104	97	41			70	35±14	7

Kommentarer: Australien: inkluderar Queensland, South Australia och Western Australia. Kanada: BC = British Columbia, MN= Manitoba, ON = Ontario och SK = Saskatchewan. Norge: väntetider för gråstarrsoperation avser år 2001. Sverige: väntetider avser år 2002 samt egna beräkningar enligt appendix 1. Medianväntetiden för bypassop var mellan tre och sju veckor på de olika sjukhusen i Sverige.

**Tabell 3** Medianväntetiden för patienter till operation efter beslut. År 2000.

I Figur 2 presenteras tabellens data i ett diagram. För varje diagnos framgår vilka länder som har korta och långa väntetider. Genomgående är det så att länder som har korta väntetider har det också för nästan alla diagnoser. Det omvända gäller också, länder med långa väntetider har det oftast för alla diagnoser. Det indikerar att väntetider är ett problem på systemnivå och inte ett problem endast för enskilda diagnoser eller patientgrupper.



Figur 2 Medianväntetid för patienter till operation efter beslut. År 2000

<sup>7</sup> Svensk statistik från Sveriges Kommuner och Landsting och egna beräkningar. Se appendix 1 för förklaringar. Statistik för övriga länder se fotnot 2.

När Sverige jämförs med andra länder inom OECD måste hänsyn tas till att Sveriges statistik bygger på uppskattningar som gjorts utifrån data från år 2002. Detta år var dåvarande Landstingsförbundets väntetidsdatabas i en uppbyggnadsfas och svarsfrekvensen bland klinikerna medelmåttig. Hur andra länder gått tillväga för att samla in sin information har dessutom varierat, det finns dock inget enligt OECD:s granskningar som tyder på att de olika metoderna för datainsamling nämnvärt påverkar jämförelsen mellan de olika länderna.

Med detta i åtanke är det möjligt att skapa en bild av hur Sveriges väntetidssituation ser ut jämfört med andra länder inom OECD som har erkända problem med väntetider inom sjukvården. Om de olika länderna rankas blir resultatet enligt följande:

Ranking av länder med väntetidsproblem <sup>8</sup>	
#	Land
1	Danmark
2	Australien
3	Norge
4	Sverige
5	Kanada (BC)
6	Finland
7	England

**Tabell 4** Ranking av länder

Sveriges prestation i förhållande till andra länder i OECD är dock något överskattad. Många länder har enligt OECD inte någon större väntetidsproblematik, såsom Tyskland och Frankrike. Den tidigare nämnda undersökningen gjord av Demoskop bekräftar att dessa länder har betydligt kortare väntetider än Sverige.

---

<sup>8</sup> Länderna rankades för varje diagnos (där kortast väntetid gav en poäng, näst kortast två poäng och så vidare). För varje land vägdes sedan poängen samman, där den med lägst medel var bäst. Resultatet av rankingen stämmer väl överens med den bild av ländernas inbördes position som framgår i Figur 2.

## 4. Uppdatering av OECDs väntetidsstudie från 2003

Undersökningen inom OECD inkluderade data som var några år gamla. Därför är det intressant att se hur tillgängligheten inom sjukvården ser ut i dag. Dessutom är det därigenom möjligt att se hur väntetiderna utvecklats över tiden.

Motsvarande jämförelse i dag presenteras här för Australien, England och Finland med siffror som är mätta på samma sätt som i OECD:s studie. Australiens och Englands väntetidsstatistik är dock från 2003-2004. Finlands siffror är från 2003. För Sverige har samma metod använts som i Tabell 3, siffrorna här är från 2005.

