

När sjukvården blev en marknad
– effekter och alternativ

GÖRAN DAHLGREN

**NÄR
SJUKVÅRDEN
BLEV EN
MARKNAD
EFFEKTER
OCH ALTERNATIV**

PREMISS

När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ

© Göran Dahlgren och Premiss förlag 2018

Grafisk form: Conny Lindström

ISBN: 978-91-86743-83-3

www.premissforlag.se

Premiss förlag är en del av Arenagruppen

premissförlag

Boken är utgiven med ekonomiskt stöd av Arena idé
och i samarbete med nätverket Gemensam Valfärd.

NÄTVERKET FÖR
**gemensam
valfärd**
gemensamvalford.se

arenaidé

Förord

En stabil majoritet av svenska folket vill att den sjukvård som finansieras av skattepengar ska drivas utan vinstintresse. Samtidigt pågår ett systemskifte i motsatt riktning inom vården. Det är ett skifte från behovsstyrning till marknadsstyrning, och ett skifte som innebär att vården styrs alltmer av kommersiell logik och allt mindre av vårdpolitiska beslut och lagar.

Svensk sjukvård utförs i ökande grad av kommersiella vårdföretag som finansierar sin verksamhet med skattepengar. Samtidigt med denna expansion av den skattefinansierade privatiseringen av vården, har marknadsorienterade ekonomiska styrsystem införts inom den offentligt drivna vården.

Det är dags att undersöka om de senaste årens genomgripande förändringar bidragit till eller motverkat svensk sjukvårds övergripande mål: *en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen*, som det heter i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf.

Det finns också ett stort behov av att formulera tydliga framtidsalternativ till dagens marknads- och vinststyrda vård.

Tankesmedjan Arena Idé och nätverket Gemensam Valfärd vill med denna skrift, författad av professor Göran Dahlgren, bidra till ett välgrundat samtal om hur marknadsiseringen av

vården påverkat människors rätt till vård på lika villkor. Vår ambition är också att visa hur en god och behovsstyrd vård som drivs utan vinstintresse kan utformas.

Strategiska hälso- och sjukvårdspolitiska frågor måste diskuteras i den vanliga demokratiska processen. Beslut om den skattefinansierade vårdens utveckling och lokalisering ska fattas av medborgarna och de politiska företrädare de valt till riksdag, regioner och landsting – inte av de kommersiella vårdföretagens ägare. Denna skrift ger värdefulla fakta, analyser och förslag till denna process.

Stockholm och Uppsala i juli 2018

Christer Hogstedt
Gemensam Valfärd

Lisa Pelling
Utredningschef, Arena Idé

Göran Dahlgren är gästprofessor vid University of Liverpool och har tidigare varit chef för Socialdepartementets sjukvårdsenhet och folkhälsoråd vid Folkhälsoinstitutet, samt arbetat internationellt för bland annat Världshälsoorganisationen WHO. År 1994 publicerade han den uppmärksammade boken *Framtidens sjukvårdsmarknader: Vinnare och förlorare*, som utifrån internationella erfarenheter förutspådde just den utveckling vi sett de senaste årtiondena. Föreliggande bok kan ses som en uppföljning av den tidigare boken.

Gemensam Velfärd är en ideell, partipolitiskt obunden nätverksorganisation som startade 2005. Gemensam Velfärd arbetar för att försvara och utveckla den gemensamma välfärden som alltmer hotas av olika former av privatisering. Vi finns på flera orter i Sverige och arbetar genom medlemsmöten, studiecirklar, speciella nätverksgrupper, upprop, offentliga seminarier och hearingar, remissvar och andra publikationer. Mer information finns på Gemensam Velfärds hemsida: www.gemensamvelfard.se

Arena Idé är en oberoende tankesmedja med löntagarperspektiv. Arena Idé är en del av Arenagruppen.

Innehåll

Inledning	19
· <i>Varför denna bok?</i>	19
· <i>Bokens värdegrund och disposition</i>	23
· <i>Tack!</i>	25

DEL 1

VÅRDENS SUCCESSIVA MARKNADSORIENTERING OCH PRIVATISERING 27

Kapitel 1. Vägen mot en privatiserad sjukvårdsmarknad	29
· <i>Privatiseringsprocessens fyra faser</i>	29

Kapitel 2. Den offentliga primärvården utvecklas (Fas 1)	32
· <i>Vårdbehoven i fokus</i>	33

Kapitel 3. Sjukvården blir en marknad (Fas 2)	36
· <i>Det krävs inget systemskifte!</i>	36
· <i>New public management införs</i>	39
· <i>Beställar-utförarsystem utvecklas</i>	41
· <i>Intäktsfinansiering ersätter ramanslag</i>	42

· Ersättningsystem inom primärvården	43
· Ersättningsystem inom sjukhusvården	46
Kapitel 4. Snabbast möjliga privatisering (Fas 3)	47
· All vård kan privatiseras	48
· Konkurrens öppnar för privat vinstdriven vård	50
· Lagen om offentlig upphandling (LOU)	51
· Avknoppning	52
· Utmaningsrätt	53
· Lagen om valfrihetssystem (LOV)	53
· Idén med valfrihetssystem	53
· Priskonkurrens ersätts med obefintlig kvalitetskonkurrens	54
· LOV infördes utan några konsekvensanalyser	56
· Lagen om obligatoriska vårdvalssystem i primärvården	56
· Vårdvalet öppnar för fristående privata digitala vårdföretag	58
· Valfrihetssystem inom den öppna specialistsjukvården	61
· Lagen om läkarvårdersättning (LOL)	63
· Etableringsfrihet	63
· Startlag för privatisering av offentliga sjukhus	65
· Fortsatt privat drift av Capio S:t Görans sjukhus	67
· Offentlig–privat samverkan (OPS)	68
· Borgerligt ”nej” till reglering av vårdmarknaden	69
Kapitel 5. Ökad privat finansiering (Fas 4)	71

DEL 2

EFFEKTER AV DET DUBBLA SYSTEMSKIFTET 77

Kapitel 6. Systemskiftets två ”synvänder” 79

- *Den ideologiska synvändan – från behovsstyrd till vinststyrd vård* 80
- *Den juridiska synvändan – från vårdpolitiska till kommersiella lagar* 88
- *Sammanfattande kommentar* 94

Kapitel 7. Ökad offentlig finansiering av privat vinstdriven vård 96

- *Kraftigt ökat utbud av offentligt finansierade privata vinstdrivna vårdcentraler* 96
- *Den privata vinstdrivna vårdens ägarstruktur* 98
- *Ägarprövning* 101
- *Tidiga varningssignaler* 103
- *Kraftig ökning av den öppna specialistvården i Stockholm* 104
- *Mycket begränsad privatisering av offentliga sjukhus* 105
- *Privata hyrläkare – en form av privatisering landstingen vill avveckla* 108
- *Minskad andel av de offentliga vårdresurserna till privat icke vinstdriven vård* 109
- *Oförändrade villkor för helprivata kommersiella vårdgivare* 111

Kapitel 8. Gapet mellan stad och landsbygd vidgas	114
· <i>Vård på lika villkor</i>	114
· <i>Närhet till vård</i>	115
· <i>Lands- och glesbygdsbor missgynnas</i>	118
· <i>Missvisande analyser av de ökande geografiska skillnaderna</i>	122
· <i>Etableringsfriheten försvårar rekryteringen av läkare till underförsörjda landsbygdsområden</i>	126
· <i>Möjligheter att lokalisera privat vinstdriven vård i olönsamma områden</i>	127
· <i>I ett internationellt perspektiv är det ovanligt med en vinststyrd lokalisering av offentligt finansierad vård</i>	128
Kapitel 9. Ökande skillnader i vårdutbud mellan storstädernas hög- och låginkomstområden	130
· <i>Låginkomstområden missgynnas</i>	130
· <i>Viktade ersättningar har inte minskat det ojämlika vårdutbudet</i>	132
Kapitel 10. Ökande social ojämlikhet i vårdutnyttjande	134
· <i>Behov är inte detsamma som efterfrågan</i>	134
· <i>Vårdbehov och vårdutnyttjande</i>	136
· <i>Jämlig vård – två olika perspektiv</i>	139
· <i>Behovsrelaterat vårdutnyttjande före 2010 års vårdvalsreformer</i>	140

· <i>Behovsrelaterat vårdutnyttjande efter 2010 års vårdvalsreformer</i>	142
· <i>Otillfredsställda vårdbehov</i>	143
Kapitel 11. Patienter med små vårdbehov prioriteras	147
· <i>Behovs- och solidaritetsprincipen</i>	147
· <i>Patienter med stora vårdbehov missgynnas</i>	148
Kapitel 12. Vårdsystemets kvalitet:	
Valfrihetsreformerna påverkar inte valfriheten	157
· <i>Två kompletterande perspektiv på vårdens kvalitet</i>	157
· <i>Valfrihet är inte detsamma som ökad privatisering</i>	158
· <i>Fritt vårdval har funnits sedan början av 1990-talet</i>	161
· <i>Val av vårdgivare baseras mycket sällan på driftsformen</i>	163
· <i>Förutsättningarna för kunskapsbaserade val är mycket begränsade</i>	164
· <i>Valfrihet är ingen bra metod för bättre vårdkvalitet</i>	166
· <i>Valfriheten ökar för vårdföretagen</i>	167
Kapitel 13. Vårdsystemets kvalitet: Förutsättningarna för kontinuitet, samverkan och innovationer försämras	169
· <i>Kontinuitet i vården är en av vårdsystemets viktigaste kvaliteter</i>	169
· <i>Förutsättningarna för kontinuitet i vården försämras på en konkurrensutsatt vårdmarknad</i>	171
· <i>Konkurser minskar vårdens kontinuitet</i>	174
· <i>Privata hyrläkare leder till sämre kontinuitet i vården</i>	175

- *Fristående digitala läkare erbjuder sällan en fast läkarkontakt* 176
- *Systemskiftet försvårar samordning och samverkan inom vården* 177
- *Förutsättningar för innovationer och lokal anpassning begränsas* 180

Kapitel 14. Väntetider och vårdköer ökar trots vårdgarantin 184

- *Väntetiderna ökar i primärvården* 186
- *Väntetider till öppen specialistvård förblir långa* 188
- *Väntetider till operation eller annan behandling* 188
- *Okända ”gräddfiler” i köerna till offentligt finansierad vård* 190
- *Kända gräddfiler för privatfinansierade patienter till offentligt finansierade sjukhus* 192

Kapitel 15. Vårdinsatsernas upplevda och medicinska kvalitet 193

- *Allmänhetens förtroende för vården har försämrats* 193
- *Förtroendet för vården är högre bland hög- än låginkomsttagare* 195
- *Allmänläkarnas förtroende för vården har kraftigt minskat* 195
- *Leder vårdkonkurrens till bättre vårdkvalitet?* 196
- *Den upplevda vårdkvalitetens utveckling sedan vårdvalet infördes i primärvården 2010* 200

· <i>Samma patientupplevda vårdkvalitet vid offentliga och privata vårdcentraler</i>	202
· <i>Vårdens medicinska kvalitet</i>	203
· <i>Primärvårdens medicinska kvalitet är okänd</i>	205
· <i>Fristående digitala vårdföretag – ett hot mot patientsäkerheten</i>	207
· <i>Nationella kvalitetsregister för specialistvård</i>	208
· <i>Internationella jämförelser av vårdkvaliteten i vinstdriven respektive icke vinstdriven vård</i>	209

Kapitel 16. Vårdens kommersialisering ökar

totalkostnaderna	210
· <i>God kostnadskontroll – ett villkor för en jämlikare vård</i>	210
· <i>Vårdföretagens intäkter är landstingets kostnader</i>	211
· <i>Konkurrens överges som prispressare</i>	213
· <i>Kostnadseffekter av vårdvalssystem i primärvården</i>	215
· <i>Vårdval leder till kraftigt ökade kostnader för den öppna specialistsjukvården</i>	217
· <i>Lägre kostnader vid privat drift av sjukhus?</i>	218
· <i>Internationella erfarenheter</i>	220
· <i>Kostnader vid privatisering av naturliga vårdmonopol</i>	222
· <i>Privata hyrläkare driver upp kostnaderna</i>	223
· <i>Ökade kostnader för administration och konsulter.</i>	223
· <i>Ökade samhällsekonomiska kostnader för sjukskrivningar</i>	224

Kapitel 17. Förlust av resurser avsedda för vård	226
· <i>Värdföretagens vinst en förlust av vårdresurser</i>	226
· <i>Ökade förluster på grund av fusk och korruption</i>	30
· <i>Offentlig–privat samverkan (OPS) vid byggande och drift av Nya Karolinska sjukhuset</i>	232
· <i>Försäljning av offentlig egendom till underpris</i>	233
· <i>Förlust av skatteintäkter genom skatteflykt</i>	233
Kapitel 18. Högre produktivitet men lägre effektivitet	236
· <i>Ökad produktivitet i den öppna vården</i>	236
· <i>Minskad effektivitet i den öppna vården</i>	239
Kapitel 19. Omfördelning av makten över den skattefinansierade vården	241
· <i>Minskad politisk makt</i>	242
· <i>Sjukvårdens demokratiska förankring undergrävs</i>	255
· <i>Ökad patientmakt för resursstarka men minskad för resurssvaga</i>	263
· <i>Värdföretagens makt ökar</i>	266

DEL 3

VÄGEN FRAMÅT. AVVECKLA VINSTINTRESSEN

- UTVECKLA VÅRDEN 273

Kapitel 20. Från vinststyrd till behovsbaserad vård – tio strategiska förslag	275
---	-----

• <i>Inför etableringskontroll för att säkerställa en behovsbaserad lokalisering av vården</i>	283
• <i>Avveckla ”tvångs-LOV” inom primärvården och utveckla den icke vinstdrivna vården</i>	285
• <i>Avveckla den offentliga finansieringen av fristående digitala vårdföretag och utveckla den integrerade digitala vården</i>	294
• <i>Avveckla vårdvalssystemen inom den öppna specialistvården och upphandla specialistvård enligt LOU</i>	296
• <i>Ersätt startlagen för privatisering av sjukhus med en stopplag</i>	297
• <i>Begränsa konkurrensideologin och utveckla formerna för samordning och samverkan</i>	298
• <i>Förstärk försvaret för en ökad offentlig finansiering av vården</i>	300
• <i>Lagstifta mot blandfinansiering, det vill säga särskilt offentligt och privat finansierad vård</i>	308
• <i>Primärvårdsllyftet i underförsörjda landsbygdsregioner och urbana låginkomstområden</i>	316
• <i>Förstärk sjukvårdspolitikens demokratiska förankring</i>	324
Avslutande kommentar	329
Referenser	331
Kortfattad presentation av författarens professionella bakgrund	342

Inledning

VARFÖR DENNA BOK?

Det finns tre skäl till att jag skrivit *När sjukvården blev en marknad*:

1. *Ett dubbelt systemskifte pågår inom svensk sjukvård.* Detta skifte består dels av privatisering genom så kallade vårdvals-system, dels av alltmer marknadsorienterade styrsystem även inom den offentligt drivna vården. Konsekvenserna av dessa reformer ur ett medborgar- och patientperspektiv analyserades inte innan de genomfördes. Systemskiftet drevs – och drivs fortfarande – i stället främst av ideologiska förhoppningar och kommersiella intressen. Det finns därför ett stort behov av att undersöka om det senaste årtiondets genomgripande förändringar bidragit till eller motverkat svensk sjukvårds övergripande mål om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

2. *Möjligheterna att redovisa effekter av dessa systemskiften ur ett patient- och medborgarperspektiv har ökat under senare år.* Detta tack vare de utvärderingar och analyser som gjorts av myndigheter, forskargrupper och grävande journalister och genom rapporter från dem som arbetar i vården. Samtidigt präglas den vårdpolitiska debatten av en omfattande faktaresistens samt av kommersiella intressenters intensiva propaganda och

lobbyverksamhet. Det är därför viktigt att nu försöka främja en mer evidensbaserad vårdpolitik genom en sammanställning av vad vi faktiskt vet och inte vet när det gäller effekterna av dagens pågående systemskifte.

3. *Det saknas i dag tydliga framtidsalternativ till dagens marknads- och vinststyrda vård.* Detta trots att en stabil majoritet av medborgarna förordar en icke vinstdriven offentligt finansierad vård. Det finns därför ett stort behov av alternativa långsiktiga strategier och förslag som kan främja en framtida effektivare, bättre och jämlikare vård.

