

Indiens hälso- och sjukvårdspolitik

1 Sammanfattning

Med en befolkning på 1,2 miljarder människor och en stor socioekonomisk spännvidd är utmaningarna inom hälsosektorn i Indien formidabla. Utmaningarna handlar om tillgång till sjuk- och hälsovård för alla och att vården håller tillräckligt hög kvalitet. Effektiv vårdförsörjning försvåras av en dubbel börda av infektionssjukdomar och icke-smittsamma sjukdomar, där den senare gruppen ökar på grund av livsstilsförändringar i stora segment av Indiens befolkning. BJP, det regeringsbärande partiet sedan maj 2014, har högt ställda mål för hälsoområdet på sin politiska agenda, med bland annat utfästelser om ett system med allomfattande sjukvårdsförsäkring, som ska minska den ekonomiska bördan för patienter och deras anhöriga. Sex månader in i mandatperioden har dock leveranserna varit relativt begränsade.

2 Bakgrund

Indien har en befolkning på 1,2 miljarder människor, varav mer än två tredjedelar (69 procent) fortfarande lever på landsbygden trots att den interna migrationen in till städerna är omfattande. Nästan 400 miljoner människor i landet lever på mindre än 1,25 USD (köpkraftsjusterat) per dag. Spädbarns- och mödradödligheten är fortfarande mycket hög trots uppriktiga ansträngningar från regeringen att förbättra situationen. Undernäring är väldigt omfattande, särskilt bland barn och kvinnor.

Mot den bakgrunden är utmaningarna, som Indiens sjuk- och hälsovårdssystem möter i att förse medborgarna med vård, omfattande. Behoven är bl.a. att minska dödstalen, förbättra den fysiska infrastrukturen, tillhandahålla sjukförsäkringar, säkerställa tillgången på utbildad medicinsk personal etc. Smittsamma, såväl som icke-smittsamma sjukdomar ökar vilket ger Indiens hälsosystem en komplex utmaning. Samtidigt är Indiens utlägg för sjuk- och hälsovård extremt låga. På grund av kapacitetsbrist i det offentliga systemet så har patienterna blivit beroende av privata vårdgivare som för närvarande behandlar 78 procent av

Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser

New Delhi
Office of Science and Innovation
Embassy of Sweden
4-5 Nyaya Marg
Chanakyapuri
New Delhi 110 021
India
Tel: +91 11 4419 7100
Fax: +91 11 2688 5401
info@tillvaxtanalys.se
www.tillvaxtanalys.se

Östersund (säte)
Studentplan 3, 831 40 Östersund
Besöksadress: Studentplan 3
Tel: 010 447 44 00
Fax: 010 447 44 01
info@tillvaxtanalys.se
www.tillvaxtanalys.se
Org. nr 202100-6164
Bank: Danske Bank
Kontonummer: 12 810 107 041
Swift: DABASESX
IBAN: SE6712 0000 000 12 810 107 041

Samtliga kontor
Östersund
Stockholm
Brasília
New Delhi
Peking
Tokyo
Washington DC

öppenvårdspatienterna och 60 procent av slutenvårdspatienterna. Eftersom försäkringssystemet är underutvecklat leder det till höga individuella utgifter för sjuk- och hälsovård.

Redan 2005 lanserade den dåvarande regeringen den nationella hälsomissionen för landsbygden (National Rural Health Mission (NRHM)), ett hälsoprogram i uppdragsform (mission mode) för att förbättra sjuk- och hälsovårdssystemet och förbättra befolkningens hälsostatus, särskilt för de som bor på landsbygden, och erbjuda universell tillgång till skälig, prisvärd kvalitetsvård. Som en komponent under NRHM har mätning och rapportering av kliniskt utfall och prestationsindikatorer införts; från sub-distriktsnivå rapporteras data regelbundet och aggregeras genom stigande administrativa nivåer ända upp till nationell nivå. Informationen hjälper delstaternas och centralregeringens sjuk- och hälsovårdsministerium att planera program och utvärdera deras effekter.

Debatten om sjuk- och hälsovård har till övervägande del fokuserat på stora brister i lagstiftningen, bristen på enhetliga hälsostandarder som leder till den nuvarande fragmenterade och okontrollerade strukturen inom den privata sektorn, samt ineffektiv implementering inom den offentliga sektorn. Experter har föreslagit att regeringen bör anamma ett bredare angreppssätt inom sjuk- och hälsovårdsområdet och samtidigt vidta åtgärder för att åstadkomma ytterligare framsteg inom prioriterade områden.¹ Baserat på detta, hade den tidigare regeringen bestämt sig för att fokusera på befintliga nationella sjuk- och hälsovårdsprogram under NRHM och utöka dessas räckvidd även till städerna. Därmed har namnet för programmet bytts till det mer generiska National Health Mission (NHM). Senare i denna rapport kommer den nya regeringens prioriteringar att diskuteras.