Faktisk medianväntetid för patienter till operation efter beslut. Antal dagar <sup>9</sup>								
	Höftplastik	Knäplastik	Gråstarrsop.	Åderbråck	Bortt. av livmoder	Ljumskbråck	Bypassop.	Ballongvidgning
Australien	92	134	83	75	37	40	18	-
England	217	251	127	169	67	99	99	77
Finland	154	204	198	205	89	92	47	16
Sverige	88	112	94	92	50	70	14±7	7

Englands siffror är från 2003-2004. Australiens siffror är från 2003-2004. Finlands från 2003 och Sveriges från 2005. I Sverige varierade medianväntetiden för bypassop. mellan en till tre veckor mellan de olika sjukhusen.

**Tabell 5** Faktisk medianväntetid för patienter till operation efter beslut.

Sveriges väntetider har alltså förbättrats något jämfört med år 2002. Sverige har närmat sig Australien under denna tidsperiod. Fortfarande är dock väntetiderna betydande och de länder som Sverige jämförs med är länder med erkänt svag tillgänglighet.

<sup>9</sup>Källor: Australien, <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10130>,  
England,

<http://www.hesonline.nhs.uk/Ease/servlet/DynamicPageBuild?siteID=1802&categoryID=204&catName=Main%20operations:%20summary>,

Finlands sjukvårdsregister år 2003

Sverige, utdrag ur väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting och egna beräkningar enligt appendix 1.

## 5. Är den svenska vården jämlik trots tillgänglighetsproblemen?

OECD har i en studie benämnd ”Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries” jämfört ett stort antal medlemsländer och sökt svara på frågan om vården i de olika länderna är jämlik.<sup>10</sup> Utgångspunkterna i studien har varit att undersöka hur människor i olika inkomstnivåer i de undersökta länderna själva bedömer sin hälsa och jämföra detta med i vilken utsträckning de faktiskt har konsulterat sjukvården.

Utifrån uppgifterna om bedömd hälsa för respektive inkomstgrupp (befolkningen över 16 år är uppdelad i fem inkomstgrupper med 20 % av befolkningen indelad i varje) har man beräknat hur fördelningen av vård mellan inkomstgrupper borde vara för att svara mot behoven i respektive inkomstgrupp. Detta kallas för behovsstandardiserad fördelning av vård. För en jämlik fördelning av vården bör sedan den faktiska fördelningen (mellan inkomstgrupper) av vården i ett land överensstämma med den behovsstandardiserade. Både för att ta reda på den bedömda hälsan och vilken utsträckning man konsulterar sjukvården har intervjuundersökningar med ett urval av befolkningen i respektive land använts.<sup>11</sup> Bland de olika variabler för att mäta fördelningen av vård som använts finns sannolikheten för att besöka en doktor, antalet läkarbesök hos primärvård eller specialiserad vård och sannolikheten för att bli inlagd på sjukhus. Man har även undersökt tandvården och bedömt sannolikheten för att besöka tandläkare. Vi har dock avstått från att fördjupa oss i slutenvården respektive tandvården.<sup>12</sup>

När det gäller antalet besök hos en doktor (primärvård eller specialiserad vård) för en given tidsperiod uppvisar de flesta länder, men inte alla, en fördelning mellan inkomstgrupper som i stora drag svarar mot vårdbehov. För alla länder utom sju finns en avvikelse mellan behovsstandardiserad fördelning och faktisk fördelning som ligger inom den statistiska felmarginalen. Några länder sticker dock ut. För två länder, Belgien och Irland, är antalet besök hos en doktor högre för lägre inkomstgrupper än vad de borde vara givet deras vårdbehov. För fem länder, Österrike, Finland, Portugal, Sverige och USA är antalet besök hos en doktor lägre för lägre inkomstgrupper än vad det borde vara. Graden av ojämlikhet är mätt genom ett index (Horizontal Inequity Index) där 0 innebär ingen ojämlik fördelning av tillgången till vård, ett negativt värde (-) innebär en ojämlik fördelning till förmån för de lägre inkomstgrupperna och ett positivt värde (+) innebär en ojämlik fördelning till förmån för de rikare inkomstgrupperna.