Pågående offentliga utredningar

Den rödgröna regeringen har – ofta i samråd med Vänsterpartiet – sedan valet 2014 initierat ett omfattande utredningsarbete med anknytning till effekterna av dessa ovannämnda vårdpolitiska systemskiften. De viktigaste utredningarna är:

– *Välfärdsutredningen* under ledning av Ilmar Reepalu som redovisat förslag till vinstbegränsning inom bland annat skola, vård och omsorg (SOU 2016:78). Regeringen (S + MP) har valt att lyfta bort hälso- och sjukvården ur den proposition baserad på denna utredning som presenterades under våren 2018. I stället har en ny utredning tillsatts när det gäller hälso- och sjukvård som fått namnet ”*Ordning och reda i vården*”.

– Utredningen *Ordning och reda i vården* (Regeringens kommittédirektiv 2017:128) som leds av Göran Stiernstedt och vars övergripande syfte är att ”säkerställa en jämlik vård för dem som har de största behoven”. Ett första delbetänkande

ska presenteras senast 15 juni 2018, och en slutrapport vara klar senast i juni 2019.

– Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (Regeringens kommittédirektiv dir 2017:24) som leds av Anna Nergårdh med uppgift att främja ”en modern, jämlik, tillgänglig, och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården”. Ett första delbetänkande (SOU 2017:53) publicerades i maj 2017, ytterligare en delrapport med en nationell plan för ökad närhet till patienten ska redovisas senast den 1 juni 2018 och en slutrapport presenteras senast 31 mars 2019.

– *Delegationen för tillitsbaserad styrning av vården* (Regeringens kommittédirektiv 2016:51) som leds av Laura Hartman med uppgift att bland annat föreslå alternativ till dagens new public management-inspirerade styrning av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. En delrapport avseende ersättningssystem redovisades den 16 juni 2017. En slutrapport för det ursprungliga uppdraget ska därefter läggas fram senast den 18 juni 2018. Det har också tillkommit ett tilläggsdirektiv för delegationen med fokus på projektbaserat stöd till myndigheter för utveckling av tillitsbaserad styrning, vars slutdatum för redovisning är satt till den 13 oktober 2019.

– *Utredningen om idéburna aktörer i välfärden*. Regeringen aviserar i juni 2018 en utredning för att tydligare avgränsa den idéburna sektorn från andra aktörer. Syftet med denna utredning är att definiera idéburna aktörer i välfärden, underlätta lagstiftning och bidragsgivning samt göra det enklare att ingå samverkansavtal mellan idéburna organisationer och primär-

kommuner/landsting. Ansvarig utredare är Samuel Engblom och uppdraget ska redovisas senast den 14 december 2019 (Dagens Samhälle nr 23 2018).

Elefanter i vårdpolitikens vardagsrum

Det kan tyckas onödigt att mitt i allt detta pågående utredningsarbete bidra med ännu en bok kring effekter och alternativ till de systemskiften som präglar dagens skattefinansierade vård.

Ett skäl till att trots allt göra just detta är att flera av dessa utredningar sannolikt kommer att presentera förslag till förbättringar och justeringar inom ramen för dagens marknadsorienterade och vinstdrivna vårdssystem. Vårdpolitiken kommer då att i hög grad handla om förbättringar som inte hotar kommersiella intressen och ekonomiskt mer privilegierade gruppers förmåner. De avgörande strukturella förändringar som krävs för en bättre och jämlikare vård riskerar då att bli till ”osynliga elefanter” vid analyser av dagens och utformningen av morgondagens vård. Det krävs därför en tydlig långsiktig utvecklingsstrategi som inriktas mot att reducera och om möjligt eliminera de kommersiella krafter som idag begränsar snarare än främjar en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Utan dessa nödvändiga strukturella förändringar är risken stor att till exempel förslag om ökade finansiella och personella resurser i stället kommer att innebära en faktisk förstärkning av ett allt ojämligare vårdssystem.

Förhoppningsvis kan denna bok även vara ett litet inspel till den vårdpolitiska och professionella debatt som kommer

att föras kring de analyser och förslag som redovisas bland annat i ovan nämnda utredningar. Detta gäller speciellt Göran Stiernstedts utredning ”Ordning och reda i vården” som har i uppdrag att bland annat belysa effekter av vårdvalsystem, sociala skillnader i vårdutnyttjande och vårdens styrformer.

BOKENS VÄRDEGRUND OCH DISPOSITION

Värdemässigt baseras bedömningar och förslag i denna bok på hälso- och sjukvårdslagens (HSL:s) övergripande mål om en behovsbaserad god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL) samt på de etiska principer som riksdagen fastställt för all offentligt finansierad vård: Bedömningarna av olika förslag och effekter utgår från ett befolknings- och patientperspektiv. Speciell uppmärksamhet ägnas det dubbla systemskiftets effekter utifrån ett socialt och geografiskt jämlikhetsperspektiv samt relaterat till HSL:s krav att ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.” (HSL §2).

Bokens tre huvudavsnitt:

Del 1 belyser hur det dubbla systemskiftet successivt utvecklats från 1970-talet till i dag samt ger en kortfattad beskrivning av de viktigaste metoderna, eller verktygen, som använts för att under denna period främja en ökad privatisering och marknadsorientering av den offentligt finansierade vården.

Del 2 redovisar det dubbla systemskiftets effekter ur ett medborgar- och patientperspektiv. Några av de centrala vårdpolitiska frågorna som belyses är hur den ökade privatiseringen och marknadsorienteringen förändrar vårdens:

- övergripande mål, etiska värderingar och rättsliga villkor
- geografiska och sociala fördelning
- upplevda och professionellt bedömda kvalitet
- kostnader och effektivitet
- demokratisk styrning och förankring.

Del 3 presenterar ett antal strategier och förslag för en bättre, jämlikare och mer kostnadseffektiv vård. Dessa förslag är i första hand relaterade till de effekter och problemområden som redovisas i del 1 och 2 av denna rapport. Flertalet förslag gäller primärvårdens framtida utveckling.

Denna bok fokuserar på effekter av och alternativ till sjukvårdens privatisering och marknadsorientering. Fokus ligger i hög grad på primärvården. Andra stora och viktiga policyfrågor som vårdens kompetensförsörjning samt vårdpersonalens arbetsvillkor och arbetsmiljö behandlas däremot inte. De kräver en helhetssyn och ingående analys som ligger utanför den avgränsning som här varit nödvändig. Boken tar – i likhet med bland annat Göran Stiernstedts utredning – inte heller upp tandvården, den kommunala hälso- och sjukvården och läkemedel.

TACK!

Bland de många inom Gemensam Vålfärd, Arenagruppen och S-föreningen Bättre och jämlik hälsa som bidragit med synpunkter och förslag i mitt arbete på denna bok vill jag särskilt tacka Kaj Essinger, Per Anders Flordal, Jan Halldin, Christer Hogstedt, Peter Lorentzon, Lisa Pelling, Lars Taxén och Gunnar Ågren. Samtidigt vill jag tacka Ingemar Lindberg för en inspirerande dialog kring många av de frågor som tas upp.

Ett speciellt tack också till min syster Margareta Dahlgren som korrekturläst och kommit med förslag till språkliga förbättringar.

Självklart svarar jag ensam för innehållet.

Stockholm i juni 2018

Göran Dahlgren

dahlgrengoran@hotmail.com

DEL 1

VÅRDENS SUCCESSIVA MARKNADSORIENTERING OCH PRIVATISERING

”Underskattningen av nyliberalismen
är ett av mitt livs största misstag.”

Ingvar Carlsson

i *Lärdomar – personliga och politiska* (2014)

Kapitel 1

Vägen mot en privatiserad sjukvårdsmarknad

PRIVATISERINGSPROCESSENS

FYRA FASER

Ett dubbelt systemskifte pågår inom den offentligt finansierade vården. Privata vinstdrivna vårdföretag står för alltmer av den offentligt finansierade öppenvården i de områden som erbjuder goda vinster. Samtidigt förväntas även offentliga vårdgivare i enlighet med den så kallade new public management-filosofin att i allt högre utsträckning agera som företag på en marknad. Denna utveckling mot en alltmer ekonomi- och vinststyrd vård har skett successivt sedan början på 1990-talet. Den ena fasen har öppnat upp för nästa. Det handlar om en långsiktig marknads- och privatiseringsstrategi som över tid genomförs i den takt de politiska maktförhållandena och opinionen medger.

I boken *Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare* (Dahlgren, G 1994) beskrivs följande förväntade privatiseringsprocess i fyra faser.

Den första fasen är ett vårdsystem som i huvudsak drivs av offentliga vårdgivare och finansieras av offentliga medel (skatter).

I den andra fasen införs konkurrens och så kallade beställarutförar-system. Detta öppnar dörren för privata vårdföretag till den lönsamma offentligt finansierade vårdmarknaden. Samtidigt utvecklas marknadsorienterade styrmedel och ersättningsystem för den offentligt drivna vården. De offentliga vårdgivarna ska nu – i likhet med de privata – finansiera sin verksamhet genom att sälja sin vård på en konkurrensutsatt vårdmarknad.

Den tredje fasen präglas av en kraftig ökning av antalet privatvinstdrivna vårdgivare, speciellt i storstädernas mer välbärgade områden. Dessa vårdföretag och deras ägare ökar nu också successivt sitt inflytande över vårdpolitiken samtidigt som den demokratiska styrningen av vården begränsas.

Den fjärde fasen innebär politiska krav på oförändrad eller lägre skatt samtidigt som vårdbehoven ökar vilket leder till en ökad privat finansiering av sjukvården. De allt fler privata vinstdrivna vårdgivare som etablerats under fas 2 och 3 är nu tillräckligt många för att kunna erbjuda en allsidig privat finansierad vård till de patienter som har en privat sjukvårdsförsäkring eller som har råd att betala kontant. De privata vårdföretagen ser – i motsats till offentliga vårdgivare – inga etiska problem med att ge förtur till dessa lönsamma patienter. Betalningsförmåga snarare än behov blir av allt större betydelse för vårdens prioriteringar. De sociala skillnaderna i tillgång till god vård som ökat redan under fas 2 och 3 växer nu snabbt. Höga patientavgifter omfördelar befolkningens bidrag till sjukvården från ekonomiskt resursstarka grupper med relativt små vårdbehov till låginkomstgrupper med stora vårdbehov.

Den faktiska utvecklingen har i stort följt denna privatiseringsprocess, framför allt inom primärvården. Privatiseringen går dock olika snabbt i olika landsting. Det beror dels på vilka partier som styr i landstinget, dels på vårdföretagens lönsamhetsbedömningar av olika områden. Det borgerligt styrda landstinget i Stockholm leder privatiseringsligan med ett stort utbud av privata vinstdrivna vårdcentraler och ett kraftigt ökat antal privata sjukvårdsförsäkringar. De befinner sig i fas 3 med "tentakler" in i fas 4. Landstingen norr om Dalälven är däremot vanligen i fas 2 med tentakler in i fas 3. Med facit i hand kan denna process mot en ökad marknadsorientering och privat drift av offentligt finansierad vård i dag konkretiseras genom följande vårdpolitiska nedslag under den senaste 50-årsperioden.

Kapitel 2

Den offentliga primärvården utvecklas (Fas 1)

Fram till början av 1970-talet fanns – i motsats till vad som var fallet i många andra västeuropeiska länder – ingen samlad offentlig primärvård i Sverige. Huvuddelen av den öppna vården bestod fram till dess ofta av offentligt anställda sjukhusläkare som på deltid drev en privat mottagning. De förslag om utveckling av en offentlig primärvård som bland annat Socialstyrelsen initierat redan i slutet av 1940-talet motarbetades effektivt, inte minst av många privatpraktiserande läkare. De såg en offentligt driven och finansierad primärvård som ett hot mot sin egen privata vinstdrivna vård.

I början av 1970-talet kommer dock till slut genombrottet för en offentligt finansierad primärvård genom den så kallade ”sjukronorsreformen”. Patienterna behöver nu inte längre betala privatpraktiserande läkare för att sedan få ersättning från försäkringskassan. I stället införs en låg patientavgift på sju kronor och läkare och annan vårdpersonal erhåller en fast anställning. En stark utvecklingsoptimism präglar utvecklingen av primärvården såväl i Sverige som internationellt under detta årtionde.

Den medicinska professionens och vårdorganisatoriska perspektiv styr i hög grad verksamheten. Möjligheterna att välja vårdgivare är begränsade. Man tillhör som patient ofta närmaste vårdcentral och sjukhus. Planeringen av vården liksom resursfördelningen mellan olika verksamhetsområden domineras i hög grad av kampen mellan olika professionella gruppers krav på resurser.

Den första långsiktiga nationella sjukvårdsplanen utarbetas ("Hälso- och sjukvård inför 80-talet"/HS-80). Ett centralt tema i denna strategi är en förstärkt primärvård.

Näringslivets och de borgerliga partiernas önskan om en ökad offentligt finansierad privat vinstdriven vård diskuteras redan under denna period men kommer aldrig högt upp på den sjukvårdspolitiska dagordningen. Detta är den offentliga vårdens årtionde.

VÅRDBEHOVEN I FOKUS

En ny hälso- och sjukvårdslag antas 1982 vars övergripande mål är en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen. Denna ramlags entydiga krav på en jämlik vård kommer också att präglade mycket av det utvecklingsarbete som bedrivs under 1980-talet.

Det tidigare isolerade "apparatperspektivet" på vården ersätts successivt av ett perspektiv som utgår från olika befolkningsgruppers vårdbehov. I slutet av 1980-talet sluts avtal mellan regeringen och dåvarande landstingsförbundet om ökade möjligheter för patienten att välja vårdgivare. Först inom det

egna landstingets primärvård, sedan som ett fritt vårdval i hela landet som – med remiss – även omfattar val av sjukhus.

Kraven på jämlikhet i vården betonas även i den nationella vårdpolitiska strategin ”Hälso- och sjukvård inför 90-talet”, ofta förkortad HS 90 (SOU 1984:39), som riksdagen antar 1984. Strategiska förslag är här bland annat att resursfördelning ska baseras på vårdbehov, att primärvården kraftigt ska förstärkas liksom vårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Hälso- och sjukvården ses som en viktig drivkraft i ett tvärsektorielt folkhälsopolitiskt jämlikhetsperspektiv.

Samtidigt skärps regleringen av den offentligt finansierade privata vården genom den så kallade ”Dagmarreformen”. Denna reform, som riksdagen också antar 1984, innebär att statens ersättning till landstingen som tidigare varit prestationsrelaterad övergår till ett samlat bidrag. Initialt är detta bidrag baserat på antalet invånare men från och med 1988 baseras dessa bidrag på en behovsbaserad modell som även väger in förväntade vårdbehov. Detta ger staten större möjligheter till en god kostnadskontroll samtidigt som det bidrar till minskande skillnader i vårdresurser mellan olika landsting. Dagmarreformen innebär vidare att läkare i allmän tjänst som på sin fritid önskar arbeta privat med ersättning från försäkringskassan måste ha tillstånd från respektive landsting.

Den behovsbaserade och jämlikhetsorienterade syn som fortfarande präglar sjukvården under detta årtionde är i många avseenden motsatsen till de marknadsorienterade ideal och de krav på avregleringar som i allt högre grad kännetecknar många

andra samhällssektorer under denna tidsperiod. Krav på en ökad marknadsorientering även inom sjukvården finns, men avvisas av ansvariga sjukvårdspolitiker (S). Dessa reformkrav baseras ofta på en växande kritik mot den offentliga vården. Den beskrivs som kostnadsdrivande ("den ofantliga sektorn"). Det hävdas att produktiviteten inom den offentliga vården är låg samt att konsumenterna (det vill säga patienterna) har alltför begränsade möjligheter att välja (privata) vårdgivare. Väntetider och köer till behandlingar inom den specialiserade vården ses dessutom som oacceptabelt långa. Det offentliga vårdssystemet är – som det ibland uttrycktes – inte i linje med den individualistiska tidsandan. Därför framförs allt oftare under slutet av 1980-talet krav på en radikal förändring – ett systemskifte inom vården präglad av marknadsorientering och ökad privat drift av offentligt finansierad vård.

Utan närmare analys sammanförs två olika ideologier i skiftet mellan 80-tal och 90-tal. Kravet att vården ska vara behovsbaserad förenas nu med en nyliberal marknadsideologi. Hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om en god behovsbaserad vård på lika villkor antas vara fortsatt vägledande även vid en ökad marknadsorientering och privatisering av den offentligt finansierade vården. Denna mix har stöd från såväl de borgerliga partierna som från vissa grupper inom det socialdemokratiska partiet. Ett marknadsorienterat systemskifte står inför dörren.