3 Utmaningar

Indiens utmaningar inom hälsoområdet är enorma. Enligt WHO står Indien ensamt för 21 procent av världens sjukdomsburda, emedan dess andel av världens befolkning är 17,5 procent.² Denna sjukdomsburda inkluderar den största delen av världens mödra-, och spädbarnsdödlighet. Mödradödligheten har minskat från 570 per 100 000 levande födselar 1990 till 190 år 2013, och spädbarnsdödligheten från 83 per 1000 1990 till 41 per 1000 2010-14. Det är klart en förbättring, men inte tillräckligt bra, anser många bedömare och bland annat framgår det att länder i regionen med lägre BNP/capita har åstadkommit större förbättringar.³ Vidare är resultaten över landet heterogena – 2010 var indikatorn i genomsnitt över hela landet 47 för Indien som helhet medan den mest framgångsrika staten, Goa, hade

¹ Mål för National Health Mission, tillgänglig på <http://nrhm.gov.in/nhm/about-nhm/goals.html>

² WHO Country Cooperation Strategy India 2012-2017, tillgänglig på: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ind_en.pdf

³ Jean Dreze and Amartya Sen "Putting Growth In Its Place" in *Outlook*, 14 November 2011, tillgänglig på: <http://www.outlookindia.com/article/Putting-Growth-In-Its-Place/278843>

en spädbarnsdödlighet på 10. I den andra ändan av spektrumet fanns Madhya Pradesh med en spädbarnsdödlighet på 62.⁴

22 procent av Indiens befolkning är undernärd. 48 procent av barn under 5 år är kroniskt undernärd och 70 procent av barn i åldersspannet 6 – 59 månader är anemiska.

I ett bredare perspektiv är det illustrativt att titta på utvecklingen av Human Development Index, som innehåller komponenter av hälsa, utbildning och inkomst. Denna indikator har i genomsnitt ökat med 1,6 procent per år sedan 1980. Ändå ligger Indien fortfarande långt ner på listan, plats 119 av 169 länder där tillförlitliga data finns.

I takt med Indiens ekonomiska tillväxt stiger inkomsterna i vissa segment av befolkningen, vilket har lett till en snabb ökning av välfärdssjukdomar. Eftersom fattigdomen inte har minskat i samma utsträckning så lider landet under en dubbel börda av infektionssjukdomar och välfärdssjukdomar samtidigt – vilket ställer stora krav på vårdssystemet.

Under 2010 rapporterades att av världens 8,8 miljoner nya fall av tuberkulos fanns 2,3 miljoner fall i Indien. Omkring 300 000 människor dör årligen av sjukdomen i landet. Även om antalet tuberkulosfall minskat från 459 per 100 000 1990 till 256 per 100 000 2010, har situationen komplicerats av en ökad förekomst av resistent och multiresistent tuberkulosstammar. Andra signifikanta infektionssjukdomar är HIV, med omkring 2,5 miljoner smittade personer, Malaria med 1,5 miljoner fall per år och andra myggburna sjukdomar som dengue och chikungunya som ökar och sprider sig geografiskt.

Enligt WHO förekommer 300 miljoner fall av akut diarré hos barn under 5 år och detta är i allmänhet kopplat till en dålig sanitets- och hygiennivå. Bara 366 miljoner av Indiens 1,2 miljarder invånare har tillgång till en toalett och omkring 90 procent av befolkningen har tillgång till säkert dricksvatten.

I en rapport⁵ från World Economic Forum och Harvard School of Public Health bedöms kostnaden för icke-smittsamma sjukdomar inklusive psykiska sjukdomar kosta Indien 4,58 biljoner USD mellan 2012 och 2030. Störst ekonomisk belastning kommer från kardiovaskulära sjukdomar (2,17 biljoner USD) och psykiska sjukdomar (1,03 biljoner USD). Dessa siffror kan jämföras med Indiens nominella BNP för det finansiella året 2013-14 på drygt 2 biljoner USD eller de sammanlagda nationella och delstatliga budgetarna för hälsovård 2010 på 13,6 miljarder USD.

De totala utläggerna på hälsosektorn i Indien ligger på 4,2 procent av BNP, men den offentliga delen står enbart för 1,4 procent av BNP, vilket motsvarar omkring 4 procent av statens utgifter. Eftersom offentliga såväl som privata sjukförsäkringar är ovanliga innebär detta att patienterna och deras anhöriga står för en stor andel av

⁴ WHO Country Cooperation Strategy India 2012-2017, tillgänglig på:
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ind_en.pdf

⁵ Economics of Non-Communicable Diseases in India, tillgänglig på:
<http://www.weforum.org/reports/economics-non-communicable-diseases-india>

Datum
2015-01-07

kostnaden själva. Staten står för ungefär 30 procent av landets sjukvårdskostnader; av de resterande 70 procenten står patienten själv för omkring 75 procent. Det är inte ovanligt att höga sjukvårdskostnader driver människor under fattigdomsgränsen.

Människor som lever under fattigdomsgränsen (och har papper på det) har rätt till fri sjukvård vid statliga sjukhus, men måste betala mediciner och diagnostiska test själva.⁶ I praktiken gäller detta bara om vården är tillgänglig - människor som lever på landsbygden kan ha väldigt långt till närmsta medicinska facilitet och på grund av bristen på personal (särskilt på landsbygden och i otillgängliga områden) är risken stor att de ändå inte kan få kvalificerad vård. I städerna kan brist på operationssalar eller brist på utrustning, som exempelvis dialysapparater göra att behövande patienter inte kan få vård.