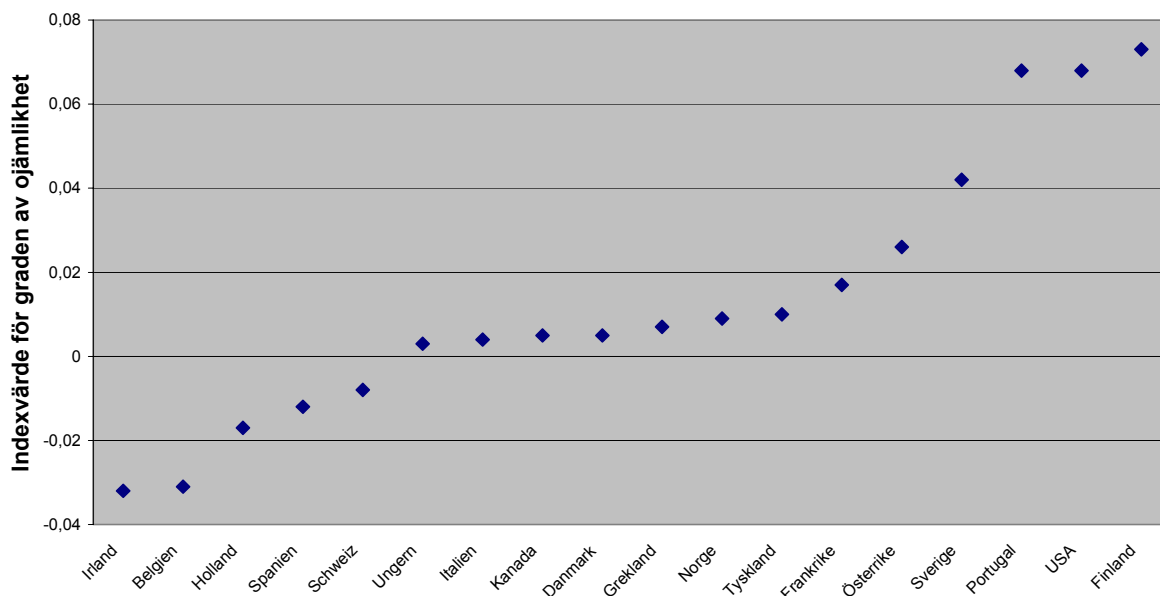
---

<sup>10</sup> OECD Working paper 14, 11 may 2004; van Doorslaer and Masseria.

<sup>11</sup> Antalet intervjuade för Sverige var cirka 5000 personer. Data i studien är huvudsakligen från år 2000.

<sup>12</sup> Dock kan nämnas att när det gäller fördelning av tillgång till slutenvård har ingen ojämlikhet mellan inkomstgrupper kunnat konstateras för Sverige. Denna synes således jämnt fördelat.