Kapitel 3

Sjukvården blir en marknad (Fas 2)

Den offentligt drivna vården marknadsorienterades under denna fas. Svenska vårdpolitiker reste framför allt till England för att se hur man kunde skapa en intern konkurrensutsatt vårdmarknad. Internationella experter varnade samtidigt för att kopiera dessa marknadsexperiment. De borgerliga partierna men även delar av socialdemokratin var överens om att en marknadsorientering krävdes för att öka kostnadseffektiviteten. En rad marknadsorienterade styrmedel infördes i den offentliga vården. De öppnade för viss privat drift av offentligt finansierad vård.

DET KRÄVS INGET SYSTEMSKIFTE!

Studieförbundet Näringsliv och Samhälle inbjuder i början av 1990-talet några av västvärldens ledande hälsoekonomer att analysera och bedöma läget inom den svenska sjukvården. Resultatet publiceras 1992 i boken *Svensk sjukvård – bäst i världen?* (Culyer, AJ 1992).

Samtliga inbjudna experter från Storbritannien, Kanada, Tyskland, Nederländerna och USA konstaterar att det inte

finns någon kris inom den svenska sjukvården. ”Sveriges problem har varken framstått så akuta eller så kroniska att det krävs radikala eller omedelbara ingrepp.” ”Den svenska modellen har vida omkring framhållits som ett exempel för resten av världen och i stort betraktas den fortfarande så.” Vad Sverige däremot har är en rad problem ”som uppträder i nästan alla i-länder. Dessutom har Sverige problemen i en form som ofta är mindre allvarlig än den man ser på andra håll och tyglar dem på ett sätt som tycks överlägset de metoder som förekommer i åtminstone vissa andra länder.”

Alla författarna pekar på att utgifterna för hälso- och sjukvård inte är utom kontroll. De ligger omkring 9 procent av BNP vilket ”är ungefär vad man skulle vänta när det gäller ett land med Sveriges inkomstnivå per capita”. Expertgruppen konstaterar vidare att de fått höra ett stort antal påståenden om låg produktivitet men inte sett några undersökningar som stödjer dessa. De betonar vidare att det finns goda skäl att beakta att de beställar-utförarsystem som planeras i Sverige redan har prövats i fem till tio år i bland annat Storbritannien och Nederländerna utan att där ha uppnått förväntade resultat när det till exempel gäller lägre kostnader. Fördelarna med dessa beställar-utförarsystem är enligt expertgruppens bedömning för närvarande ytterst teoretiska. Expertgruppen förvänas dessutom av att de som informerat dem om läget inom den svenska sjukvården inte tagit upp några erfarenheter och planer när det gäller hur man kan främja en god behovsbase-rad vård på lika villkor för hela befolkningen. ”Vi slogs alla av

att det inte fanns några uttalade och än mindre överenskomna uppfattningar om rättvisa i de diskussioner vi hade med dem som informerade oss.”

Sammanfattningsvis slår den internationella expertgruppen fast att ”den svenska modellen har vida omkring framhållits som ett exempel för resten av världen och i stort sett betraktas den fortfarande så” ... ”Vi kan inte hitta något fel på de principer som burit upp den svenska modellen i det förflutna”. Den svenska sjukvårdens problem har ”varken framstått så akuta eller kroniska att det krävs radikala eller omedelbara ingrepp”. Tvärtom betonar expertgruppen att det inte är ”mycket mening med att göra något förhastat när man kan lära sig en hel del genom att iaktta de mer radikala experiment som utförs på andra håll och genom att noga fundera över vad man försöker uppnå” (Culyer m.fl. 1992).

Dessa varningsord klingar dock ohörda bland de ansvariga svenska sjukvårdspolitiker som under 1990-talet initierar det marknadsorienterade systemskifte som öppnar dörren för ökad offentlig finansiering av privat vinstdriven vård.

Samma politiska dövhet finns också när det gäller att höra den kraftiga majoritet inom befolkningen som anser att offentligt finansierad vård ska drivas utan vinstsyfte. Mycket tyder på att det är de kommersiella intressenternas och konsultbolagens vision om att marknadsorientering och privatisering leder till en bättre och billigare vård som i stället främst får ett genomslag i den demokratiska beslutsprocessen. Förhoppningarna att dessa reformer ska bidra till en begränsning av sjukvårdens

ökande kostnader är sannolikt det viktigaste – om än ofta outtalade – skälet till det breda partipolitiska stöd som präglar detta systemskifte. Successivt ses en ökad marknadsorientering och privatisering av den offentligt finansierade vårdens drift som ”den enda vägen framåt” bland borgerliga men även bland många socialdemokrater. De som ifrågasätter denna utveckling beskrivs som bakåtsträvare.

NEW PUBLIC MANAGEMENT INFÖRS

Trots internationella varningssignaler och erfarenheter inför Sverige i högre grad än flertalet andra västeuropeiska länder de marknadsorienterade styrformer inom den offentliga vården som brukar betecknas som new public management (NPM). Denna managementideologi utvecklades av nyliberala forskare som Milton Friedman och tillämpades av politiker som Margaret Thatcher och Ronald Reagan.

I ett svenskt sjukvårdsperspektiv innebär denna form av ekonomistyrning stora förändringar. De offentliga vårdgivarna inom bland annat primärvården måste i enlighet med denna nya ideologi alltmer agera som kommersiella vårdföretag. De ska nu finansiera sin verksamhet genom att sälja sin vård på den interna vårdmarknaden. Lönsamhet blir därmed även inom den offentliga vården ett villkor för att driva verksamheten, trots att lönsamhet i sig inte är ett mål för den offentliga vården. Vårdpersonalen måste alltför ofta ”räkna pinnar” för att säkerställa tillräckligt med intäkter, snarare än att fokusera på vårdresultaten. Samtidigt tvingas läkare och annan vårdper-

sonal tänka i termer av lönsamma och olönsamma patienter. Lönsamma är de patienter vars vård innebär lägre kostnader för vårdgivarna än den genomsnittliga ersättning de erhåller från landstinget för olika insatser. Patienterna – som nu i allt högre utsträckning ses som kunder – vet däremot inte om de är lönsamma eller olönsamma.

NPM ställer omfattande krav på olika typer av utvärderingar och detaljkontroller. Dessutom förutsätts att all verksamhet inom vården – precis som i en industriprocess – kan kvantifieras, mätas och prissättas. Kvalitativa professionella bedömningar förekommer sällan medan lätt mätbara ekonomiska utfall – till exempel lönsamhet – ofta står i fokus. NPM-metoderna är dessutom standardiserade och ungefär samma modeller och principer gäller oberoende av om styrningen avser sjukvård, utbildning eller polisarbete (Dahlgren, G 2014 b.).

När NPM nu alltmer kommer att genomsyra svensk sjukvård upplever läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal ofta att dessa marknadsorienterade styrformer med sina krav på lönsamhet, uppföljning och detaljkontroll minskar utrymmet för självständiga professionella beslut. I många fall tvingar lönsamhetskraven vårdpersonalen att t.o.m. bryta mot såväl hälso- och sjukvårdslagens intentioner, som de etiska riktlinjer vilka fastställts av riksdagen för all offentligt finansierad vård.

Medborgarna får aldrig någon möjlighet att inom den demokratiska processen ta ställning till om de vårdcentraler och sjukhus vars verksamhet de finansierar via skatten bör drivas som företag på en vårdmarknad eller ej. Ur en demokratisk

synvinkel kan därför införandet av NPM inom den offentliga vården beskrivas som ett ”tyst systemskifte” trots dess stora vårdpolitiska betydelse.

BESTÄLLAR-UTFÖRARSYSTEM UTVECKLAS

New public management-filosofin får ett än tydligare organisatoriskt genomslag inom vården när flertalet landsting under 1990-talets första hälft inför någon form av så kallade beställar-utförar-system. Skillnaderna mellan olika landstings modeller betonas genom att de kallas Dalamodellen, Bohusmodellen, Stockholmsmodellen etc. I grunden är de dock alla kopior av de beställar-utförarsystem som införts fem-tio år tidigare i bland annat England och där ansvariga politiker delats upp i ”beställar-politiker” och ”utförar-politiker”, patienterna blivit ”kunder” och sjukvårdspersonalen ”producenter av vård”. Ersättningen till producenterna (vårdgivarna) följer här kundernas (patienternas) val av vårdgivare. Därmed skapas en bild av kunden (patienten) som köper vård på en vårdmarknad. Men det är en ovanlig kund eftersom hen varken behöver veta vad vården kostar eller vilken vård hen bör köpa. Det är ju landstinget som betalar och vårdproducenten/försäljaren av vård som bestämmer vilken vård kunden ska köpa (behöver).

Kravet på konkurrens mellan vårdgivarna öppnar samtidigt den offentligt finansierade vårdsektorn för privata vinstdrivna vårdföretag. Initialt beskrivs de nya offentligt finansierade privata vinstdrivna vårdcentralerna som ett komplement till den offentliga vården. Successivt kommer de i stället att helt domi-

nera utbudet av primärvård, framför allt i storstädernas lönsamma innerstadsområden.

Denna NPM-inspirerade och marknadsorienterade styrning av vården införs utan några ingående konsekvensanalyser. Reformerna införs också utan några större politiska åsiktskillnader. De borgerliga partierna är tillsammans med olika kommersiella intressenter pådrivande. Socialdemokraterna accepterar – ibland något motsträvigt – de nya styrformerna. Däremot skiljer sig de politiska motiven för dessa reformer delvis åt. Socialdemokraterna anser till exempel att beställarutförar-system ska bidra till att begränsa den medicinska professionens dominerande styrning av vården, samtidigt som vårdens demokratiska styrning därmed ska förstärkas. De borgerliga partierna ser snarare den konkurrensutsatta vården som en väg till ökad effektivitet och valfrihet genom en ökad offentligt finansierad men privat och vinstdriven vård.

INTÄKTSFINANSIERING ERSÄTTER RAMANSLAG

Det första marknadsorienterade systemskiftet innebär att formerna för ersättningen till de offentliga vårdgivarna förändras. Från att ha ersatts i huvudsak via årliga budgetar/ramanslag blir vården nu i allt högre grad intäktsfinansierad. De offentliga vårdgivarna måste – i likhet med de privata – i allt högre grad finansiera sin verksamhet genom att sälja sin vård på en konkurrensutsatt intern vårdmarknad. Lönsamhet – tillräckliga intäkter – blir som tidigare konstaterats även inom den

offentliga vården ett villkor för att kunna driva verksamheten. I praktiken blir lönsamhet därmed snarare ett mål än ett medel även inom den offentliga vården. Ett företagsekonomiskt lönsamhetstänkande normaliseras trots att lönsamhet aldrig angivits som ett mål för den offentligt finansierade vården.

Denna marknadsanpassning av ersättningen inom den öppna vården införs senare i hälso- och sjukvårdslagen, som slår fast att ersättningen från landstinget till utförare ska följa kundens (patientens) val av vårdgivare. Vidare betonas att ersättningen ska vara lika för alla vårdgivare. Därmed skapas ett ersättnings-system som passar vid en ökad marknadsorientering och vinstdriven privatisering av den offentligt finansierade vården.

ERSÄTTNINGSSYSTEM INOM PRIMÄRVÅRDEN

Det finns fyra principiellt olika metoder för ersättning till vårdgivare inom primärvården:

Anslagsfinansiering, det vill säga en politiskt beslutad fast budget som anger de ekonomiska ramarna för verksamheten. Den kan baseras på historisk resursförbrukning (förra årets anslag), bedömning av vårdbehov och/eller beräknade resursbehov för att uppnå vissa mål. Den behovsbaserade budgeten utvecklades under 1980-talet för att senare ersättas med ersättningssystem som bättre passar in i den nya marknadsorienterade och privat vinstdrivna vården.

Prestationsrelaterad ersättning baserad på till exempel antal besök hos läkare. Flertalet landsting har endast en mycket

liten andel av den totala ersättningen (2–10 procent) baserad på denna typ av prestationsersättning. Ett undantag är Stockholms läns landsting, där ersättningen per besök länge utgjorde 60 procent av den totala ersättningen till vårdgivare inom primärvården. Denna andel minskades sedan till 40 procent 2016.

Fast ersättning (kapitation) till exempel per listad patient vid en viss vårdcentral. Huvuddelen av den totala ersättningen till vårdgivarna – 70–100 procent – baseras på denna fasta ersättning, utom i Stockholm där andelen är mycket lägre.

Denna fasta ersättning är relaterad till förväntade vårdbehov. Alla landsting utom Stockholms läns landsting baserar denna ersättning på det totala förväntade vårdbehovet relaterat till ålder, utbildning/inkomst och eller tidigare sjukdomshistoria. I det borgerligt styrda landstinget i Stockholm ersätter man endast de högre vårdbehov som är relaterade till hög ålder men inte de ofta mångdubbelt större vårdbehov som finns bland låginkomsttagare jämfört med höginkomsttagare. Detta är inget annat än en medveten politisk diskriminering av låginkomsttagare som strider såväl mot hälso- och sjukvårdslagen som mot de etiska principer som riksdagen fastställt. Det leder till ökande klasskillnader i såväl vård som hälsa. En engelsk forskningsrapport visar att dödligheten ökar när man inte beaktar de sociala skillnaderna i ohälsa och vårdbehov vid fördelning av vårdresurser mellan olika områden (Barr, B m.fl. 2014).

Efter omfattande kritik infördes nyligen en viktad ersättning baserad på de större vårdbehov som finns bland personer som är födda utanför Europa (exklusive Nordamerika). Utomeu-

ropeiska låginkomsttagares större behov av vård beaktas således i dag (2018) vid fördelningen av primärvårdens resurser i Stockholms läns landsting. Det kan ses som ett steg i rätt riktning mot en mer behovsbaserad resursfördelning. Men att inte samtidigt beakta de stora socialt relaterade vårdbehoven bland dem som är födda i Sverige framstår som mycket märkligt. Det innebär ju att ersättningen till vårdgivarna ökas när de behandlar socialt relaterade vårdbehov hos patienter som är födda utomlands men inte när de socialt relaterade större vårdbehoven är knutna till patienter födda i Sverige. Den borgerliga majoriteten i Stockholms läns landsting visar genom detta ett sällan skådat ideologiskt motstånd mot att se och beakta de växande sociala skillnader i ohälsa och vårdbehov som präglar inte minst ett alltmer segregerat Stockholm.

Alla andra landsting och sjukvårdsregioner baserar som sagt i stället ersättningen per listad patient på förväntat totalt vårdbehov, vilket innebär att ersättningen är relaterad till såväl ålder som social bakgrund och/eller tidigare sjukdomshistorik. Den helt dominerande delen av ersättningen till vårdgivarna är en viktad ersättning per listad patient baserad på tidigare diagnosrelaterade vårdbehov (adjusted clinical groups – ACG) och/eller baserad på socialt relaterade vårdbehov (care need index – CNI). Andelen av ersättningen som baseras på socioekonomiska förutsättningar varierar mellan 3 och 30 procent (Sveriges Kommuner och Landsting 2012.)

Målrelaterad ersättning, det vill säga ersättning som utbetalas i relation till uppnådda resultat, utgör en mindre del

av ersättningen (1–6 procent) i samtliga landsting utom i Jämtland. I Västra Götalandsregionen hade man (2012) ett mycket stort antal mål (40 mål) liksom i Kronoberg och Sörmland (17 mål) samt i Stockholm (15 mål). Stimulanspengar för till exempel folkhälsoarbete ingår ofta i den målrelaterade ersättningen (Sveriges Kommuner och Landsting 2012).

ERSÄTTNINGSSYSTEM INOM SJUKHUSVÅRDEN

Ersättningen till vårdgivaren vid sjukhusvård kan baseras på en traditionell rambudget/anslag, en prestationsrelaterad ersättning baserad på genomsnittskostnaden för olika grupper av vårdinsatser eller på en kombination av bägge dessa system (disease related groups – DRG). Den senare modellen utvecklades ursprungligen för att få bättre kunskap om kostnaderna för olika vårdinsatser. Den har därefter ofta kommit att användas som bas för ersättning till vårdgivare. Detta har medfört att många vårdgivare försöker anpassa rapporter om diagnoser och bidiagnoser så att ersättningen ökar. Omfattningen av denna diagnosglidning är svår att klarlägga i efterhand för ansvariga myndigheter och lokala revisorer. En utveckling mot en anslags- snarare än prestationsbaserad ersättning har sannolikt bidragit till en minskning av detta lönsamma fusk.

Kapitel 4

Snabbast möjliga privatisering (Fas 3)

Ett övergripande mål för denna fas är att så snabbt som möjligt öka utbudet av offentligt finansierad privat vinstdriven öppenvård. Detta innebär att kravet på vinst i många fall överordnas befolkningens behov av vård. Utan vinst ingen vård. Vinsten blir samtidigt en allt viktigare ”styråra” inom den offentligt finansierade vården.