Även om stora framgångar har gjorts för att förbättra hälsoindikatorerna i Indien återstår mycket arbete för att ytterligare förbättra hälsostatusen hos befolkningen, och säkerställa att hela befolkningen kan ta del av kvalitetssjukvård till en överkomlig kostnad. Resten av rapporten beskriver regeringspartiet Bharatiya Janata Partys (BJP:s) prioriteringar inom hälsosektorn, vilka konkreta reformer som redan genomförts under de första 6 månaderna av mandatperioden, samt inom vilka initiativ framsteg har rapporterats. Slutligen sammanfattar vi de viktigaste initiativen inom den privata sektorn under den senaste tiden.

4 BJP:s budskap inom hälsoområdet

Inför valet gav BJP ut ett valmanifest⁷ som kortfattat beskrev de viktigaste områdena inom vilka partiet ville genomföra förändringar. Detta stycke sammanfattar valmanifestets budskap inom hälsoområdet.

BJP prioriterar hälsoområdet högt, då det är viktigt, inte minst för att nå ekonomisk framgång.

- Indien behöver ett holistiskt vårdssystem som är effektivt och tillgängligt för alla till en överkomlig prisnivå, så att patientens egen andel (out-of-pocket spending) av vårdkostnaden drastiskt minskas. En särskild satsning, ”National

⁶ Från 1 april 2015 väntas Central Medical Services Society (CMSS) bli operativt och ges ansvar att fungera som en central upphandlingsmyndighet för inköp av de stora partier läkemedel (bulkinköp) och sjukvårdsutrustning som är tänkta att användas vid implementeringen av olika indiska hälso- och sjukvårdsprogram. För att möjliggöra den tidigare regeringens beslut att generiska läkemedel skulle göras tillgängliga gratis vid offentliga sjukvårdsinrättningar har det först krävts att en central myndighet etableras för läkemedelsinköp vilket alltså sker genom CMSS. CMSS uppdrag begränsas dock inte till denna fråga utan myndigheten ska upphandla läkemedel och sjukvårdsutrustning för den indiska statens samtliga hälso- och sjukvårdsprogram. CMSS ska även ansvara för distributionen av läkemedel bland Indiens olika delstater och unionsterritorier samt upprätta lagerhållningsanläggningar på 50 platser runt om i landet. CMSS ska ha mandat att agera som en självständig myndighet och i egen regi genomföra upphandlingar av läkemedel utan inblandning från landets hälsoministerium. Syftet med att låta all läkemedelsupphandling ske i regi av en central myndighet är att sänka de ekonomiska kostnaderna för läkemedel och sjukvårdsutrustning. Se även <http://pib.nic.in/newsite/PrintRelease.aspx?relid=106609>

⁷ BJP:s valmanifest är tillgängligt på:

http://www.bjp.org/images/pdf_2014/full_manifesto_english_07.04.2014.pdf

Health Assurance Mission”, ska genomföras som ska leda till att medborgarna får allomfattande tillgång till sjukvård (“universal healthcare”).

- BJP anser att NRHM/NHM inte har lyckats nå uppställda mål och därför ska reformeras. De vill prioritera tillgängligheten till sjuk- och hälsovård på landsbygden.
- Den tidigare hälsopolicyn⁸ från 2002 ska ersättas med en ny som bättre angriper de komplexa hälsoutmaningarna landet står inför, och som tar hänsyn till utvecklingen inom området samt den förändrade demografiska situationen.
- Bristen på kvalificerad personal inom sjukvårdssystemet ska adresseras genom att se över utbildningssystemet för sjukvårdspersonal samt arbetssätten hos de olika yrkesförbund som svarar för tillsyn och legitimering av de olika kategorierna av sjukvårdspersonal.
- Antalet institutioner som utbildar sjukvårdspersonal ska öka och ett högspecialiserat universitetssjukhus (“AIIMS-like institute”) ska etableras i varje delstat.
- Offentliga sjukhus ska moderniseras. Infrastrukturen ska uppgraderas och den senaste tekniken införs.
- Ministry of Health and Family Welfare ska omorganiseras så att de avdelningar som ansvarar för sjuk- och hälsovård, livsmedel och nutrition samt läkemedel sammanförs för att leveransen av sjuk- och hälsovårdstjänster ska effektiviseras.
- Indisk medicin (Yoga och AYUSH) ska ges ökade resurser, bland annat för utbildning och standardisering/validering av Ayurvedisk medicin.
- Ombalansering av statens resurser mot förebyggande hälsovård med fokus på barnhälsovård, där bland annat skolhälsovård kommer att vara prioriterat. Undervisning om hälsa och hygien ska införas i läroplanen för grundskolan.
- Utveckla områdena sjuk- och hälsovård för äldre samt företagshälsovård.
- Fokus på stabilisering av befolkningens mängden (dvs. minska befolkningstillväxten).
- Särskilda program för kvinnors hälsovård med fokus på landsbygden och underprivilegierade grupper (man talar oftast om Scheduled Casts (SC), Scheduled Tribes (ST) och Other Backward Casts (OBC)).
- Särskilt program för att råda bot på den omfattande undernäringen.
- Hög prioritet för kroniska sjukdomar inklusive investeringar i forskning och utveckling för att finna lösningar för sjukdomar som fetma, diabetes, cancer och hjärt- och kärlsjukdomar.