### Grad av ojämlikhet i sjukvården, spridning i antalet besök hos doktor mellan inkomstgrupper, justerat för vårdbehov



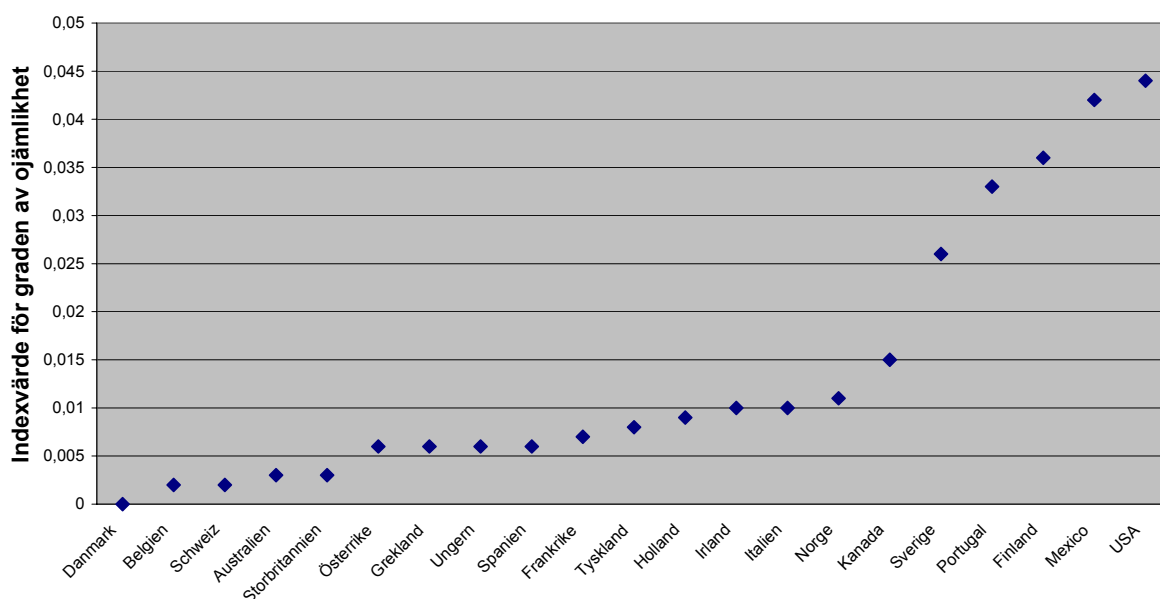
Figur 3. Grad av ojämlikhet i sjukvården, spridning mellan inkomstgrupper avseende antalet besök hos doktor.

Det svenska värdet är + 0,42. Det innebär således att läkarvården, när det gäller antalet besök, är ojämnt fördelad. De lägre inkomstgrupperna har färre besök jämfört behoven och de högre inkomstgrupperna i motsvarande mån fler besök jämfört behoven. Det är bara tre länder i OECD, där fördelningen av vård, mätt på detta sätt, är mer ojämnlik. De länderna är Finland, USA och Portugal.

Det kan noteras att när det gäller två av de länder som har en mer ojämnlik fördelning av vård vad avser sannolikheten för ett läkarbesök är USA och Mexico.<sup>13</sup> De är de enda länder som har en betydande andel av befolkningen som inte får sina sjukvårdsbehov täckta genom solidarisk finansiering. Därmed är det bara två länder med en solidarisk finansiering som har en mer ojämnlik vård i detta avseende än Sverige.

<sup>13</sup> Mexico saknar uppgifter för spridningen avseende antalet läkarbesök mellan inkomstgrupper för viss tidsperiod.

### Grad av ojämlikhet i sjukvården, spridning i sannolikheten för ett läkarbesök, justerat för vårdbehov



Figur 4. Grad av ojämlikhet i sjukvården, spridning mellan inkomstgrupper avseende sannolikheten för åtminstone ett besök hos doktor.

Det svenska indexvärdet är + 0,26. Det är bara fyra länder som har en mer ojämlik sjukvård i detta avseende. Det är USA, Mexico Finland och Portugal.

Orsaken till att man valt att undersöka såväl spridningen i antalet läkarbesök och spridningen i sannolikheten för åtminstone ett läkarbesök är att undersöka om det finns stöd för antagandet att när man väl kommit till sjukvården för ett läkarbesök finns det ingen selektion i den fortsatta vården. För Sveriges del kan inga sådana slutsatser dras, Sverige har när det gäller bägge sätten att mäta en ojämlik sjukvård till förmån för de rikare.

Det kan noteras att två av de länder som har en mer ojämlik fördelning av vård vad avser sannolikheten för ett läkarbesök är USA och Mexico.<sup>14</sup> De är de enda länder som har en betydande andel av befolkningen som inte får sina sjukvårdsbehov täckta genom solidarisk finansiering. Därmed är det bara två länder med en solidarisk finansiering som har en mer ojämlik vård i detta avseende än Sverige.