Den vårdpolitiska debatten under denna period handlar i hög grad om de offentligt finansierade vårdföretagens krav på vinst som beskrivs som en förlust av resurser avsedda för vård. De förslag som diskuteras täcker hela skalan, från att alla överskott ska återinvesteras till en vinstreglering som tillåter normala vinstnivåer men inte övervinster. Gemensamt för dessa förslag är parollen ”Pengar avsatta till vård ska gå till vård inte till ägarna av privata vårdföretag”.

Betydligt mindre uppmärksamhet ägnas till exempel effekterna av en vinstdriven vård i ett fördelningspolitiskt perspektiv.

De som förordar en ökad privatisering av den offentligt finansierade vården betonar däremot den vinstdrivna offentligt finansierade vårdens förväntade positiva effekter i form

av bland annat ökad tillgänglighet, valfrihet, vårdkvalitet och kostnadseffektivitet.

Det finns under denna period inga gränser för den offentliga finansieringen av privat vinstdriven primärvård. Det avgör vårdföretagen på basis av sina lönsamhetsbedömningar. Näringslivets vision är att nära nog all offentligt finansierad vård kan – och bör – drivas av privata vinstdrivna vårdgivare. Metoderna – verktygen – för denna privatisering omfattade allt från traditionell upphandling till nya metoder som ”vårdval” och ”offentlig–privat samverkan (OPS)”.

ALL VÅRD KAN PRIVATISERAS

Det andra stora systemskiftet inom hälso- och sjukvården initieras när den borgerliga regeringen inleder sitt åtta års långa regeringsinnehav 2006/07. Huvudsyftet med detta systemskifte är att privata vinstdrivna vårdföretag i allt högre grad ska ta över driften av offentligt finansierad vård. Eftersom en stor majoritet av svenska folket förordar att den offentligt finansierade vården inte ska vara vinstdriven undviker man att tydliggöra detta mål. I stället talar man om ökad mångfald, alternativa vårdformer och framför allt ökad valfrihet.

En avgörande drivkraft är givetvis de kommersiella vårdföretagen och deras företrädare inom bland annat Svenskt Näringsliv och Vårdföretagarna. De ser den offentligt drivna vården som ett hinder för att komma in på den lönsamma offentligt finansierade vårdmarknaden. I dåvarande Svenska Arbetsgivarförbundet's strukturrapport om *Företagarnas villkor* (2001)

hävdas till exempel att ”De främsta hindren för en bättre konkurrens i den svenska ekonomin utgörs av en för stor offentlig sektor med alltför omfattande verksamhet i egen regi”. Samtidigt konstateras att ”Marknadspotentialen för privata företag i nuvarande offentliga verksamheter är mycket stora. I princip kan allt utom myndighetsutövning konkurrensutsättas. En utbyggnad av så kallade kundvalssystem för offentliga tjänster, ökad offentlig upphandling av driftentreprenader – i stället för produktion i egen regi – och försäljning av offentligt ägda företag skulle bidra till en starkare och uthålligare tillväxt...” ”Inom landstingen uppskattas möjligheterna för konkurrensutsättning – privatisering – till cirka 90 miljarder kronor” (Thunhammar, G 2001).

Den borgerliga regeringen levererade under sina åtta år vid makten (2006–2014) med råge de reformer som näringslivet önskat för att öppna den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssektorn för privata vinstdrivna vårdföretag. Under denna period inleddes därmed en av de största vårdpolitiska strukturreformerna inom svensk sjukvård sedan sjukvårdsreformen i början av 1970-talet.

De viktigaste verktygen som används för att främja en ökning av den offentliga finansieringen av privat vinstdriven öppen vård var, och är:

- lagen om offentlig upphandling (LOU),
- lagen om vårdvalssystem (LOV),
- etableringsfrihet,
- offentlig–privat samverkan (OPS).

Kunskap om dessa privatiseringsverktygs konstruktion och vårdpolitiska betydelse är en förutsättning för att förstå deras effekter och för att kunna bedöma behoven av förändrade styrmedel i strävan efter en bättre och jämlikare vård.

KONKURRENS ÖPPNAR FÖR PRIVAT VINSTDRIVEN VÅRD

Nyckeln som öppnar dörren för de kommersiella vårdföretagen till den offentligt finansierade vårdmarknaden är utvecklingen av en konkurrensutsatt vårdmarknad. Initialt motiverades konkurrensen från ett fåtal privata vårdföretag med att de förväntades höja såväl den offentligt drivna vårdens produktivitet som dess effektivitet. Med ett ökat antal privata vinstdrivna vårdföretag kom i stället konkurrens att alltmer bli ett viktigt verktyg för att främja en fortsatt privatisering. Detta skedde dels genom att utestänga offentliga vårdgivare från att konkurrera med privata vinstdrivna vårdföretag, dels genom att driva en konkurrens på olika villkor mellan privata och offentliga vårdgivare. Samtidigt beskriver olika kommersiella intressenter den offentligt finansierade vården som ett hinder för en effektiv konkurrens. Något tillspetsat kan man därför säga att politiska beslut om konkurrensutsättning öppnade dörren för de privata vinstdrivna vårdföretagen till en lönsam offentligt finansierad vårdmarknad. Därefter begränsade man möjligheterna för offentliga vårdgivare att kunna konkurrera om uppdrag. Konkurrens blir därmed i praktiken ett verktyg för att främja en snabb vinstdriven privatisering och en snabb

ökning av andelen vinstdriven vård, framför allt inom den offentligt finansierade primärvården.

LAGEN OM OFFENTLIG UPPHANDLING (LOU)

Vid en vanlig upphandling bedömer den upphandlande myndigheten vilket av flera anbud som är bäst. Priset brukar här vara en avgörande faktor, speciellt när det är svårt att bedöma skillnader i kvalitet för olika anbud. Denna priskonkurrens antas minska beställarens kostnader för en viss vara eller tjänst.

Upphandling av privata tjänster och varor regleras av lagen om offentlig upphandling (LOU). Denna lag baseras i hög grad på EU:s upphandlingsdirektiv. I Sverige har i stort sett samma regelverk tillämpats för upphandling av hälso- och sjukvård som vid upphandling av varor och tjänster på den vanliga kommersiella marknaden.

EU:s nya direktiv (2014/25/EU) ger – under förutsättning att principer om öppenhet och lika behandling är säkerställda – ett större utrymme för medlemsstaterna att anta förenklade regler för upphandling av sociala tjänster av ”icke ekonomiskt intresse”. Ett antal länder, bland annat Finland, har med hänvisning till detta nya EU-direktiv skapat speciella regler för välfärdstjänster inklusive hälso- och sjukvård. Sverige har dock valt att behålla i stort sett samma regler för upphandling av sjukvård som för alla andra varor och tjänster. Detta begränsar möjligheterna att ställa specifika välfärdspolitiska krav vid upphandling av privat vinstdriven vård. Ett omfattande arbete pågår dock för att bättre kunna utnyttja upphand-

lingsinstrumentet för att gynna till exempel innovationer och kvalitetsutveckling.

Upphandling enligt LOU förutsätter att beställaren entydigt och i detalj kan beskriva inte bara omfattningen av, utan också kvaliteten på den vård han önskar upphandla. När det gäller till exempel förplanerade enklare operationer är detta vanligen möjligt. Däremot är det mycket svårare att skriva kvalitetsssäkrade heltäckande avtal, till exempel vid upphandling av akutsjukhus och primärvård. Ett ofullständigt avtal ger de privata vårdföretagen stora möjligheter att kunna hitta ”kryphål” utan att för den skull formellt bryta mot det ingångna avtalet och att därmed också kunna öka sin vinst på patienternas och skattebetalarnas bekostnad.

Avknoppning

Avknoppning innebär en ”direktupphandling” där de anställda vid till exempel en offentligt driven vårdgivare utan konkurrens tar över verksamheten i privat regi (i aktiebolagsform). Vissa landsting som Stockholms läns landsting gav ett omfattande stöd för att främja denna form av privatisering. De anställda fick då köpa till exempel den offentliga vårdcentral där de var anställda till ett pris som låg långt under marknadsvärdet. Denna form av icke konkurrensutsatt och kraftigt subventionerad privatisering ledde till ett antal nya små privata vinstdrivna vårdföretag speciellt i Stockholmsregionen. Flertalet av dessa små företag köptes sedan efter en relativt kort tid upp av de stora vårdföretag som dominerar den svenska vårdmarknaden.

Denna form av privatisering till icke marknadsmässiga priser upphörde sedan det konstaterats att den var olaglig. Statskontoret slog 29 april 2008 fast att avknoppningarna var olagliga men den borgerliga regeringen fortsatte likafullt att uppmana till dem ett halvår senare i budgeten för 2009.

Utmaningsrätt

En annan metod för att privatisera offentligt finansierad vård var den så kallade "utmaningsrätten". Den innebär att privata företag kan "utmana" offentligt driven vård om de är intresserade av att överta driften för till exempel en offentligt driven vårdcentral. Utmaningen lämnas in till den instans som ansvarar för verksamheten. Accepteras den genomförs därefter en upphandling enligt LOU. I praktiken har dock denna företagsstyrda form för att initiera en privatisering av offentligt driven vård hittills haft mycket begränsad betydelse inom hälso- och sjukvårdssektorn.

LAGEN OM VALFRIHETSSYSTEM (LOV)

Lagen om vårdvalssystem (LOV) är en av de största vårdpolitiska förändringarna som genomförts inom den öppna vården. Denna lag trädde i kraft 2009 (SFS 2008:962) och blev obligatorisk inom primärvården 2010.

Idén med valfrihetssystem

Valfrihetssystem – ofta kallat vårdvalssystem, vårdval eller kundvalssystem – brukar tillskrivas den amerikanske national-

ekonomen Milton Friedman. Ett huvudsyfte med LOV inom sjukvården är att öka utbudet av offentligt finansierad privat vinstdriven öppenvård.

Lagen om valfrihetssystem påverkar inte – som man skulle kunna tro av namnet – rätten att välja vårdgivare. Det fria vårdvalet är detsamma före och efter det att denna lag trädde i kraft. Däremot kräver LOV en ny marknadsorienterad typ av styr- och ersättningssystem inom vården (SOU 2018:55). LOV förväntas öka tillgängligheten, stärka patienternas inflytande samt öka den offentliga finansieringen av privat vinstdriven vård. Dåvarande landstingsrådet Filippa Reinfelt (M) betecknade vårdvalet som den kanske ”enskilt viktigaste reformen som hänt hälso- och sjukvården i vår tid (anförande i landstingsfullmäktige nr 206 år 2012). Hon hävdade vidare att denna ensidiga prioritering av privat vinstdriven vård inte handlar om ”vem som driver verksamheten” den ”handlar om etableringsfrihet” ... ”och om god konkurrens, vilket ger tillgänglighet, kvalitet, ökad valfrihet och egenmakt” ... till medborgarna, patienterna, skattebetalarna” ...

Priskonkurrens ersätts med obefintlig kvalitetskonkurrens

I ett vårdvalssystem garanteras *alla* vårdgivare som uppfyller de av landstinget uppställda kraven en offentlig finansiering av sin verksamhet. Dessa krav anges i ett förfrågningsunderlag. Detta är en avgörande skillnad mot traditionell upphandling enligt LOU där landstinget jämför de vårdföretag som konkurrerar

om ett visst uppdrag och väljer det företag som man bedömer är bäst/billigast. Genom införandet av LOV kan landstinget inte längre bestämma hur många nya privata vinstdrivna vårdcentraler som ska etableras trots att de fortfarande finansierar verksamheten. Detta bestämmer i stället de vinstdrivna vårdföretagen själva utifrån sina individuella lönsamhetsbedömningar.

En annan viktig skillnad mellan LOU och LOV är att kontraktet vid traditionell upphandling är tidsbegränsat (vanligen till 3–5 år). Därefter sker en ny upphandling eller också övergår verksamheten till att drivas i offentlig regi. De privata vinstdrivna vårdföretag som erhåller offentlig finansiering av sin verksamhet i ett valfrihetssystem har däremot ett icke tidsbegränsat kontrakt.

I ett vårdvalssystem finns inte heller – som vid en vanlig upphandling enligt LOU – någon priskonkurrens mellan olika vårdföretag. Alla vårdgivare erhåller samma av landstinget fastställda pris. Upphandling som ett sätt att pressa priser finns därför inte i vårdvalssystem. Detta innebär att ett av de starkaste skälen för en konkurrensutsatt upphandling – att pressa priset – har övergivits för att öka utbudet av offentligt finansierad vinstdriven vård.

I stället för priskonkurrens förväntas vårdgivarna i ett valfrihetssystem konkurrera om patienterna genom kvaliteten på den vård de erbjuder. Det empiriska underlaget saknas för att bedöma om, och i vilken utsträckning, denna kvalitetskonkurrens finns i verkligheten. Allt talar dock för att denna kvalitetskonkurrens sannolikt är mycket svag, i många fall på gränsen till obefintlig.

LOV infördes utan några konsekvensanalyser

Inga professionella analyser av vårdvalssystemets effekter ur ett vårdpolitiskt perspektiv ingick i beredningen av vårdvalsreformerna. Förhoppningen om att vårdvalssystemen bidrar till en snabbare och för vårdföretagen lönsam privatisering av den offentligt finansierade vårdens drift har sannolikt bedömts som tillräckligt underlag för att fatta beslut om denna reform. Den presenterades sedan som en lag för ökad valfrihet.

Flera tunga remissinstanser inklusive Sveriges Kommuner och landsting (SKL) kritiserade den borgerliga regeringen för denna brist på konsekvensanalyser. Den borgerliga regeringen replikerade då att det var landstingens ansvar att själva göra denna analys innan man beslutade att LOV skulle införas.

Kort därefter beslutade regeringen dock att alla landsting enligt lag måste införa LOV i primärvården. Landstingen som huvudmän och finansärer av primärvården fick därmed aldrig någon möjlighet att själva analysera konsekvenserna av LOV ur ett patient-, befolknings- och finansiellt perspektiv innan de enligt lag blev tvungna att införa detta system.

LAGEN OM OBLIGATORISKA VÅRDVALSSYSTEM I PRIMÄRVÅRDEN

Lagen om obligatoriska vårdvalssystem i primärvården trädde i kraft 2010. Den innebär att alla landsting och sjukvårdsregioner måste införa vårdvalssystem i primärvården. I praktiken är detta att likställa med en tvångslag för ökad privatisering. Sjukvårdshuvudmännen måste enligt denna lag alltid med

förtur finansiera de privata vinstdrivna vårdföretagens verksamhet (vård) innan de – om det finns några resurser kvar – kan bygga ut den offentligt finansierade primärvården. Sedan denna ”tvångs-LOV” infördes 2010 har nästan alla nyetabletrade vårdcentraler varit privata och vinstdrivna.

Landstingen och sjukvårdsregionerna var med något undantag emot denna lag, som de ansåg var en inskränkning av det kommunala självstyret. Detta innebär inte att de var emot vårdvalssystem. De ville däremot själva kunna bestämma om denna typ av styrmedel skulle införas i det egna landstinget och sjukvårdsregionen eller ej.

Efter regeringsskiftet 2014 tog regeringen (S + MP) 2015 fram ett förslag som syftade till att avveckla ”tvångs-LOV” inom primärvården. Landstingen skulle enligt detta själva kunna avgöra om de önskade införa LOV. De borgerliga partierna och Sverigedemokraterna stoppade detta förslag genom ett riksdagsbeslut den 5 mars 2015.

Regeringen beslöt då att Valfärdsutredningen – med uppdrag att föreslå former för vinstreglering inom den offentligt finansierade välfärden – skulle utreda ”tvångs-LOV”. I direktiven (Regeringens kommittédirektiv 2015:22) ges Valfärdsutredningen i uppdrag att ”föreslå hur regleringen kan ändras så att landstingen inte ska vara skyldiga att ha vårdvalssystem i primärvården, men med bibehållen möjlighet för patienterna att enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) välja utförare av offentligt finansierad öppenvård”. Utredaren (Ilmar Reepalu) ska klarlägga ”om valfrihetssystem enligt lagen (2008:962)

om valfrihetssystem kan anses utgöra tillstånds- eller auktorisationssystem” enligt 2014 års upphandlingsdirektiv. Denna del av utredningsuppdraget skulle redovisas senast den första november 2015.

De borgerliga partierna hotade då med en mistroendeförklaring i riksdagen mot ansvarig minister (civilministern Ardalan Shekarabi) om regeringen inte lyfte bort detta uppdrag ur Valfärdsutredningens direktiv. Detta är ett av riksdagens skarpaste vapen mot en regering, och har tidigare endast använts vid ett fåtal tillfällen i frågor som bedömts ha mycket stor betydelse. Röstar en majoritet i riksdagen för en mistroendeförklaring innebär det med få undantag att ansvarig minister avgår. Regeringen valde mot denna bakgrund att ta bort uppdraget att utreda en avveckling av kravet på obligatoriska vårdvalssystem inom primärvården i alla landsting och sjukvårdsregioner från Valfärdsutredningens direktiv.