⁸ *Indiens nationella hälsopolicy från 2002 är tillgänglig på:*
<http://mohfw.nic.in/WriteReadData/1892s/18048892912105179110National%20Health%20policy-2002.pdf>

- En nationell e-hälsomyndighet ska sättas upp för att bättre utnyttja mobiltelefoner för hälsovårdsapplikationer samt utveckla telemedicinområdet för att bättre nå ut till patienter. Myndigheten ska också definiera standarder och lagstiftning för e-hälsovård.
- Universell täckning av larmnumret 108 och tillhörande akuttjänster i hela landet.
- Omorganisation av ”Medicinal Plants Board” för att stimulera till ökad odling av medicinska örter.
- Ett särskilt nationellt program för att hantera förekomsten av myggor – ”National Mosquito Control Mission”.

Slutligen nämns ett antal punkter inom området sanitet, som kommer att ha stor inverkan på medborgarnas hälsotillstånd:

- Alla indier ska ha tillgång till säkert dricksvatten.
- Alla indier ska ha tillgång till hygieniska toaletter.
- Modern avlopps- och avfallshantering ska införas.
- Ett system för att ranka städer och byar baserat på deras sanitetssystem ska införas – de bäst rankade ska belönas.

Efter BJP:s överväldigande framgångar i parlamentsvalet under april-maj 2014, där partiet fick egen majoritet i parlamentets underhus, Lok Sabha, bildade den nya premiärministern Narendra Modi med sina allianspartners (National Democratic Alliance; NDA) regering den 27 maj 2014. Dr Harsh Vardan utsågs till kabinetsminister och chef för Ministry of Health and Family Welfare.

Vid ombildningen av den federala regeringen den 9 november 2014 fick Jagat Prakash Nadda uppdraget som kabinetsminister och chef för Ministry of Health and Family Welfare. Samtidigt tillsattes en juniorminister, Minister of State (Independent Charge), Shripad Yesso Naik, med ansvar för indisk medicin, AAYUSH, Health & Family Welfare.

I samband med ombildningen blev den tidigare hälsoministern Harsh Vardhan istället utsedd till minister med ansvar för vetenskap och teknologi.

5 Nya nationella sjuk- och hälsovårdspolicies

För att utveckla en ny sammanhållen strategi rapporteras Ministry of Health and Family Welfare förbereda en ny nationell hälsopolicy. Den senaste publicerades 2002.⁹ Enligt tidningsuppgifter kommer frågor som redan nämnts i BJP:s valmanifest, bland annat undernäring och modernisering av offentliga sjukhus, att ingå. Dessutom kommer andra frågor att ingå i den nya nationella hälsopolicyn, så som;

⁹ *Indiens nationella hälsopolicy från 2002 är tillgänglig på:*
<http://mohfw.nic.in/WriteReadData/1892s/18048892912105179110National%20Health%20policy-2002.pdf>

- rationellt användande av oundärliga läkemedel,
- expansion av det allmänna vaccinationsprogrammet till att inkludera Hepatit B, Hemophilus Influenza och andra sjukdomar,
- förstärkt tobakskontrollprogram,
- miljömedicin samt
- sjukvårdsförsäkring för alla.

Redan i valmanifestet poängterades att hög prioritet gavs åt ”National Health Assurance”, ett program för allomfattande sjukvårdsförsäkring, fria läkemedel och diagnostiska test till låg kostnad. En expertpanel som utsågs av tidigare hälsominister Vardhan hade till uppgift att utveckla ett första utkast på en National Health Assurance. Panelen lämnade sin rapport i mitten av september. Dokumentet har inte gjorts offentligt och inga uppgifter finns om att förslaget ska ha utvecklats vidare.

Den 22 november meddelades dock från premiärministerns kontor att hälsoministeriet instruerats att ha National Health Assurance klart i januari 2015. I detta ska ingå en universell sjukförsäkring. En tidigare försäkringslösning som varit på plats för människor under fattigdomsgränsen som arbetar inom den informella sektorn, Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), ska på sikt integreras med den universella lösningen.¹⁰

5.1 Ny policy mot antibiotikaresistens väntas i december

Den nya regeringen rapporteras vara i färd med att utveckla en ny nationell handlingsplan för att motverka antibiotikaresistens, vilket utgör ett mycket omfattande problem i Indien, bland annat som en direkt följd av den oregrerade försäljningen av antibiotika. Policyn kommer, när den antagits, att ersätta 2011 års nationella handlingsplan – National Policy for Containment of Antimicrobial Resistance¹¹ – som förutom åtgärder vilka syftade till att begränsa tillgången till antibiotika, och samtidigt öka medvetenheten om riskerna med överkonsumtion, även innehöll förslag om ett ökat samarbete mellan staten och privata läkemedelsföretag vad gäller forskning. Denna handlingsplan omsattes dock aldrig i praktiken och är idag att anse som skrotad. Som Tillväxtanalys tidigare rapporterat medförde de tidigare svårigheterna med att på politisk väg utarbeta en strategi för att komma till rätta med antibiotikaresistens att privata aktörer istället tvingades spela en mer aktiv roll. Ett privat initiativ som kommit att spela en mycket betydelsefull roll när det gäller att påverka debatten resulterade i den s.k. Chennaideklarationen,¹² en deklARATION innehållandes ett antal policyrekommendationer vilka framtagits under överläggningar som involverade ett stort antal aktörer inom det indiska hälso- och sjukvårdssystemet. De förslag

¹⁰ “Health insurance for all likely in January”, *Times of India*, 23 november 2014, tillgänglig på: <http://timesofindia.indiatimes.com/india/Health-insurance-for-all-likely-in-January/articleshow/45245817.cms>