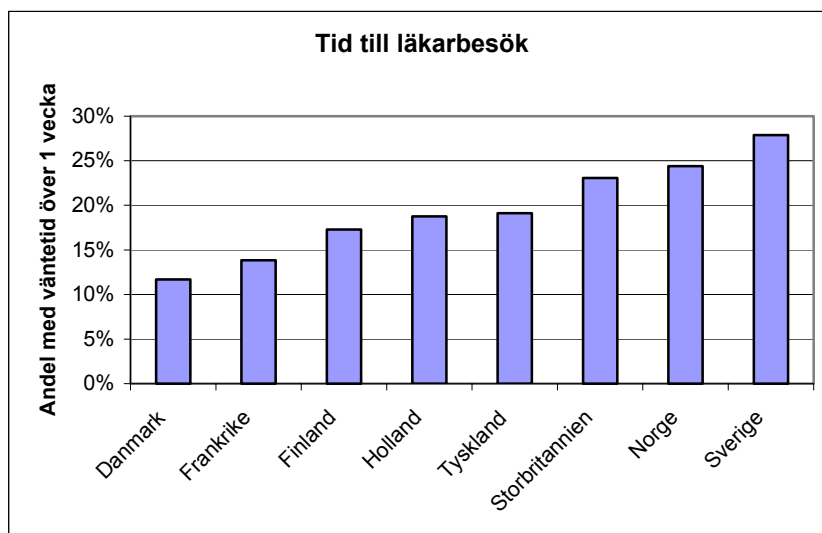
<sup>14</sup> Mexico saknar uppgifter för spridningen avseende antalet läkarbesök mellan inkomstgrupper för viss tidsperiod.

## 6. Väntetidsundersökning genomförd av Demoskop

Under våren 2005 genomförde Demoskop en större undersökning av människors syn på vård och deras erfarenheter av besök i sjukvården. Över 8000 telefonintervjuer gjordes i Sverige, Norge, Danmark, Finland, Storbritannien, Tyskland, Frankrike och Holland

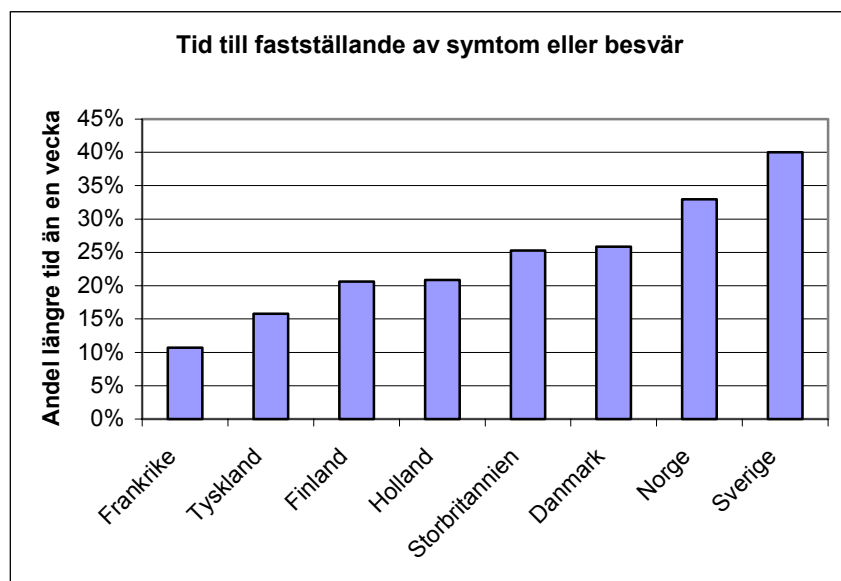
Undersökningen bekräftar det som framgått av OECD:s undersökningar. Tyskland och Frankrike visar sig ha korta väntetider inom vården.