Denna politiska hantering av det obligatoriska vårdvalets vara eller icke vara visar med all önskvärd tydlighet hur viktigt det är för de borgerliga partierna och Sverigedemokraterna att fortsätta tvångsprivatisera primärvården.

Vårdvalet öppnar för fristående privata digitala vårdföretag

Vårdvalssystemen inom primärvården har också öppnat upp för en automatisk offentlig finansiering av de så kallade digitala vårdgivare vars verksamhet särskilt under de allra senaste åren växt explosionsartat. Stora digitala vårdföretag som ”Kry”

och ”Din doktor” har till exempel knutit sin digitala verksamhet till en vårdcentral inom vårdvalssystemet i Jönköpings läns landsting. Affärsidén med dessa digitala vårdföretag är att läkare utan att på plats träffa och undersöka en patient via telefon eller nätet ska ställa diagnoser, skriva ut recept (inklusive antibiotika), remittera patienter till andra vårdgivare och ge underlag för beslut om sjukskrivning. Denna uteslutande digitala vård är offentligt finansierad från landstingen. En debatt om nivån för ersättningen till de digitala vårdföretagen liksom om patientavgiftens storlek har förts på central nivå. Detta har lett till en sänkning av den ursprungliga ersättningen samt till en rekommendation att patientavgiften inte bör vara lägre än 100 kronor per kontakt.

Motsvarande debatt om den digitala vårdens kvalitet ur ett patientsäkerhetsperspektiv har dock hittills varit mycket begränsad. Detta trots att det saknas evidens som visar om och när enbart digital vård kan ersätta vanliga konsultationer där läkaren till exempel kan undersöka en ömmande fot, ta blodtrycket och använda sitt stetoskop. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har vidare valt att inte ta upp den anmälan som hänvisar till en utvärdering gjord av Region Jönköpings län. Detta trots att denna utvärdering visar att andelen feldiagnoser vid digital vård är hög och att det finns en tendens hos dessa vårdgivare till överföreskrivning av antibiotika (Dahlgren, G m.fl. 2017). IVO har sedan denna anmälan lämnades utan åtgärd angivit som ett av sex prioriterade riskområden för nationellt samordnade tillsynsinsatser under 2018 till 2020 ska

vara ”personer som utsätts för risker kopplade till nätbaserade vårdtjänster och välfärdsteknik” (SOU 2018:55).

I direktiven till utredningen ”Ordning och reda i vården” (Regeringens kommittédirektiv 2017:128) har regeringen dock anlagt ett bredare vårdpolitiskt perspektiv på denna verksamhet genom att betona vikten av att även så kallade nätdoktorer tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I detta ansvar ingår exempelvis förebyggande folkhälsoarbete, forskning och utbildning av personal (Regeringens kommittédirektiv 2017:128). Detta är troligen omöjligt i en enbart digital, vinst- och efterfrågestyrd vård. Direktiven kan därför ses som en signal att den offentliga finansieringen av denna verksamhet bör begränsas eller helt upphöra. Om en sådan avveckling aktualiseras är det viktigt att samtidigt betona betydelsen av att vidareutveckla digitala vårdkontakter som är integrerade med – utgör ett komplement till – vanliga fysiska vårdbesök.

De fristående digitala vårdföretagen begränsar dessutom möjligheterna till kontinuitet i vården då man inte kan lista sig vid ett digitalt fristående vårdföretag eftersom de endast kan erbjuda en del av en normal primärvårdsservice. Samtidigt minskar möjligheterna till en helhetssyn och kontinuerlig kontakt vid vanliga fysiska vårdcentraler när deras patienter delvis utnyttjar de digitala vårdgivarnas tjänster. Det har vidare ifrågasatts om den fristående digitala läkare är en rationell användning av knappa läkarresurser när de främst behandlar lätta fall som ibland kunnat besvaras av andra personalkategorier.

Den nuvarande i stort sett oreglerade utvecklingen av fristående digitala vårdbesök är mycket snabb. Vårdappen ”Min doktor” har sedan starten 2013 haft 250 000 besök och det andra stora rent digitala vårdföretaget ”Kry” som startade 2015 anger att man haft 350 000 besök som lett till läkarkontakt. (DN Tema vård 2 juli 2018) I Region Jönköpings län där en privat vinstdriven vårdcentral inom vårdvalet initialt varit den viktigaste basen för fristående digitala vårdföretag ökade utomlänsvården mellan mars 2017 och mars 2018 med omkring 300 procent. Samtidigt utgör de fristående digitala vårdbesöken endast 1,6 procent av fakturerade besök (SOU 2018:55).

De som utnyttjar de fristående digitala vårdgivarna är främst de som bor i storstadsregionerna Stockholms län, Västra Götaland och Skåne. Av de drygt 50 kommuner där minst 2 procent av invånarna har gjort ett digitalt besök under 2017 är över 45 belägna i dessa regioner (SOU 2018:55)

VALFRIHETSSYSTEM INOM DEN ÖPPNA SPECIALISTSJUKVÅRDEN

Valfrihetssystem har även införts inom den öppna specialistsjukvården. Den borgerliga regeringen stimulerade under sin tid vid makten landstingen genom ett relativt omfattande finansiellt stöd – närmare 200 miljoner kronor 2012 och 2013 – för att de skulle införa vårdvalssystem även inom den öppna specialistsjukvården. Om man inte på frivillig väg genomförde detta, hotade den borgerliga regeringen med att – på samma sätt som redan skett inom primärvården – införa en lag som

gjorde det obligatoriskt att införa vårdvalssystem även inom den öppna specialistsjukvården. Effekten av detta hot blev inte stor. Flertalet landsting avstod helt från att införa vårdvalssystem, medan andra endast införde det inom ett eller två specialinområden. Ett skäl till detta motstånd var att vårdvalssystem inom specialistvården var starkt kostnadsdrivande. Regerings-skiftet 2014 medförde därefter att detta hot inte längre kunde verkställas.

Den borgerliga majoriteten i Stockholms läns landsting följde dock den borgerliga regeringens rekommendation med råge och hade våren 2018 inrättat 37 vårdval i den öppna specialistsjukvården, vilket kraftigt ökat kostnaderna för denna typ av vård. Uppsala och Skåne har inrättat 12 vårdvalssystem medan övriga landsting inrättat några få eller inget utöver det obligatoriska vårdvalet inom primärvården (SOU 2018:55).

Ett speciellt problem med vårdvalssystem inom den öppna specialistvården i Stockholm är att många specialister här valt att arbeta inom dessa nya vårdvalssystem i stället för på ett sjukhus. Detta har kraftigt försvårat möjligheterna att utbilda läkare och annan kvalificerad medicinsk personal.

Inom den öppna specialiserade somatiska vården gjordes knappt 21 miljoner patientbesök 2016. Av dem var drygt 4 miljoner besök hos privata vårdgivare, vilket motsvarar 21 procent av samtliga besök (SOU 2018:66).

Inom den specialiserade psykiatriska vården gjordes 5 miljoner patientbesök 2016 varav 1 miljon (20 procent) var hos privata vårdgivare (SOU 2018:55).

LAGEN OM LÄKARVÅRDSERSÄTTNING (LOL)

LOL – eller nationella taxan som den vanligen kallas – tillkom 1994. Sedan 1995 har LOL i princip varit stängd för nyetableringar men sedan 2009 är det tillåtet att överlåta sin etablering till högstbjudande kollega. 841 läkare var 2017 anslutna till den nationella taxan av totalt 41 848 läkare. De flesta läkare på den nationella taxan arbetar som egna företagare eller som anställda i Praktikertjänst AB. Den ekonomiska ersättningen är prestationsbaserad utifrån varje patientbesök med gruppering i enkla, normala och särskilda arvoden. När den sammanlagda ersättningen når upp till en viss nivå under ett kalenderår reduceras ersättningen. Läkare inom LOL får inte samtidigt arbeta för landstinget eller inom vårdvalet (Svenska Privatläkarföreningen 2016). Nästan alla läkare på den nationella taxan är verksamma i Stockholms läns landsting, Region Skåne eller Västra Götalandsregionen.

ETABLERINGSFRIHET

Etableringsfrihet ses som en del av vårdvalssystemen trots att det varken finns angivet i lagen om valfrihetssystem eller i lagen om obligatoriska valfrihetssystem inom primärvården. Etableringsfriheten innebär att vårdvalssystemet ger vinstdrivna vårdföretag rätt att förlägga offentligt finansierad vård där det är lönsammast, utan hänsyn till befolkningens olika vårdbehov i olika områden.

Landstingen måste dessutom som tidigare konstaterats först säkerställa finansieringen av dessa privata vinstdrivna vård-

givare innan de – om det finns resurser kvar – kan lokalisera offentliga vårdcentraler där behoven av en förstärkt primärvård är störst. Detta leder i samverkan med etableringsfriheten till en alltmer ojämlig vård vilket strider mot hälso- och sjukvårdslagens krav att den offentligt finansierade vårdens resurser ska fördelas efter behov.

I praktiken innebär vårdval med etableringsfrihet att landstinget vid privat drift varken kan styra omfattningen eller lokaliseringen av den vård de finansierar med skattemedel. Samtidigt kvarstår landstingens odelade ansvar gentemot medborgarna för en offentligt finansierad vård där vinstintressen överordnas befolkningens vårdbehov.

I ett internationellt perspektiv är vårdvalssystem med etableringsfrihet för offentligt finansierade privata aktörer mycket ovanligt (Anell 2011). Den demokratiska förankringen när det gäller denna kommersiella styrning av skattefinansierad vård torde dessutom vara mycket begränsad. Om man skulle fråga dem som finansierar vården – det vill säga medborgarna – om vården bör lokaliseras efter befolkningens behov av vård eller utifrån de privata vårdföretagens möjligheter till maximal vinst lär svaret vara ganska givet. Man betalar ju skatt för att vid behov ha tillgång till en bra sjukvård, inte för att optimera vårdföretagens vinster.

STARTLAG FÖR PRIVATISERING AV OFFENTLIGA SJUKHUS

Den borgerliga majoriteten i Stockholms läns landsting privatiserade i slutet av 1990-talet S:t Görans akutsjukhus i Stockholm - Riskkapitalbolaget Bure övertog då driften av sjukhuset. Den dåvarande socialdemokratiska regeringen saknade nära nog helt en policy när det gällde sjukvårdens privatisering. Frågan hade inte ens analyserats i utredningen om hälso- och sjukvård inför 2000 (HSU 2000/SOU 1999:66) eftersom den socialdemokratiska ledningen inte önskade en konflikt med de borgerliga partierna.

Privatiseringen av S:t Görans sjukhus ledde inom regeringskansliet till en offentlig utredning (SOU 2003:23) som föreslog att driften av den högspecialiserade sjukhusvården inte fick privatiseras, och att andra offentliga sjukhus endast får övertas av sådana privata vårdgivare som uteslutande tillhandahåller vård som finansieras av landstinget.

2006 fattade riksdagen beslut i enlighet med 2003 års förslag med tillägget att endast privata icke vinstdrivna vårdgivare kunde tillåtas överta driften av offentliga sjukhus. Dessa icke vinstdrivna företag kunde till exempel vara aktiebolag med särskild vinstutdelningsbegränsning, så kallade SVB-bolag. Aktieägarna i dessa bolag kan som mest erhålla en utdelning som motsvarar statslåneräntan plus två procentenheter. Vinsten/överskottet i övrigt ska återinvesteras i verksamheten.

2007 upphävdes denna så kallade ”stopplag” av den borgerliga regering som tillträdde 2006, samtidigt som man i stället

införde en ”startlag” för privat drift av offentligt finansierade sjukhus. Den innebär att driften av alla typer av offentliga sjukhus kan överföras till kommersiella vårdgivare. Startlagen har dock inte inneburit någon ytterligare privatisering av något större offentligt sjukhus under perioden 2007–2017. Det har dock funnits förslag från bland annat Folkpartiet/Liberalerna inom Stockholms läns landsting om att privatisera fler offentliga akutsjukhus som Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och/eller Södertälje sjukhus. Dessa förslag har dock förblivit försöksballonger från enskilda partier som aldrig konkretiserats i faktiska förslag. Ett skäl till denna tveksamhet från det borgerliga blockets sida är sannolikt den opposition som finns bland allmänheten mot vinstdriven vård. Det är dock sannolikt att ett antal offentliga akutsjukhus kommer att privatiseras före 2022 om den borgerliga alliansen och Sverigedemokraterna vid 2018 års val får majoritet både i riksdag och i något/några storstadslandsting/regioner.

Regeringen (S + MP) lade i april 2017 ett förslag till riksdagen (proposition 2016/17:167) om att driften av universitetssjukhus och sådan verksamhet som sorterat under universitetssjukhus sedan 2007 inte får överföras till kommersiella vårdgivare. Alla andra typer av offentliga sjukhus kan således enligt denna proposition privatiseras i enlighet med den borgerligt initierade ”startlagens” intentioner. Detta är den mest privatiseringsinriktade vårdpolicy som Socialdemokraterna förordat under de senaste 20 åren och dessutom motsatsen till den stopplag som S-regeringen drev igenom för drygt tio

år sedan. De borgerliga partierna i riksdagen avskog regeringens förslag.

Fortsatt privat drift av Capio S:t Görans sjukhus

Vid en ny upphandling (2014) gällande driften av S:t Görans sjukhus vann Capio AB över ett annat privat vinstdrivet vårdföretag. Alternativet att återföra S:t Görans sjukhus till offentlig drift uteslöts, liksom möjligheten för offentliga sjukhus att kunna konkurrera med privata vårdföretag. En fortsatt privat drift av S:t Görans sjukhus var således det enda tänkbara valet för den borgerliga majoriteten i Stockholms läns landsting.

Den 30 juni 2015 introducerades Capio AB på börsen. De två riskkapitalbolagen Nordic Capital och Apex behöll aktiemajoriteten. Skandinaviska Enskilda Banken (SEB) och 4:e AP-fonden blev andra ägare till större aktieposter.

Ett skäl till denna börsintroduktion var troligen att regeringens utredning om vinstbegränsningar i välfärden har minskat möjligheterna att med god vinst sälja offentligt finansierade vårdföretag till andra riskkapitalbolag.

Detta minskade intresse bland riskkapitalbolag för att köpa bland annat vårdföretag återspeglas också i kraftigt minskande köp av olika typer av så kallade välfärdsbolag. 2010 köpte olika riskkapitalbolag svenska företag inom vård, skola och omsorg för 7,5 miljarder kronor. 2013 hade deras köp av denna typ av välfärdsbolag minskat till 59 miljoner. Verkställande direktören för Svenska Riskkapitalföreningen Isabella de Feudis konstaterar också att vård, skola och omsorg ”inte är en sektor som attraherar i dag” (*Dagens Samhälle* 2015:17).

Tidpunkten för en börsintroduktion av Capio AB var samtidigt mycket lämplig. Börskurserna har generellt sett stigit med 30 procent mellan hösten 2013 och juni 2015. ”Detta goda börs-klimat har fått investerarna att simma som hungriga hajar kring i stort sett alla bolag som listas” (*Affärsvärlden* 2015:24).

OFFENTLIG-PRIVAT SAMVERKAN (OPS)

Offentlig-privat samverkan (OPS) inom vården innebär att landstinget vid en offentlig upphandling ger ett företag eller konsortium i uppdrag att finansiera och bygga ett sjukhus, samt att under längre tid sedan ansvara för viss service vid detta sjukhus. Det innebär att landstinget köper ett sjukhus på avbetalt där avbetalningstiden ofta är 30–40 år.

Den engelska beteckningen för OPS är PPP (public-private partnership). De internationella erfarenheterna rent generellt av PPP inom olika samhällsområden är att denna form av samverkan mellan offentliga organ och kommersiella företag vanligen är dyrare än traditionell upphandling. Företagen kräver högre vinster samtidigt som transaktionskostnaderna är mycket höga. De långa avbetalningsperioderna låser samtidigt handlingsutrymmet för framtida investeringar (Satoko, K m.fl. 2017).