¹¹ http://nicd.nic.in/ab_policy.pdf

¹² <http://www.indiancancer.com/preprintarticle.asp?id=104065>

som förs fram i Chennaideklarationen är på intet sätt revolutionerande, utan det som gör initiativet intressant är att det tagits på privat väg samtidigt som det lyckades samla ett stort antal sammanslutningar inom hälso- och sjukvårdsområdet.¹³ Den nya regeringen förbereder nu, som redan nämnts en ny nationell policy för att motverka antibiotikaresistens vilken väntas fastställas i december i år.¹⁴ Indiens federala regering rapporteras också utarbeta en handlingsplan för att landets samtliga 160 medicinska lärosäten ska utrustas med laboratorier avsedda för att studera infektionssjukdomar. Syftet med dessa laboratorier är att det ska bli lättare för forskare att identifiera olika bakterier och virus och därmed bidra till att läkare skriver ut rätt mediciner. På så sätt hoppas Indien också minska risken för spridning av multiresistenta bakterier. I dagsläget finns 120 laboratorier medan ytterligare 40 håller på att färdigställas.¹⁵

5.2 Ny policy avseende psykisk hälsa antagen

I oktober offentliggjorde den indiska regeringen landets första policy avseende psykisk hälsa och ohälsa.¹⁶ Syftet med policyn är bland annat att skapa en ökad medvetenhet om mental ohälsa i det indiska samhället och säkerställa att en allomfattande mental hälsovård görs tillgänglig. För att kunna implementera policyn och uppnå dess mål kommer det krävas särskilda insatser för att nå ut till befolkningen på landsbygden, en samhällsgrupp som idag i praktiken är helt utan denna typ av vård. I samband med lanseringen av policyn utlovade den tidigare hälsovårdsministern Harsh Vardhan ökad finansiering till indiska sjukhus så att dessa ska kunna erbjuda psykiatrivård till behövande. Enligt Vardhan finns idag endast ca 3500 psykiatriker i hela landet. Policyn ifråga ska implementeras med hjälp av en särskild handlingsplan, Mental Health Action Plan 365, som tydligt anger ansvarsfördelningen mellan den federala regeringen, delstatsregeringar, lokala förvaltningsenheter och civila samhällsorganisationer. I det indiska parlamentet är även en särskild lag gällande mental hälsovård under beredning, Mental Health Care Bill, 2013.¹⁷ I dagsläget finns dock ingen tidsram för när denna lag kan förväntas bli antagen. Världshälsoorganisationen, WHO, bedömer att omkring 20 procent av Indiens befolkning år 2020 kommer att lida av någon form av mental ohälsa, vilket kommer att resultera i ett omfattande vårdbehov.

¹³ *Clinical infectious Diseases Society, Indian Medical Association, Association of Surgeons of India, Indian Society of Critical Care Medicine, Indian Society of Medical and Paediatric Oncology, Federation of Obstetric and Gynaecological Societies of India, Indian Society of Organ Transplantation, Indian Association of Medical Microbiologists, School of Public Health and Zoonoses, GADVASU, Research Committee NABH, Medical Council of India, Panel member of Ministry of Health expert committee STG on Critical Care, Manipal Academy of Higher Education, Indian Cooperative Oncology Network, the Association of Physicians of India*

¹⁴ <http://www.livemint.com/Consumer/ttESuBBnU1nMInQWtMaanM/Indias-lax-antibiotic-controls-raise-killer-disease-fears.html>

¹⁵ <http://www.pharmabiz.com/NewsDetails.aspx?aid=83738&sid=1>

¹⁶ <http://pib.nic.in/newsite/PrintRelease.aspx?relid=110417>

¹⁷ <http://www.prsindia.org/billtrack/the-mental-health-care-bill-2013-2864/>

6 Privata aktörer spelar en avgörande roll som vårdgivare

Privata aktörer, företag och stiftelser, spelar avgörande roller som vårdgivare. Vårdbehoven är omfattande och de statliga resurserna är såpass begränsade att icke-statliga aktörer av nödvändighet måste tillåtas inom hälso- och sjukvårdssektorn. Samtidigt kvarstår utmaningarna med att reglera sjukvårdsmarknaden och skapa en för patienter trygg och säker miljö. Idag finns inte något fungerande register över sjukvårdsförmedlare vilket gör att det i stort sett är omöjligt att få en överblick över antalet vårdgivare och kvaliteten på den vård som förmedlas.

Den privata sektorn är samtidigt drivande vad gäller att utveckla nya lösningar för exempelvis ökad användning av e-hälsa.

6.1 Digitalisering och tillämpning av e-hälsovård

Indiens regering har nyligen offentliggjort ett ambitiöst digitaliseringsprogram som bland annat syftar till att göra internet tillgängligt över hela Indien, ända ner på bynivå. Satsningen, som beräknas kosta INR 1130 miljarder (SEK 130 miljarder), ska bana väg för nya IT-tjänster, bland annat inom e-hälsa.¹⁸ Redan idag finns flera goda exempel på användningen av teknologier för e-hälsa och denna utveckling kommer med all sannolikhet att fortsätta med ökad styrka. Flera exempel berörs i korthet nedan.