Enligt den så kallade 0-7-90-regeln skall en svensk patient kunna komma i kontakt med sjukvården genom besök eller via telefon samma dag kontakten söks. Läkarbesök skall kunna erbjudas senast 7 dagar efter att vård sökts och besök hos specialismottagning senast 90 dagar därefter. Demoskops undersökning visar att många patienter i Sverige får vänta mer än en vecka på att få tid för ett läkarbesök. Andel patienter som får vänta mer än en vecka är högst i Sverige av de undersökta länderna.



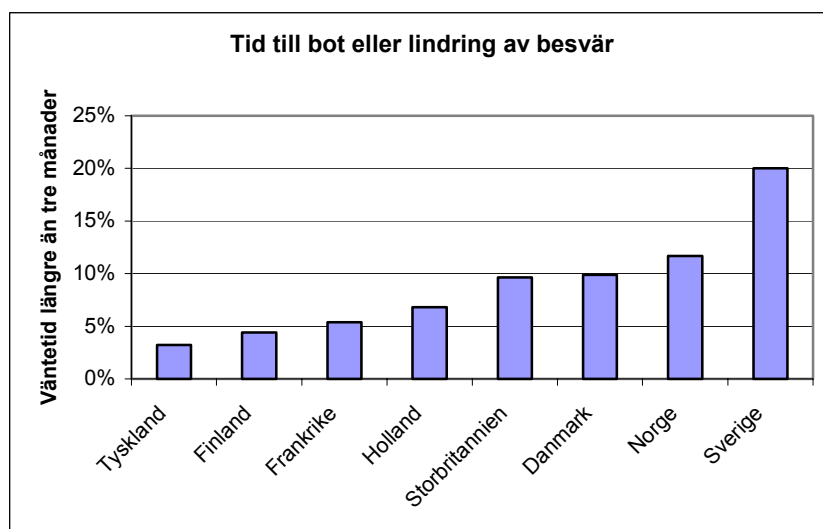
Figur5. Andel patienter med längre väntetid än en vecka till läkarbesök

En annan del av undersökningen gällde hur lång tid det tog för sjukvården att fastställa orsaken till patientens besvär. Av de åtta länderna som undersökts placerar sig Sverige sämst, följt av Norge och Danmark. Det är nästan fyra gånger fler svenskar än fransmän som uppger att det tog längre tid än en vecka att få besvären fastställda. Hela 13 procent av svenskarna har dessutom tvingats vänta längre än tre månader på diagnos, men bara en procent av fransmännen och två procent av tyskarna.



Figur 6. Tid till fastställande av symptom eller besvär i åtta europeiska länder

Även när det kommer till att bota patienten visar det sig att tillgängligheten är låg i de nordiska länderna. Sverige tar återigen jumboplatsen med 20 procent av patienterna som inte fått vård inom tre månader. Norge och Danmark ligger också i bottenfältet men andelen som inte fått vård inom tre månader är bara hälften så stor där.



Figur 7 Andelen patienter med väntetid längre än tre månader till bot eller lindring

Svaren i Demoskopundersökningen korresponderar i stora drag mot de resultat vi och OECD tagit fram tidigare i denna rapport när kliniker och myndigheter själva redovisar väntetider. Den totala väntetiden enligt vår egen undersökning (avsnitt 2, figur 1) är betydligt längre i Sverige än i Danmark och Norge, som båda har liknande väntetider, vilket stämmer väl med Demoskops resultat. Ett land som utmärker sig är Storbritannien, där mycket pekar på att tillgängligheten förbättrats sedan OECD:s undersökning år 2000 och undersökningar därefter. Stora ansträngningar har gjorts där för att öka tillgängligheten, dels genom resurstillskott, men också genom betydande organisationsförändringar. Även Finlands väntetider verkar ha kortats sedan i början av 2000-talet. Då bidrog en omfattande läkarstrejk till långa väntetider. Dessa har sjunkit

tillbaka sedan dess, samtidigt som vårdens tillgänglighet hamnat i politiskt fokus och resurser satsats på att korta köer.