Ett aktuellt exempel på OPS är byggandet och viss drift av Nya Karolinska sjukhuset (NKS) i Solna. Den borgerliga majoriteten i landstinget valde denna finansieringsform trots varningar såväl från borgerliga politiker som från oppositionen. Erfarenheterna från bland annat Storbritannien visade

också på riskerna med denna typ av offentlig– privat samverkan. Kostnaderna blir mycket högre än vid en vanlig entreprenadupphandling eftersom den ränta som privata företag måste betala på de lån som krävs för bygget är betydligt högre än den ränta som ett landsting behöver betala för motsvarande lån. Dessutom saknades konkurrens vid denna rekordstora upphandling. Endast Skanska tillsammans med det engelska riskkapitalbolaget Innisfree visade något intresse för detta uppdrag. Detta ökade givetvis också risken för onödigt höga kostnader. Trots att dessa negativa effekter och risker var väl kända innan man beslutade genomföra denna OPS-upphandling genomfördes den likafullt. Av ideologisk övertygelse snarare än som ett resultat av professionella konsekvensanalyser. Detta är väl dokumenterat bland annat i boken *Sjukt hus: globala miljardsvindlerier från Lesotho till Nya Karolinska* av SvD-journalisterna Henrik Ennart och Fredrik Mellgren (Ennart, H & Mellgren, F 2017)

BORGERLIGT "NEJ" TILL REGLERING AV VÅRDMARKNADEN

Den nya regering (S + MP) som tillträdde efter valet 2014 har på olika sätt försökt reglera den nya vårdmarknaden. De borgerliga partierna som tillsammans med Sverigedemokraterna innehar en riksdagsmajoritet har dock satt stopp för detta, antingen genom hot om misstroendevotering mot ansvarig minister eller genom att rösta emot de förslag som lagts fram. I praktiken har detta inneburit att de strategier för vår-

dens marknadsorientering och privatisering som den borgerliga regeringen initierade under sin regeringstid i stort sett levt vidare också under S-MP-regeringens fyra år fram till de allmänna valen den 9 september 2018. Direktiven till de vårdpolitiska utredningar som S-MP-regeringen – ofta med aktivt stöd från Vänsterpartiet – initierat, tydliggör emellertid en politisk vilja att främja en behovsstyrd snarare än vinststyrd offentlig vård.

Kapitel 5

Ökad privat finansiering (Fas 4)

Inget politiskt parti förordar i dag (2018) öppet en ökad privat finansiering av vården. Däremot innebär fortsatta skattesänkningar ökade svårigheter att via skatter också framgent finansiera de allt större behov av vård som följer av en allt större andel äldre, patienternas högre krav på service, vårdpersonalens krav på högre löner samt förbättrade medicinska möjligheter att behandla olika sjukdomar. Dessa ökande behov av finansiella resurser till vården kommer sannolikt att kräva skattehöjningar även om fler arbetar längre innan de går i pension. En central fråga för samhället att ta ställning till blir då om den nuvarande bedömningen, där en snabbt växande privat konsumtion prioriteras högre än ökade resurser till skola, vård och omsorg, ska fortsätta att gälla.

Förutsättningarna för en ökad privat finansiering av vården påverkas också – som tidigare noterats – av omfattningen privata vinstdrivna vårdgivare. En hög andel kommersiellt driven vård öppnar på ett helt annat sätt sina portar för privat finansierade patienter än offentliga vårdgivare. Denna koppling mellan privat drift och privat finansiering förnekas ofta av dem som förordar en ökad offentlig finansiering av privat

vinstdriven vård. Den nuvarande utvecklingen där allt fler har en privat sjukvårdsförsäkring – i dag omkring 650 000 – visar dock betydelsen av att försäkringsbolagen kan hänvisa personer som har en försäkring till olika privata vårdgivare. Det privata vårdgivarna kan ju – i motsats till offentliga vårdgivare – ge förtur till privat finansierade patienter. Skillnader mellan privat och offentlig drift i detta avseende kan illustreras med att privat finansierade patienter i dag kan erbjudas vård på Capio S:t Görans privat drivna sjukhus men knappast på offentligt drivna sjukhus som Södersjukhuset.

Den politiska viljan och förmågan att reglera den privata marknaden för sjukvårdsförsäkringar är också av strategisk betydelse vid en bedömning av utvecklingen när det gäller hur stor andel av de totala vårdkostnaderna som kommer att utgöras av offentlig respektive privat finansiering. En begränsning av möjligheterna att ta en privat försäkring som täcker den vård som redan erbjuds inom den offentligt finansierade vården – som till exempel i Kanada – minskar givetvis kopplingen mellan privat drift och privat finansiering av vården. Inga regleringar av denna typ har genomförts i Sverige. Däremot har S-MP-regeringen beslutat förmånsbeskatta de privata sjukvårdsförsäkringar som anställda erhåller från arbetsgivaren. Samtidigt får de arbetsgivare som erbjuder sina anställda en privat sjukvårdsförsäkring rätt att göra avdrag för denna kostnad. De borgerliga partierna motsätter sig en förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar och förordar samtidigt att företagen får göra avdrag när de erbjuder anställda en privat

sjukvårdsförsäkring. Trots att de officiellt förordar en offentlig finansiering av vården anser de således att staten bör främja en expansion av privata sjukvårdsförsäkringar.

Vid bedömningen av en ökad andel privat finansiering via högre avgifter är den centrala frågan fördelningspolitisk. Höjda patientavgifter vid ett oförändrat vårdutnyttjande innebär nämligen att betalningsbördan ökar kraftigt för sjuka, äldre, kvinnor, och låginkomsttagare medan den i stället minskar för friska, yrkesverksamma, män och höginkomsttagare. Samtidigt innebär ökade krav på privat finansiering att många inte längre har råd att över huvud taget efterfråga den vård de behöver. I de debatter om sjukvårdens finansiering som förts har sällan dessa sociala fördelningseffekter tydliggjorts. I stället har det hävdats att vi inte längre har råd med en oförändrat hög andel offentligt finansierad vård när kostnaderna för vården ökar. Den privata finansieringen måste öka eftersom det är uteslutet att höja skatten. I klartext innebär detta att man anser att låginkomsttagare med stora vårdbehov skulle ha råd att betala mycket mer medan yrkesverksamma manliga höginkomsttagare inte har det. Det blir ju konsekvensen av en ökad privat finansiering via högre patientavgifter. Samtidigt blundar man för att många låginkomsttagare med stora vårdbehov inte kommer att ha råd att betala för den sjukvård de behöver. Liknande fördelningseffekter uppstår vid en ökad andel privata sjukvårdsförsäkringar där premien är relaterad till förväntat behov av vård. Ju större risk för ohälsa och behov av vård, ju högre premie. Redan sjuka och äldre kan vanligen inte ens teckna en privat sjukvårdsförsäkring – de är för olönsamma.

Risken att andelen privat finansierad vård ökar finns både vid en borgerlig och vid en socialdemokratisk regering. Den är dock som störst vid en moderatledd borgerlig regering vars ambition vanligen är att sänka skatten och öka privatiseringen. Det krävs därför kraftfulla insatser för att begränsa den vinstdrivna privatiseringen av vårdens drift och finansiering redan i fas 3.

Om så inte sker kommer marknadskrafter och vinstintressen att driva in vården i fas 4. Därmed omvandlas i detta scenario den traditionella svenska – nordiska – vårdmodellen till ett kommersialiserat vårdsystem som präglas såväl av höga totala kostnader som en mycket ojämlig vård. En tudelad vård växer fram där de som har råd att köpa eller erbjuds en privat sjukvårdsförsäkring finansierar en allt större del av sina vårdbehov via denna privata försäkring för att få snabbare och bättre vård än inom den offentligt finansierade vården. Allvarligt sjuka och äldre saknar ofta möjligheter att teckna privata sjukvårdsförsäkringar – deras vård kostar för mycket vilket hotar försäkringsbolagens lönsamhet. Genetiska tester kommer dessutom att bli vanligare för att avslöja – och utesluta – sannolikheten för ärftliga sjukdomar. Det blir samtidigt allt svårare att säkerställa tillräckliga resurser via skatteuttag för den offentligt finansierade vården. De privatförsäkrade blir allt mindre benägna att betala dubbelt, det vill säga både via försäkringspremier för den privat finansierade vård de utnyttjar allt mer och via skatt till den offentligt finansierade vård de utnyttjar allt mindre. Detta driver fram högre patientavgifter som leder

till att allt fler inte har råd efterfråga den vård de behöver. De otillfredsställda vårdbehoven växer bland resurssvaga grupper med stora vårdbehov.

Det finns många likheter med denna utveckling av ett alltmer kommersialiserat vårdssystem och USA:s extremt dyra och ojämlika vårdssystem. Det betyder inte att Sverige får detta av alla bedömare ansett som helt dysfunktionella system. Däremot innebär det att svensk sjukvård rör sig i den riktningen och – om motåtgärder inte vidtas – får många av de brister och problem som i än högre grad präglar USA:s marknadsorienterade vårdssystem. Okontrollerade höga kostnader, stora sociala och etniska skillnader i vårdens tillgänglighet. Allt fler har inte råd att efterfråga den vård de behöver samtidigt som allt fler drabbas av stora ekonomiska problem när de tar stora lån eller barskrapar familjens finansiella resurser när de drabbas av kostsamma sjukdomar.

Detta innebär en utveckling mot en fas 4 och 5 som med alla medel måste stoppas. Det kan inom den svenska sjukvården fortfarande ske i fas 2 och 3. Det är nu möjligheterna finns. I fas 4 är det mycket svårt och i fas 5 ännu svårare – ofta omöjligt. Det visar inte minst erfarenheterna från USA. Trots en stark politisk vilja misslyckades president Clintons reformförsök och alla de kompromisser som präglade Obamacare illustrerar denna typ av marknadsorienterade vårdsystems irreversibilitet.

DEL 2

EFFEKTER AV DET DUBBLA SYSTEMSKIFTET

”Ju längre ett samhälle fjärrar sig
från sanningen desto mer kommer de
att hata dem som talar sanning.”

George Orwell
Orwell on truth (2017)

Kapitel 6

Systemskiftets två ”synvänder”

Systemskiftet inom vården handlar i hög grad om att förändra befolkningens, patienternas och vårdgivarnas syn på vården. Det gäller att normalisera en marknadsorientering av vården där patienten blir kund. Detta är en ekonomisering av vården där de privata vinstdrivna vårdföretagens normer är utgångspunkten. De kommersiella intressen och politiska partier som driver dagens vinstdrivna systemskifte inom vården har i detta avseende varit mycket framgångsrika. Ordet ”reform” betyder i dag vanligen ökad marknadsorientering och privatisering och de som kritiserar dessa ”reformer” ses ofta som bakåträvarer. De utredningar som ligger till grund för vårdens långsiktiga utveckling utgår – med undantag för Välfärdsutredningens förslag om vinstreglering – från att expansionen av den öppna vården sker inom ramen för dagens marknadsorienterade och alltmer privatiserade vinstdrivna vårdssystem. Utveckling av den offentliga och privata icke vinstdrivna vården som ett alternativ till den vinstdrivna ses inte längre som en möjlighet.

Samtidigt hävdas ofta att det inte spelar någon roll om vården drivs i offentlig eller privat regi, bara den är av bra kvalitet.

Argumentet låter intuitivt rimligt, och slutsatsen blir då att fokus i stället helt ska riktas mot vårdinsatsernas kvalitet, samt att debatten om vinstdriven vård är ett ”felspår”. En lite närmare analys visar emellertid att det inte räcker med att fokusera på vårdinsatsernas kvalitet. Man måste också beakta de skiften i synsätt, de synvändor som en övergång från offentlig till privat vinstdriven vård innebär när det gäller den offentligt finansierade vårdens mer grundläggande värderingar och juridiska regelverk.

DEN IDEOLOGISKA SYNVÄNDAN - FRÅN BEHOVSSTYRD TILL VINSTSTYRD VÅRD

Vård efter behov

Hälso- och sjukvårdslagen är helt glasklar. Behovet av vård ska styra all offentligt finansierad vård, och ges på lika villkor för hela befolkningen. De med störst behov ska prioriteras före dem med ett mindre vårdbehov. De etiska principer som riksdagen 1997 fastställde för svensk sjukvård är lika glasklara. All offentligt finansierad vård – oberoende av om den drivs i offentlig eller privat regi – ska tillämpa följande etiska principer:

– *Människovärdesprincipen* – det vill säga att alla människor har lika värde och lika rätt till vård oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

– *Behovs- och solidaritetsprincipen* – som slår fast att vårdbehov ska styra fördelningen av sjukvårdens resurser, och att de med stora vårdbehov därför ska prioriteras före dem med

små vårdbehov. Akut livshotande sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar ska ges högst prioritet.

– *Kostnads- och effektivitetsprincipen* – det vill säga att man vid val mellan olika åtgärder beaktar relationen mellan kostnad och förbättrad hälsa/livskvalitet.

Tillämpningen av dessa prioriteringsprinciper ska ske i ovan angiven ordning. Det innebär att ”människovärdesprincipen” är överordnad ”behovs- och solidaritetsprincipen” som i sin tur är överordnad ”kostnads- och effektivitetsprincipen”. ”Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till, eller försämrar kvalitén av vården av de mest behövande” (Riksrevisionen 2014:22).

I förarbetena till denna etiska plattform betonades vidare att den bland annat skulle bidra till att säkerställa vård för de svårast sjuka som dessutom ofta har de minsta möjligheterna att själva kräva rätten till vård efter behov.

En etisk kompass i enlighet med dessa riktlinjer måste följaktligen finnas på alla nivåer inom vården, inklusive på den politiska nivån. Denna kompass visar om färdriktningen överensstämmer med de grundläggande värderingar som ska präglade all offentligt finansierad vård. Det finns dock en tendens att etik inte uppfattas ”som en fråga för makthavarna utan” (enbart) ”för de professionella yrkesgrupperna i vårdens praktik” (Falkenström, E och Höglund, A.T. 2017). Konsekvensen av detta blir alltför ofta en vårdpolitik i strid med de etiska principer som riksdagen själv fastställt.

Det finns dessutom en tendens att i praktiken glida i tolkningen att hälso- och sjukvårdslagens målsättning om jämlik

vård innebär att man alltid i praktiken ska sträva mot en jämlik vård. I dag finns ofta en motsatt tendens. I vissa fall negligerar man kravet på jämlik vård. I andra fall hävdar man att andra mål som valfrihet och kostnadseffektivitet är viktigare. I Stiernstedts utredning antar man att ”vid någon gräns anses antagligen ojämlikheten vara för stor för att accepteras” (SOU 2018:55).

Läkarsällskapets ordförande Stefan Lindgren konstaterar också att denna etiska plattform i flera avseenden inte har efterlevts inom hälso- och sjukvården. ”Vi klarar inte att ge sköra, multisjuka äldre och andra patientgrupper med långvariga komplexa behov en vård med kontinuitet och samordning. Det finns få exempel på politiska beslut med öppna prioriteringar, bortval eller andra begränsningar av åtaganden inom den offentligt finansierade vården. Politiker på olika nivåer inför inte sällan styr- och organisationsmodeller som implicit innebär avsteg gentemot den beslutade prioriteringsordningen.” Det bör därför ”ställas skarpa krav på reformer och nya styr- och organisationsmodeller som införs” Det måste ”finnas en konsekvensanalys för hur prioriteringsprinciperna beaktas” (*Dagens Samhälle* 2/11 2017).

Denna typ av konsekvensanalyser görs sällan eller aldrig trots att hälso- och sjukvårdslagens mål och den etiska plattform som riksdagen fastställt ska gälla för all offentligt finansierad vård oberoende av om den drivs i offentligt eller privat regi. Det borde givetvis innebära att också den offentligt finansierade vård som drivs av privata vårdföretag ska styras mot

samma mål och etiska principer som gäller för den offentliga vården. Detta borde i sin tur innebära en anpassning av den offentligt finansierade vinstdrivna privata vården till de normer och regelverk som gäller för den offentliga vården. I det pågående systemskiftet inom vården är utvecklingen snarast den motsatta. Den dominerade trenden är att den offentligt drivna vården ska anpassa sin verksamhet efter de privata vårdföretagens normer och ersättningsprinciper.

Mot denna bakgrund är det inte förvånande att den borgerliga regeringen under perioden 2006–2014 övervägde en revidering av de etiska principer riksdagen fastställt för vården 1997. Berörda instansers nära nog enhälliga stöd för att behålla de av riksdagen redan fastställda principerna gjorde dock att regeringen valde att släppa detta förslag.

Under samma regeringsperiod initierade den borgerliga regeringen däremot ett arbete för att ta fram en helt ny etisk plattform som explicit fokuserade på etiska principer för offentligt finansierad privat vinstdriven vård. Uppslutningen kring denna idé var stor och omfattade såväl offentliga myndigheter, SKL och fackliga organisationer som representanter för kommersiella vårdgivare. Trots statligt finansiellt stöd och stora ambitioner har ännu (våren 2018) ingen ny etisk plattform presenterats. Ett skäl är sannolikt svårigheter att utforma etiska principer som inte hotar kommersiella intressen och som samtidigt överensstämmer med de av riksdagen redan beslutade etiska principerna för offentligt finansierad vård.