Tillväxtanalys har tidigare uppmärksammat sjukhuskedjan Apollo och dess tekniska hjälpmedel eACCESS som utvecklats tillsammans med Philips.^{19,20} eACCESS gör det möjligt för läkare att behandla patienter på distans och kan till exempel användas av läkare för att hjälpa till att behandla patienter som genomgår intensivvårdsbehandlingar vid vårdinrättningar i avlägsna områden. Med hjälp av eACCESS ska läkare kunna övervaka 500 vårdplatser från ett särskilt kontrollrum, och systemet ska även möjliggöra tvåvägskommunikation och ha kapacitet att lagra och presentera avancerad sjukvårdsdata.

Ett annat exempel på användningen av e-hälsoteknologier utgörs av det samarbete som sker mellan den privata sjukvårdskoncernen Medici Hospitals, IT-företaget Hewlett Packard, organisationen Society for Health Awareness & Rural Enlightenment (SHARE India) och det statliga Council of Scientific and Industrial Research (CSIR). Tillsammans har de etablerat ett särskilt center för sjukvårdsgivning på distans i byn Aliabad utanför Hyderabad. Med hjälp av molnteknologi ska patienter på landsbygden erbjudas vårdgivning (diagnoser) på

¹⁸ <http://economictimes.indiatimes.com/industry/telecom/pm-modis-digital-india-project-government-to-ensure-that-every-indian-has-smartphone-by-2019/articleshow/40862515.cms>

¹⁹ "Apollo Hospitals introducerar eAccess – hyllas av Telanganas regeringschef", Korta nyheter från Indien vecka 35, 2014, Tillväxtanalys, tillgänglig på: <http://www.tillvaxtanalys.se/sv/om-oss/kontor/new-delhi/-new-delhi/2014-09-02-korta-nyheter-fran-indien-vecka-35-2014.html>

²⁰ <http://apollohealthcity.com/apollo-hospitals-leapfrogs-icu-care-to-next-generation-delivery-through-eaccess/>

distan. Centret är tänkt att täcka in ett geografiskt område med uppskattningsvis 20 000 invånare. Sedan tidigare har HP utvecklat molnteknologi för tre andra e-hälsocenter runt om i Indien (i Chausala i delstaten Haryana, i Myinapur i Uttar Pradesh och i Jamshedpur i delstaten Jharkhand).²¹ Ovanstående exempel är kanske speciellt intressant eftersom det involverar både privata aktörer och en statlig samarbetspart (CSIR).

Ett tredje exempel på satsningar på e-hälsa utgörs av det statliga forskningsinstitutet Centre for Development of Advanced Computing och dess verktyg för journalhantering med hjälp av molnbaserad teknologi. Verktyget, kallat Mercury Nimbus Suite, möjliggör för användare att ladda upp (och ner) datafiler innehållande bilder, ljud, video och text. Denna typ av satsning på IT-infrastruktur illustrerar tydligt hur Indiens offentliga sektor försöker främja utvecklingen och öka kapaciteten att hantera större och mer avancerad sjukvårdsdata med hjälp av molnteknologi.²²

Avslutningsvis kan även nämnas National Association of Software and Services (NASSCOM), Indiens nationella industrisammanslutning för IT-sektorn, som ingått ett samförståndsavtal (MoU) med Healthcare Federation of India, en organisation som samlar sjukvårdsförmedlare och som i dagsläget har ett 40-tal medlemmar. Syftet med samarbetet är att öka användningen av IT-baserade hjälpmedel inom sjukvårdssektorn, exempelvis för att göra sjukvård mer tillgänglig (bl.a. med hjälp av mobiltelefoni – s.k. m-Health) och för att förbättra möjligheterna att kunna hantera stora mängder data (patientjournaler, organregister, samt olika analysverktyg).²³

6.2 Utbildning och kompetensutveckling

Sjukvårdsutbildningen i Indien regleras av Medical Council of India (MCI) och Indian Nursing Council (INC). I november meddelades att MCI inlett en översyn av de medicinska utbildningar som tillhandahålls och denna översyn är, enligt medieuppgifter, den första någonsin sedan MCI etablerades 1956.²⁴ Syftet med översynen är att komma till rätta med föråldrade läroplaner och utläring av sjukvårdstekniker som inte längre är aktuella. Istället ska man säkerställa att dagens utbildning anpassas till de nya medicinteknologiska hjälpmedel som finns tillgängliga. Avsikten är också att utbildningarna ska anpassas efter Indiens vårdbehov och bidra till att avhjälpa de kompetensunderskott som finns inom hälsovårdssystemet idag. En ny läroplan för medicinska utbildningar på kandidatnivå är tänkt att tas i bruk till läsåret 2016. MCI har tidigare övervägt att göra det obligatoriskt för läkarstudenter att tjänstgöra på den indiska landsbygden som en del av utbildningen. Detta då landsbygden lider av stora vårdunderskott

²¹ <http://www.pharmabiz.com/NewsDetails.aspx?aid=80650&sid=1>

²² För ytterligare information se http://www.cdac.in/index.aspx?id=pk_pr_prs_rl215

²³ <http://www.livemint.com/Industry/pzQqE7FvgD9mAfyUYE5U4H/Nasscom-Nathealth-sign-deal-to-improve-healthcare.html>

²⁴ <http://indianexpress.com/article/india/india-others/medical-education-curriculum-set-for-review/>

samtidigt som vårdbehoven är stora. Än så länge har dock organisationen valt att inte införa dessa krav.