## 7. Slutsatser

- Det är mycket som talar för att de långa väntetiderna är en orsak till den ojämlika vården. Människor med högre inkomster har i allmänhet också högre utbildning. De står därför bättre rustade att genom argumentation eller kontakter prata för sig, eller genom privat sjukvårdsförsäkring snabbare få vård. De har också lättare att söka vård genom det svåröverskådliga sjukvårdssystemet, där såväl kunskaper om regelsystem som förtrogenhet med IT ofta krävs.

Vi menar att den svaga tillgängligheten inom svensk sjukvård beror på

- Ett sjukvårdssystem som till dels har kontraproduktiva ersättningssystem
- Bristande konkurrens mellan vårdinrättningar
- En otillräcklig kultur när det gäller förbättringsarbete

Det finns mycket som tyder på att orsaken till den låga tillgängligheten inom svensk sjukvård ligger på systemnivå. Varför har inte sjukvården i Sverige kunnat möta den ökade efterfrågan på sjukvård som ny teknik medfört, medan det lyckats i andra länder?

Problemet är att sjukvårdssystemet inte tillräckligt främjar vårdutförare som gör mer för samma eller till och med mindre resurser. Det har visat sig att ersättningssystemet som i dag tillämpas inom många landsting t o m bestraffar sjukhus och kliniker som utför mycket vård för givna resurser medan ineffektivitet belönas. En vårdkö ses som ett tecken på att en klinik har för lite resurser, medan ingen kö kan innebära att kliniken anses ha ett överskott på medel. Medel kan då flyttas från enheter utan kö, som kan vara effektivare, till ineffektiva enheter med kö.

Ett genomgående problem vid anslagsfinansierade system är den bristande ekonomiska drivkraften att över huvud taget ta emot patienter. Om ersättningen är oförändrad, oberoende av hur många patienter kliniker behandlar, finns det en uppenbar risk att kliniken inte tillräckligt strävar efter att behandla patienter på ett effektivt sätt.

I Stockholm ersätts vårdutförare efter prestation kombinerat med ett produktionstak. Detta har skapat en situation där produktivitet inte belönas tillräckligt. Kapacitet finns att vårda över taket, också till en billigare ersättning än andra vårdgivare, men någon beställning erhålls inte. Ett prestationsbaserat ersättningssystem måste också följas av att produktionen som regel sker hos de verksamheter som är mest effektiva. Det effektivaste sättet att genomföra detta är en konsekvent genomförd konkurrensutsättning, där privata vårdgivare tävlar med offentliga.

För att också få tillräckliga drivkrafter hela vägen ut i organisationen krävs att personalen ska kunna få bonus eller höjd lön om kliniken visar sig effektiv.

Till detta kommer att klinikerna måste ha en kultur av ständigt förbättringsarbete. Detta erhålls bl a genom att se över logistiska flöden, ta bort onödiga besök, inventera kö för

att konstatera reellt vårdbehov, jämföra sig med andra kliniker avseende produktivitet etc. Här ingår att kontinuerligt mäta såväl processer och resultat.

Uppenbart är att en förstärkt vårdgaranti behövs för att förbättra tillgängligheten. Det räcker emellertid inte. Det krävs effektivare styrsystem, ökad konkurrensutsättning och en kultur av ständigt förbättringsarbete för att uppfylla garantins intentioner. Om inte dessa komponenter finns med kommer krav att komma på resurstillskott för att klara tillgängligheten. Ökade resurser löser dock inte problemen utan de ligger i otillräckligt effektiva organisationer.

# Appendix 1

Faktiska väntetider mäts i Sverige som andelen av patienterna som fått vård inom tre månader. Den faktiska väntetiden för medianpatienten, vilket är det mått OECD använder, registreras ej.