Vinststörd vård

Det överordnade målet för privata vårdföretag är optimal vinst. Det är fastställt i aktiebolagslagen. Detta gäller oberoende av om vården är finansierad med skattemedel eller privat. Samma, eller än skarpare krav, på vinst gäller för de vårdföretag som inte är börsnoterade och som ägs av olika riskkapitalbolag. Den helt avgörande iden med privat vinstdriven vård är i ett ägarperspektiv att den ska ge god återbäring – vinst – på insatt kapital. Utan vinst – eller med för låg vinst – ingen verksamhet. Vinsten är enkelt uttryckt det övergripande och därmed avgörande målet för verksamheten. Vården blir därmed vinststörd.

Kravet på vinst innebär en avgörande förändring också i synen på vården. I en offentligt driven vård är de tillgängliga finansiella resurserna ett medel för att uppnå målet om en god och jämlik vård för hela befolkningen. På den kommersiella vårdmarknaden blir tvärtom vården ett medel för att uppnå målet om optimal vinst till ägarna.

Vinstmöjligheterna blir därför ett viktigt styrmedel – en ”styråra” – vid privat vinstdriven vård. Ur ett kommersiellt perspektiv är detta både självklart och helt okontroversiellt. Ur ett vårdpolitiskt perspektiv talar man sällan om hur vinstintressena styr den offentligt finansierade vård som drivs av privata vinstdrivna vårdföretag. Vinsten som styrmedel ingår ofta inte ens i beskrivningar av hälso- och sjukvårdens styrmedel. Denna tendens att inte se vinst och lönsamhetskrav som delar av vårdens styrsystem tycks bland annat finnas i Göran Stiernstedts utredning: ”Det är i princip inte möjligt att sepa-

rat behandla frågan om eventuella problem knutna till vinst innan utredningen tagit ett helhetsgrepp kring styrning och ersättningssystem” (SOU 2018:55). I den vårdpolitiska debatten har man initialt fokuserat på vinsten som förlust av vårdresurser. Detta kan ha bidragit till att mindre uppmärksamhet ägnats åt effekterna av en vinststyrd vård ur ett patient- och befolkningsperspektiv. Under senare år har dock vinsten som ”styråra” uppmärksammats alltmer genom krav på att ”vinstjakten” i vården måste upphöra. I direktiven till den utredning som Göran Stiernstedt leder ingår också att lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården (2018:55).

I ett kommersiellt perspektiv kan hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om en god vård på lika villkor för hela befolkningen därför endast beaktas när det kan förenas med en optimal vinst till vårdföretagarnas ägare. Det innebär att principen om vård efter behov ersätts av vård efter lönsamhet. På systemnivå påverkar detta lönsamhetstänkande bland annat vårdens lokalisering utformning och de generella prioriteringar som görs mellan olika patientgrupper. Det finns samtidigt en tendens att främst prioritera endast en del av efterfrågan – den som är lönsammast – även om de största vårdbehoven finns bland de patienter vars efterfrågan på vård i ett företagsekonomiskt perspektiv är olönsam.

I en vinststyrd vård är det också naturligt att kommersiella vårdföretag dessutom prioriterar onödiga vårdinsatser om de bara är lönsamma.

Den osynliga plånboken stur

Denna vinststyrda marknadsideologi är motsatsen till en behovsstyrd vård. I den behovsbaserade vårdmodellen finns ingen koppling mellan hur mycket man betalar och vilken vård man får. Befolkningen bidrar finansiellt efter förmåga och får tillgång till vården efter behov. Denna solidariska finansiering av en behovsstyrd vård har ett mycket brett folkligt och politiskt stöd inte enbart inom det rödgröna blocket utan även inom de borgerliga partierna.

I den vårdpolitiska debatten betonas också ofta att plånboken inte får styra vem som får vård eller vårdens kvalitet. Den solidariska skattefinansieringen av vården har setts – och ses fortfarande – som något av en garant för denna grundprincip.

Vårdföretagens krav på vinst undergräver emellertid just denna grundprincip. På den nya vårdmarknaden köper kunden (patienten) sin vård med hjälp av en vårdpeng på en konkurrensutsatt vårdmarknad. Denna vårdpeng är ofta baserad på en beräknad genomsnittskostnad för vårdinsatsen. Patienter som vårdgivaren bedömer kommer att kosta mer än detta genomsnittspris blir då olönsamma medan de som kostar mindre blir lönsamma patienter. Ett vårdföretag vars överordnade mål är optimal vinst försöker givetvis i enlighet med detta prioritera de patienter som kostar mindre att behandla än detta genomsnittspris och undvika de patienter som kostar mer. Ett samband mellan vårdpengens storlek och vårdens inriktning och omfattning har därmed etablerats, trots att vården är solidariskt finansierad. Skillnaden mot en vanlig

köp-sälj-relation på en kommersiell marknad är att kunderna (patienterna) varken vet hur mycket de med sin ”vårdpeng” kan betala eller vad den vård de behöver kommer att kosta. Kunderna (patienterna) kan med andra ord sägas bära med sig en ”osynlig plånbok” vars köpkraft och lönsamhet endast vårdgivarna kan se. Den ”osynliga plånbokens tjocklek” avgör således om vårdgivaren anser att olika patientgrupper är lönsamma eller olönsamma.

Effekten påminner om hur den vanliga synliga plånbokens tjocklek inom den privat finansierade vården styr vårdens prioriteringar – ju större köpkraft/betalningsvilja och ju mindre vårdbehov desto högre lönsamhet och prioritering av patienten.

Liknande, men mindre starka tendenser finns inom den intäktsfinansierade offentligt drivna vården, där de offentliga vårdgivarna finansierar sin verksamhet genom att sälja vård på den konkurrensutsatta interna vårdmarknaden.

Olika etiska värderingar inom offentlig och privat vinstdriven vård

Den viktigaste etiska skillnaden mellan en behovsstyrd och en vinststyrd vårdmarknad är att den kommersiella marknaden helt saknar jämlikhetsmål. Marknadskrafterna genererar tvärtom ökad ojämlikhet. Det är erfarenhetsmässigt svårt – ofta omöjligt – att på en kommersiell vårdmarknad reglera vinstdrivna vårdföretags verksamhet så att de uppfyller de skarpa jämlikhetskrav som anges i hälso- och sjukvårdslagen och de etiska principer som riksdagen fastställt. Kraven på lön-

samhet och vinst innebär att man styrs av möjligheterna till vinst och inte av befolkningens behov.

Detta gäller till exempel synen på att ge förtur – öppna en gräddfil – till offentligt finansierade sjukhus för privatfinansierade patienter. Ett offentligt finansierat och offentligt drivet sjukhus skulle i dag knappast ge någon förtur till patienter som betalar ur egen ficka eller via en privat sjukvårdsförsäkring. Om någon försökte köpa sig snabbare och/eller bättre vård med hjälp av en privat betalning skulle det sannolikt betraktas som ett försök till muta. Om samma person däremot gick till ett annat offentligt finansierat men privat drivet sjukhus skulle man – om det vore lönsamt – välkomna och ge denna patient förtur (om inte avtalet med landstinget explicit förbjöd detta).

Det politiska valet om huruvida den skattefinansierade vården ska drivas av privata kommersiella vårdföretag eller av icke vinstdrivna offentliga och privata vårdgivare innebär således i praktiken både ett val mellan olika övergripande vårdpolitiska mål och ett val mellan olika grundläggande etiska principer.

DEN JURIDISKA SYNVÄNDAN – FRÅN VÅRDPOLITISKA TILL KOMMERSIELLA LAGAR

Sveriges Kommuner och Landsting konstaterar i en rapport (2011d) att ”Övergången till en marknadsorienterad verksamhet där en större del av tjänsteproduktionen förutsätts kunna utföras av privata företag innebär att privaträttsliga regler får en allt större betydelse. Skillnaden gentemot den traditionella

förvaltningsmodellen är så pass stor att det är motiverat att tala om ett juridiskt systemskifte.”

I denna rapport redovisas bland annat följande, ur ett vårdpolitiskt perspektiv viktiga rättsliga skillnader vid en övergång från offentlig till privat drift:

Landstingets möjligheter att störa den verksamhet de finansierar begränsas.

Vid offentlig drift har landstingen ”både formella och informella möjligheter att forma verksamheten mot bakgrund av antagna mål och riktlinjer samt medborgarnas krav på service och behov av skydd för sina medborgerliga rättigheter.

Vid privat drift av offentligt finansierad vård saknas däremot såväl den formella som den informella möjligheten att löpande och direkt kunna påverka vårdgivaren. Styrningen sker här i stället uteslutande genom de villkor och krav som finns i entreprenadkontraktet. Den privata vårdgivaren är i dessa fall således ”landstingets motpart i en kommersiell avtalsrelation” där det kommersiella vårdföretagets ”strävan är och måste vara att (åtminstone på sikt) driva en lönsam rörelse.” Vårdföretaget kan inte förutsättas ta några andra än affärsmässiga hänsyn”, eftersom ”Aktiebolagsrättens regler om styrning bygger på att verksamheten är underordnad bolagets vinstsyfte”. Detta är en grundläggande skillnad mot styrningen av offentligt driven vård som enligt kommunallagen är uppbyggd ”efter principen om den medborgarstyrda förvaltningen”.

Landstinget ansvarar gentemot medborgarna även för privat vinstdriven vård

”Landstingets inflytande (insyn, styrning och kontroll) kan bli försvagat om inte verksamheten längre drivs i egen regi.”

Trots det har landstinget vid en övergång till privat vinstdriven drift ”kvar huvudmannaskapet och därigenom också kvar det yttersta ansvaret för verksamheten”.

”Det är landstinget, inte det privata vårdföretaget som inför medborgarna ansvarar för till exempel den privat drivna vårdens tillgänglighet och kvalitet.”

En privatisering av vården innebär således att landstinget fortfarande har ett ansvar inför medborgarna när det gäller till exempel utbudet och lokaliseringen av offentligt finansierade privata vårdcentraler. Detta gäller även inom vårdvalssystem där möjligheterna till vinst styr såväl de kommersiella vårdgivarnas utbud som lokalisering av dessa offentligt finansierade vårdcentraler.

Olika konsekvenser vid konkurs respektive underskott

Om ett privat vinstdrivet sjukhus eller en vårdcentral vars verksamhet är offentligt finansierad kommer på obestånd kan de till skillnad från en offentligt driven verksamhet gå i konkurs. Landstinget har då ansvar för att säkerställa att de patienter som drabbats av konkursen får tillgång till en god vård hos en annan vårdgivare. Privatisering innebär således att landstinget förutom att driva verksamhet i egen regi dessutom måste kunna fungera som ett säkerhetsnät när lönsamheten inte är

tillräcklig vid privata vinstdrivna vårdenheter. Detta innebär förutom oro och besvär för patienterna kostnader som i dag enbart bärs av det offentliga.

Medborgarnas möjligheter att överklaga beslut minskar

”Varje medlem i en kommun eller ett landsting har rätt att få lagligheten av kommunens eller landstingets beslut prövad genom att överklaga dem hos förvaltningsdomstolen (kommunalbesvär).

Beslut som fattas av privata företag kan inte bli föremål för laglighetsprövning enligt kommunallagen.”

Meddelandefrihet och yttrandefrihet begränsas

Kommun- och landstingsanställda har såväl meddelandefrihet som yttrandefrihet enligt tryckfrihetsförordningens och yttrandefrihetsgrundlagens bestämmelser. ”Huvudregeln är att den som är anställd i kommun eller landsting fritt kan uttala sig i massmedia. Kommunen eller landstinget får inte efterforska vem som har lämnat meddelandet.”

Det privata företaget kan däremot i avtal med de anställda begränsa deras möjligheter att uttala sig i medier. Här har rättsskyddet dock nyligen stärkts i och med den lag om särskilt skydd mot repressalier för den arbetstagare som slår larm om allvarliga missförhållanden som trädde i kraft 1 januari 2017 (SFS 2016:749).

Det privata företagets personal har inte heller någon grundlagsenlig yttrandefrihet i fråga om företagets interna förhållanden.

Offentlighetsprincipen gäller ej vid privat drift

Arkivlagen säkerställer allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar.

Vid privat drift av offentligt finansierad vård gäller inte offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Regeringen (S + MP) tillsatte (3/9 2015) en särskild utredare som ska "lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i privat utförd offentligt finansierad vård och omsorg" ... "eller hur insynen i verksamheten på annat sätt kan öka". Utredningen resulterade i att de privata aktörerna bland annat nu blir skyldiga att registrera sina handlingar och att skyndsamt utlämna dessa enligt samma principer som gäller för myndigheter (Regeringens kommittédirektiv 2015:92). Resultatet av denna utredning redovisas i SOU 2016:62.

Beredningen av vårdpolitiska beslut kan osynliggöras

Vid offentlig drift är beslutsprocessen reglerad i lag. "Ärenden som ska avgöras av fullmäktige måste enligt 5 kap 26 § kommunallagen beredas av den ansvariga nämnden eller av en fullmäktigeberedning."

"I aktiebolagen finns ingen motsvarighet till kommunallagens beredningstvång."

”Ledande tjänstemän hos det privata företaget till exempel en verkställande direktör kan fatta beslut som i kommuner/landsting normalt endast kan fattas av den ansvariga nämnden” (SKL 2011b).

**Offentligt finansierad privat driven vård
är skyddad mot oförutsedda nedskärningar**

Förutom juridiska skillnader som de ovan konkretiserats i skriften från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL 2011d) innebär privat drift förändringar också ur ett rent planeringsperspektiv. När till exempel oväntade besparingskrav uppstår hos kommuner och landsting på grund av minskade skatteintäkter måste besparingarna helt läggas på den offentligt drivna vården om det innebär kontraktsbrott att förändra de ekonomiska villkoren för de privata vårdgivarna.

**Bindande krav på kollektivavtal saknas
vid privat driven vård**

En annan skillnad är att det inte finns något krav på kollektivavtal inom privat skattefinansierad verksamhet. En statlig utredning har ”haft i uppdrag att analysera hur uttryckliga krav på villkor enligt kollektivavtal kan föras in i de nya kommande upphandlingslagarna”. I ett delbetänkande från denna utredning föreslås att den ”upphandlande myndigheten ska kräva att arbete som utförs i offentlig upphandling ska utföras med skäliga anställningsvillkor. Förslagen innebär att upphandlande myndighet ska ange lön, semester och arbetstid som villkor i kontrakt i offentlig upphandling” (SOU 2015:78).

Riksdagens majoritet (de borgerliga partierna och Sverigedemokraterna) avslög (2016-11-30) kravet på kollektivavtal i upphandlingslagarna.

Valet mellan offentlig och privat drift innebär således även ett val mellan de olika lagar och regelverk som gäller för offentligt och privat vinstdriven vård. De kommersiella lagarna och regelverken är vanligen skarpa och bindande, medan de regelverk och ramlagar som styr hälso- och sjukvården ofta är vägledande, och sällan bindande. Detta innebär att kommersiella lagar och regelverk blir överordnade till exempel hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen.

SAMMANFATTANDE KOMMENTAR

De vårdideologiska och juridiska synvänder som belysts ovan vid en övergång från offentlig till privat vinstdriven vård är således en direkt konsekvens av den offentligt finansierade vårdens vinstdrivna privatisering. Detta paradigmskifte påverkas varken av storleken på vårdföretagens vinster, vårdens medicinska kvalitet eller den privata vinstdrivna vårdens omfattning. De är enbart relaterade till val av driftsform. I debatten om den offentligt finansierade vårdens driftsformer borde det därför vara självklart att dessa synvänder beaktas i betydligt högre grad än vad som i dag är fallet. I stället hävdas det ofta i debatten – som tidigare nämnts – att det inte spelar någon roll om vården drivs av privata vinstdrivna eller offentliga vårdgivare bara vårdinsatsernas kvalitet är bra. Detta är ett alldeles för

snävt perspektiv. Den övergripande frågan är om det pågående systemskiftet bidrar till eller motverkar en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen.

I de följande kapitlen belyses utifrån detta bredare vårdpolitiska perspektiv effekter relaterade till det pågående dubbla systemskiftet som pågår inom dagens hälso- och sjukvård.

Kapitel 7

Ökad offentlig finansiering av privat vinstdriven vård

KRAFTIGT ÖKAT UTBUD AV OFFENTLIGT FINANSIERADE PRIVATA VINSTDRIVNA VÅRDcentraler

En förstärkt primärvård har under de senaste årtionden stått högt på den vårdpolitiska agendan inom samtliga partier. Resultatet i form av en kraftigt förstärkt primärvård har dock i stort sett uteblivit fram till 2010 då vårdvalssystem infördes och etableringsfrihet började tillämpas.