Kompetensutvecklingsinsatser utförs givetvis även av sjukvårdsförmedlare på deras egna initiativ. Ett intressant exempel är sjukvårdskoncernen Apollos samarbete med University of New South Wales i Australien. Samarbetsavtalet går ut på att University of New South Wales tillhandahåller utbildningsmaterial på Apollos webportal för onlineutbildningar, Medvarsity. Utbildningarna förmedlas av universitetets professorer och omfattar bl.a. vaccinationsfrågor och metoder för att kontrollera och förhindra utbrott av epidemier. Avtalet offentliggjordes i april 2013 och innebär att det australiensiska universitetet blev först i Indien med att via internet tillhandahålla ett utbildningsprogram relaterat till infektionssjukdomar.²⁵

Ansvar för hälso- och sjukvård delas av den federala regeringen och delstatsregeringarna. Detta innebär att delstaterna själva utformar riktlinjer för vårdgivning och kompetensförsörjningsinsatser. Tillväxtanalys har tidigare uppmärksammat de diskussioner som förts mellan delstaten Tamil Nadu och representanter från Singapore (Singapore International Foundation och SingHealth) om att inleda ett hälsovårdssamarbete i Indien.²⁶ SingHealth är Singapores största offentliga förmedlare av sjukvård och driver sjukhusen Singapore General Hospital, KK Women's and Children's Hospital liksom fem nationella specialistcenter. Syftet med samarbetet skulle vara att höja kvaliteten på den hälso- och sjukvård som förmedlas i Tamil Nadu - särskilt mödravård, vård av barn samt vård av för tidigt födda barn. Samarbetet skulle organiseras i form av att läkare och annan sjukvårdspersonal från Singapore utbildar hälso- och sjukvårdspersonal på plats i Tamil Nadu.²⁷

På temat internationella utbildningssamarbeten kan också nämnas Symbiosis International University, beläget i Pune i delstaten Maharashtra, som 2014 offentliggjorde planerna på att bygga en forskningspark avsedd för hälsoforskning i samarbete med den belgiska staten. Projektet väntas kosta INR 3 miljarder (SEK 340 miljoner) och stå färdigt om fem år. Tanken är att Symbiosis forskningspark ska uppföras med Science Park of Wallonia (Spow) som modell. Symbiosis, som i dagsläget har utbildningar inom hälsovetenskap, bioteknik och ingenjörsutbildningar, ska även inrätta ett sjukhus med 200 bäddar. När forskningsparken står färdig avser Symbiosis föra samman hälsovetenskap och olika ingenjörsutbildningar, och samtidigt erbjuda företag att etablera forsknings- och utvecklingsenheter i parken. Syftet är att öka forskningssamarbetet mellan den

²⁵ <http://enterpriseinnovation.net/article/australian-university-e-learning-venture-indian-hospital-group>

²⁶ "Singapore och Tamil Nadu diskuterar hälsovårdssamarbete", *Korta nyheter från Indien vecka 38, 2014*, Tillväxtanalys, tillgänglig på: <http://www.tillvaxtanalys.se/sv/om-oss/kontor/new-delhi/new-delhi/2014-09-24-korta-nyheter-fran-indien-vecka-38-2014.html>

²⁷ <http://www.thehindu.com/news/cities/Tiruchirapalli/sif-singhealth-offer-to-train-healthcare-personnel-in-tn/article6415472.ece>

akademiska världen och industrin, ett samarbete som generellt sett är litet i Indien.²⁸

6.3 Ökat intresse för företag inom hälso- och sjukvårdssektorn

Dagens utveckling inom hälso- och sjukvårdssektorn kännetecknas bland annat av ett stort fokus på uppstarts företag som erbjuder olika typer av produkter och tjänster avsedda för vårdgivare eller patienter. I juli 2014 påbörjade Indiens två första acceleratorer för hälsoföretag, HealthSmart India och InnAccel, sin verksamhet. HealthSmart India erbjuder, tillsammans med Indian School of Business (ISB) i Hyderabad, rådgivning inom 25-30 ämnesområden. Vid varje inkubationsomgång erbjuds sex uppstarts företag inom sjuk- och hälsovård plats och var och en erhåller finansiering på mellan INR 500 000 (SEK 52 000) och INR 2 miljoner (SEK 209 000). HealthSmart India prioriterar områden som exempelvis hälsovårdsteknologier, mobilapplikationer, hantering av välvärdssjukdomar, lösningar för att erbjuda sjukvård till överkomliga priser, tekniska hjälpmedel (inklusive ”wearable technologies”) för granskning och rådgivning på distans liksom teknologier för diagnostik. InnAccel, förlagd till Bangalore, är inriktad på sjukvårdsteknologier (medical technologies) och strävar efter att inkubera fem till sju företag de kommande två åren.²⁹