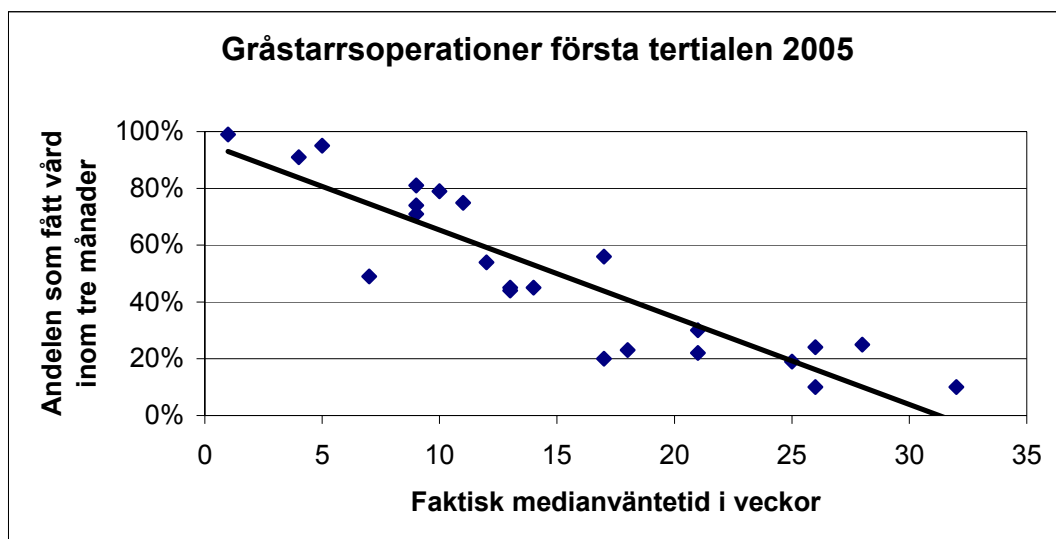
I tabell 6 redovisas andelen som har fått vård inom tre månader och svarsfrekvensen. Väntetiden avser tidpunkten från det att beslut om behandling tagits till dess att behandling genomförts.

	2002		2005	
	Andel inom tre månader	Svarsfrekvens	Andel inom tre månader	Svarsfrekvens
Höftledsplastik	38	49	51	73
Knäledsplastik	26	48	38	72
Gråstarrsoperation	42	38	48	80
Åderbräck	46	35	49	53
Ljumsbräck	54	42	61	61
Kranskärlsoperation	91	67	91	75
Ballongvidgning	96	44	96	63

Tabell 6. Andelen som har fått vård inom tre månader och svarsfrekvens.  
Källa: Utdrag ur väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting

Ett sätt att hantera det faktum att medianväntetiden inte mäts i Sverige är att approximera den. På så sätt möjliggörs en bättre internationell jämförelse. I de fall då andelen som fått vård inom tre månader är 50 procent är medianväntetiden således tre månader. I de fall där andelen inom tre månader inte är 50 procent kan medianväntetiden approximeras genom att göra antagandet att väntetiderna fördelas linjärt, det vill säga att om 45 procent av patienterna behandlats efter nittio dagar har 50 procent behandlats efter cirka 100 dagar. Den faktiska medianväntetiden är därför cirka 100 dagar.

I Figur 6 visas ett exempel på att ett linjärt samband mellan medianväntetid och andelen som fått behandling inom tre månader är rimligt att anta. Där framgår tydligt att relationen mellan medianväntetid och andelen inom tre månader är näst intill linjärt. Det gör att de faktiska medianväntetiderna i Sverige kan approximeras trots att det statistiska underlaget inte är komplett.



**Figur 6** Förhållandet mellan andelen inom tre månader och faktisk medianväntetid för sjukhus som utförde gråstarrsoperationer första tertialet 2005. Källa: Utdrag ur väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting samt egna beräkningar.

Varje punkt representerar ett sjukhus som rapporterat in både medianväntetid och andelen patienter som behandlats inom tre månader under första tertialet 2005. Av totalt 52 enheter ingår 23 i figur 6, resterande har ej rapporterat in värden eller rapporterat in uppenbart orimliga värden.