6.4 Översyn av reglerna för FDI inom medicinteknologi efterfrågas

I en rapport från industrisammanslutningen Confederation of Indian Industry (CII) och konsultfirman Boston Consulting Group (BCG) (”Medical Technology Vision 2025”), publicerad i augusti 2014, konstateras att Indien utgör en viktig marknad för medicinsk teknologi samtidigt som det här finns en stor underutnyttjad potential för innovation och tillverkning. I rapporten hävdas dock att medicinteknologi är ett lågprioriterat område för regeringen och att utvecklingen begränsas av ett oklart och bristande regelverk (det finns ingen tydlig FDI-policy). Enligt CII och BCG är det svårt för utländska företag att få marknadstillträde (erhålla nödvändiga tillstånd från olika myndigheter). I rapporten presenterar de två organisationerna en färdplan som ska möjliggöra för Indien att utveckla en stark ställning på den globala marknaden för medicinsk teknologi. Man uppmärksammar också ett antal centrala problem som måste rättas till för att den inhemska industrin ska kunna utvecklas på allvar. Vid sidan av ovanstående utmaningar hämmas utvecklingen av låga investeringar (avser både sjukhusens infrastruktur och utvecklingen av humankapital), få initiativ för att utveckla en marknad för olika komponenter (höga kapitalkostnader och avsaknad av incitament för att främja tillverkning) och låg innovationsgrad (avsaknad av strukturerade program för att främja innovationer). I dagsläget finns få produkter anpassade för den indiska marknaden samtidigt som

²⁸ http://www.business-standard.com/article/management/symbiosis-to-set-up-rs-300-cr-health-sciences-park-114071601355_1.html

²⁹ <http://www.livemint.com/Companies/z8qk35SgLY3xtwk4nOS5O/Accelerators-to-boost-healthcare-startups.html>

endast en liten del av den potentiella målgruppen nås. Med rätt åtgärder skulle Indiens andel av den globala marknaden för medicinska teknologier kunna uppgå till USD 50 miljarder (SEK 325 miljarder) enligt CII och BCG.³⁰ Den indiska regeringen har än så länge inte presenterat några konkreta förslag vad gäller FDI för att främja utvecklingen av medicinska teknologier. Enligt landets hälsoministerium överväger regeringen att etablera en särskild fond för hälsoinnovationer – Innovation Health Fund – inom ramen för landets nya nationella hälsopolitik. Det är dock för tidigt att avgöra om en sådan fond kommer att bli verklighet.³¹

6.5 Andra former av finansiering – Companies Bill

2013 antog det indiska parlamentet Companies Bill, en lag som bland annat föreskriver att indiska företag, av en viss storlek och med en viss omsättning, avsätter minst två procent av den genomsnittliga nettovinsten under en treårsperiod till s.k. CSR-insatser. Aktiviteter inom ett tiotal områden har godkänts för CSR-insatser, däribland hälsovård. Det ska dock nämnas att lagstiftningen inte har någon direkt tvingande verkan och den nya regeringen har också signalerat att det kan bli aktuellt att se över lagen (som alltså antogs under föregående mandatperiod). Från den indiska industrisammanslutningen FICCI:s³² sida har det dock föreslagits att industrin bör koordinera sina olika CSR-insatser genom att skapa en gemensam samordningsmekanism (Indian Industry in Solidarity for Health Kosh) som ska användas för att kanalisera pengar till de hälsovårdsinsatser som regeringen anser vara prioriterade.³³ Det återstår dock att se när och om en sådan gemensam mekanism blir verklighet.

7 Diskussion

Det nya regeringsbärande partiet BJP presenterade i sitt förvalsmantifest en diger lista på områden inom sjuk- och hälsovårdsområdet som de ville reformera. Efter sex månader vid makten har inte mycket av reformer eller förändringar genomförts. Den tydligaste reformen har varit införandet av en politik för mental hälsa. När det gäller det mest omtalade reformförslaget, ”National Health Assurance”, som skulle ge alla medborgare tillgång till sjuk- och hälsovård, inklusive en sjukvårdsförsäkring, till en överkomlig kostnad, har hälsoministeriet ännu inte presenterat ett färdigt förslag. Premiärministerns kansli har nyligen begärt att hälsoministeriet ska ha denna reform på plats i januari 2015. Det återstår att se om ministeriet lyckas presentera ett färdigt förslag tills dess.

De privata vårdgivarna kommer att fortsätta spela en avgörande roll för att tillhandahålla sjukvård i Indien. Dessutom är privata aktörer engagerade i att utveckla, testa och implementera e-hälsolösningar, som ska ge patienter förbättrad tillgång till sjuk- och hälsovård. I vissa fall förekommer offentligt-privata

³⁰ <http://cii.in/Publicationform.aspx?PubID=41775&ty=pub>

³¹ <http://www.ficci.com/PressRelease/1720/ficci-press-sep1-heal.pdf>

³² Federation of Indian Chambers of Commerce and Industry

³³ <http://www.ficci.com/PressRelease/1720/ficci-press-sep1-heal.pdf>

samarbeten, men i stor utsträckning saknas samarbeten mellan det offentliga sjukvårdssystemet och de privata vårdgivarna. När det gäller till exempel specialistsjukvård kan bristen på samarbete riskera att leda till ännu större skillnader i teknisk nivå och vårdkvalitet mellan de offentliga och de privata specialistsjukhusen.

En stor utmaning är att få fram tillräckligt med sjukvårdsutbildad personal till den offentliga såväl som den privata sjukvården. Stor brist råder på läkare, sjuksköterskor och annan medicinsk personal. Därför har nu Medical Council of India, som reglerar läkarutbildningar, annonserat att de ska genomföra en översyn av utbildningarna. Förhoppningsvis leder detta till att nya läkarstudenter får genomgå uppdaterade utbildningsprogram och får mer relevanta kunskaper. Det är också viktigt att volymen ökar så att läkarbristen kan åtgärdas. Liknande översyn kan vara påtalad för utbildningen av andra grupper av sjukvårdspersonal, som till exempel sjuksköterskor.