Lagen om obligatoriskt vårdval i primärvården, och vårdföretagens rätt att lokalisera offentligt finansierad vård där det är lönsammast (etableringsfriheten) har bidragit till att antalet vårdcentraler ökade med 19 procent de två första åren efter vårdvalets införande. Av de nya mottagningarna var 258 privata och 9 offentliga. Under samma period lades inte mindre än 60 privata och 17 offentliga mottagningar ned varför nettotillskottet under vårdvalets första år var 190 vårdcentraler. Därefter ökade antalet vårdcentraler endast marginellt från 1213 (2012) till 1 228 (2014) varav 716 var offentliga och 512 privata (Häger Glenngård 2015). Andelen privata vårdcentraler ökade

från 2006 till 2016 från 26 till drygt 42 procent av det totala utbudet av offentligt finansierade vårdcentraler (SOU 2018:55). De ideella vårdgivarna har inte ökat sin andel av vårdutbudet genom införandet av vårdvals-system.

Andelen privat drivna vårdcentraler som finansieras offentligt är mycket olika i olika delar av landet. I Stockholms läns landsting utgör (2016) de 53 procent jämfört med 12 procent i Jämtland Härjedalen och 14 procent i Norrbotten (SKL verksamhetsstatistik redovisad i SOU 2018:55).

En orsak till denna snabba expansion av de privata vinstdrivna vårdcentralerna är att den offentligt finansierade vårdsektorn ur ett kommersiellt perspektiv utgör en ideal marknad. Efterfrågan är stabil, finansieringen säker, och lönsamheten vanligen god. Dessutom kan vårdföretagen påverka såväl utbud som efterfrågan på den vård de utför (säljer). Det är ju läkare eller annan kvalificerad vårdpersonal som bestämmer vilken vård patienten behöver ”köpa” med landstinget som ”automatisk” finansiär.

Den osäkerhet som finns på en skattefinansierad vårdmarknad är att ansvariga politiker fattar beslut som påverkar vårdföretagens lönsamhet. Detta förklarar vårdföretagens och deras intresseorganisationers intensiva engagemang i vårdpolitiska frågor i allmänhet, och regleringar av den offentligt finansierade vårdmarknaden i synnerhet.

Nettokostnaderna för primärvården uppgick 2016 till 42,6 miljarder kronor. Landstinget producerar själva för 61,7 procent medan resterande 38,3 procent köptes från andra aktö-

rer till en kostnad av 16,3 miljarder varav inköp från privata utförare utgjorde 15,4 miljarder (SOU 2018:55). Den offentligt finansierade vårdmarknaden för primärvård handlar med andra ord om stora pengar.

Den privat drivna offentligt finansierade primärvården hade 2016 cirka drygt 19 miljoner patientbesök under 2016. Det utgör 45 procent av de 42 miljoner patientbesök som under det året gjordes i primärvården (SOU 2018:55).

DEN PRIVATA VINSTDRIVNA VÅRDENS ÄGARSTRUKTUR

Flertalet stora vårdföretag vars verksamhet är offentligt finansierad ägs av olika riskkapitalbolag. Vid en bedömning av riskkapitalbolag är det viktigt att särskilja de bolag som investerar i nya, ofta osäkra utvecklingsprojekt från dem som köper och säljer redan väletablerade företag. De stora vårdföretagen ägs av den senare typen av så kallade *buyout*-riskkapitalbolag. Deras affärsidé är att på kort tid göra en optimal vinst, genom att köpa upp privata vårdföretag med i huvudsak lånade medel för att efter fem till sju år sälja dem med god vinst. Pengarna till sina inköp får riskkapitalisterna bland annat från allmänna pensionsfonder, mot löfte om en mycket god avkastning på investerade medel. Vinstoptimering står således i centrum för denna verksamhet eftersom riskkapitalbolagen endast kan locka till sig investerare om de kan erbjuda högre avkastning än alternativa placeringar. Denna verksamhetsidé har ingen specifik koppling till hälso- och sjukvård. Allt fokus och all

professionell kompetens är inriktad på att kunna göra lönsamma affärer.

De största privata vinstdrivna vårdgivarna och deras ägare är:

Capio AB driver vårdcentraler, företagshälsovård (*Previa AB*), sjukhus (S:t Görans sjukhus i Stockholm, Lundby sjukhus i Göteborg). *Capio AB* har även en omfattande verksamhet utomlands, bland annat i Norge, Danmark, Finland, Storbritannien, Schweiz och Polen. Företaget ägdes fram t.o.m. juni 2015 av de två riskkapitalbolagen *Nordic Capital* och *Apex Partners*. I månadskiftet juni/juli 2015 börsnoterades *Capio AB* på Nasdaq Stockholm.. De tidigare ägarna har de största aktieposterna tillsammans med bland annat en av de svenska pensionsfonderna.

2017 tog företaget emot 5,1 miljoner patientbesök och omsatte totalt 15,3 miljarder kronor. Den nordiska delen med Sverige, Norge och Danmark stod för 57 procent av omsättningen (2017). Den franska vårdjätten *Ramsay Générale* önskade (2018) köpa svenska *Capio* för 6,8 miljarder men det budet accepterades inte eftersom det ”inte avspeglar *Capio*s fundamentala värde i tillräckligt stor utsträckning”. (Dagens Nyheter 14 juli 2018)

Praktikertjänst är ett producentkooperativ som 2013 drev 79 vårdcentraler (Konkurrensverket 2014:2). Det är den enskilt största privata vårdgivaren inom öppenvården (Hartman et al. 2011). *Praktikertjänst* driver Närsjukhuset Löwenströmska samt BB Stockholm.

Aleris driver Bollnäs sjukhus sedan 2012. Det blev därmed

landets andra privat drivna offentligt finansierade akutsjukhus. Aleris bedriver även offentligt finansierade vårdcentraler och specialistkliniker. Företaget ägs av Wallenbergsfärens Investor.

Attendo driver i Sverige bland annat äldreomsorg och olika typer av annan familj- och individomsorg, som till exempel beroendevård och skilda former av stödboenden. I Finland driver man också hälso- och sjukvård. Attendo ägs av IK Investment Partners, och har i Norden 24 000 anställda på 5 000 platser (Attendo 2018). Företaget introducerades 2015 på börsen.

Vardaga som efter en skandal inom äldreomsorgen bytte namn från Carema, driver i Sverige förutom äldreomsorg även primärvård, närsjukvård (Handens Närsjukhus) samt uthyrningsföretaget ”Klara”. Företaget ägs av riskkapitalbolagen KKR (Kohlberg Kravis & Roberts) och Triton. KKR som är ett amerikanskt riskkapitalbolag bildades 1976 och anses vara det äldsta riskkapitalbolaget i världen. KKR har sedan 1995 investerat i sjukvårdssektorn och är i USA den största privata investeraren (*SvD Näringsliv* 22/11 2011). Triton är ett av Sveriges största riskkapitalbolag. Peter Phol som grundat företaget är skriven i skatteparadiset Jersey (*SvD Näringsliv* 22/11 2011).

M&M Medical driver närsjukhus (Sabbatsberg, Täby, Dalen, Järva, Rosenlund och Europakliniken i Stockholmsregionen samt Elisabethsjukhuset i Uppsala). Företaget ägs av den danska ISS-koncernen.

Andra i Sverige aktiva vinstdrivna privata vårdbolag är *Global Health Partner* som driver specialistkliniker, *Kvalita* som

driver företagshälsovård och primärvård och *Helsa* som driver vårdcentraler.

Ett antal vårdföretag har – som nämnts ovan – under de senaste åren introducerats på börsen. Detta har varit mycket lönsamt för de tidigare ägarna som samtidigt behåller sitt inflytande genom ett stort aktieinnehav. Risken för politiska beslut som begränsar vinstmöjligheterna kan också ha bidragit till att företagen valt en börsintroduktion i stället för att sälja vidare till en riskkapitalist. En börsintroduktion kan också göra det svårare för staten/landstingen att införa ett vinsttak, när det innebär förluster för många små aktieägare (väljare).

ÄGARPRÖVNING

I den vårdpolitiska debatten har det under de senaste åren diskuterats vilka krav som bör ställas på ägare till vårdföretag, och då speciellt på de riskkapitalbolag som äger vinstdrivna privata vårdföretag vars verksamhet är offentligt finansierad. Det har även ifrågasatts om riskkapitalbolag över huvud taget är lämpliga ägare till vårdföretag inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Den så kallade "Ägarutredningen" har i sitt slutbetänkande (SOU 2015:7) aktualiserat vilka krav som ställts på bland annat de riskkapitalbolag som i dag spelar en allt större roll inom svensk hälso- och sjukvård. Utredningen – som tillsattes av den borgerliga regeringen – har i sin slutrapport konstaterat: "Det krävs som huvudregel inget tillstånd för att bedriva verksamhet inom hälso- och sjukvården" ... "Den

som vill bedriva hälso- och sjukvård ska anmäla det till IVO” (Inspektionen för vård och omsorg). ”Det görs ingen prövning av verksamheten i samband med anmälan till vårdgivarregistret” (SOU 2015:7).

I förarbetena till patientsäkerhetslagen(2010:659) motiverades denna avsaknad av bedömning – tillståndsprövning – bland annat med att det var administrativt enklare. Ett ytterligare skäl var att ”tillståndsprövning endast innebar en granskning av att vissa förutsättningar var uppfyllda vid en viss given tidpunkt och därmed riskerade att inge en falsk trygghet” (SOU 2015:7).

Denna motivering för att inte förorda en striktare kontroll och eventuell tillståndsprövning av de vårdgivare och riskkapitalister som anförtros ansvaret att driva offentligt finansierad sjukvård är osannolikt bristfällig. Det är ju just genom ingående lämplighetsprövning och väl uppbyggd tillsynsfunktion som tryggheten kan öka och riskerna med olämpliga vårdgivare och ägare till vårdföretag minimeras. Ur ett rent kommersiellt perspektiv kan givetvis vissa privata vårdgivare och riskkapitalbolag däremot se en initial lämplighets- och tillståndsprövning som ett hinder för att bedriva offentligt finansierad vård.

Ägarutredningens sammanfattande bedömning av denna bristfälliga lämplighetsprövning är mycket tydlig. Den har enligt utredningen ”präglats av viss aningslöshet. Inträdeskraven är förhållandevis låga. Inom flera välfärdsområden efterfrågas inte någon särskild kompetens eller tidigare erfarenhet för att äga eller leda en verksamhet” ... ”Inom hälso- och sjukvårdsområ-

det finns i huvudsak inga krav på tillstånd för privata utförare” ... ”Inte heller i tillsynen av verksamhet inom välfärdssektorn ställs krav på ägare och ledningen eller på de ekonomiska förutsättningarna för verksamheten.” ”Detta i samverkan med att verksamheterna är skattefinansierade och att det finns en stabil efterfrågan har inneburit starka ekonomiska drivkrafter för etablering och köp av verksamheter inom välfärdssektorn. Ett fåtal större koncerner ofta med finansiering av så kallade riskkapitalbolag har fått ökade marknadsandelar” (SOU 2015:7).

En naturlig slutsats kunde mot denna bakgrund vara att utredningen ifrågasatte riskkapitalbolagens lämplighet som ägare av vårdföretag inom den offentligt finansierade vården. Detta var dock inte möjligt enligt utredningens tilläggsdirektiv (2014:3), som tillkommit efter krav från Centerpartiet. I dessa tilläggsdirektiv anges nämligen att utredningens förslag inte får ”utformas på ett sådant sätt att de skulle kunna utesluta vissa ägarformer”. Detta för att säkerställa att riskkapitalbolag även i framtiden ska kunna äga vårdföretag vars verksamhet finansieras av offentliga medel.

TIDIGA VARNINGSSIGNALER

Sett ur ett vårdpolitiskt perspektiv beror givetvis värdet av ett ökat utbud när det gäller vårdcentraler på hur de möter befolkningens behov av vård. Centrala myndigheter som Socialstyrelsen varnade tidigt för att införandet av vårdvalssystem med etableringsfrihet skulle leda till större ojämlikhet inom vården: ”Det har i olika studier framförts att det finns risk för

ökad ojämlikhet mellan olika grupper i befolkningen och att en likvärdig vård och omsorg inte kan erbjudas alla delar av landet” ... ”Det finns risk för att resurser snedfördelas vid etableringsfrihet och att resursstarka individer gynnas i förhållande till mer resurssvaga individer”... ”Det finns också risk att fler aktörer i vårdplaneringen gör det svårare att samordna vården och omsorgen” (Socialstyrelsen 2011a).

Även OECD betonar i sin analys av svensk sjukvård att ”Det finns en risk att en marknad med leverantörer som erbjuder olikartade tjänster kan hota den geografiska jämlikheten” ”Det finns” (också) ... ”oro för att främjandet av konkurrens mellan utförare kan öka riskerna för geografisk ojämlikhet” (OECD 2013).

Med facit i hand är det lätt konstaterat att dessa försiktiga varningar om att en ökad marknadsorientering och vinstdriven privatisering kan leda till ökade geografiska och sociala skillnader i utbud och vårdutnyttjande, var mer än väl motiverade.

KRAFTIG ÖKNING AV DEN

ÖPPNA SPECIALISTVÅRDEN I STOCKHOLM

Vårdvalssystemen inom den öppna specialistvården har ökat framför allt i Stockholms läns landsting som inrättat 37 olika vårdval (fram till juni 2018). Vårdutnyttjandet har ökat kraftigt dels genom att patienter från akutsjukhusen nu får öppen specialistvård utanför sjukhusen, dels genom ett ökat vårdutnyttjande genom fler patienter och besök. Detta har medfört att landstingets kostnader för den öppna specialistvården kraftigt

ökat samtidigt som möjligheterna att utbilda läkare vid sjukhusen minskat.

MYCKET BEGRÄNSAD PRIVATISERING AV OFFENTLIGA SJUKHUS

När det gäller privatisering av sjukhus har den politiska debatten varit intensiv efter det att Stockholms läns landstings borgerliga majoritet i slutet av 1990-talet sålde driften av S:t Görans sjukhus till riskkapitalbolaget Bure AB. Verksamheten vid sjukhuset fortsatte att drivas av i stort sett samma läkare och annan medicinsk personal som före privatiseringen. En enkät bland patienterna direkt efter privatiseringen visade att få upplevde någon förändring. Ett av landstingets bästa sjukhus förblev även efter privatiseringen ett av länets bästa sjukhus.

Privatiseringen av S:t Görans sjukhus blev något av en rivstart för den socialdemokratiska regeringen som dock inte kunde basera sitt agerande på en samlad strategi när det gällde vårdens – och speciellt sjukhusens – privatisering. Den stora utredningen ”Hälso- och sjukvård inför 2000-talet” (HSU 2000/SOU 1999:66) hade medvetet undvikit att behandla privatiseringsfrågan för att kunna uppnå politisk enighet. Detta lämnade ett stort politiskt tomrum som snabbt fick fyllas med en tillfällig stopplag mot privatisering av offentliga sjukhus. Regeringen tillsatte samtidigt en utredning med uppdrag att bland annat föreslå ”tröghetsregler” för framtida beslut om privatisering av sjukhus. Denna utredning presenterade sina

resultat 2003 (SOU 2003:23). Ett av denna utrednings förslag var att driften av den högspecialiserade sjukhusvården inte får överlämnas till privata vinstdrivna vårdgivare. Samtidigt föreslog utredningen att driftsansvaret för andra offentliga sjukhus endast får övertas av privata vårdgivare som uteslutande tillhandahåller vård som finansieras av landstinget. Detta för att undvika att privatfinansierade patienter kunde få en ”gräddfil” till i huvudsak offentligt finansierade sjukhus. Dessa förslag antogs av riksdagen 2006.

En form för dessa icke vinstdrivna företag kunde till exempel vara aktiebolag med särskild vinstutdelningsbegränsning, så kallade SVB-bolag. Aktieägarna i dessa bolag kan som mest erhålla en utdelning som motsvarar statslåneräntan plus en procentenhet. Vinsten/överskottet i övrigt ska återinvesteras i verksamheten.

Denna lag för att reglera sjukhusvårdens privatisering upphävdes kort efter att den trätt i kraft när de borgerliga partierna fick regeringsmakten hösten 2006. ”Stopplagen” ersattes då av den så kallade ”startlagen” som fr.o.m. 1 juli 2007 gav vinstdrivna privata vårdföretag möjlighet att överta driften av alla offentliga sjukhus. Startlagen har dock inte inneburit någon ytterligare privatisering av något större offentligt sjukhus under perioden 2007–2015. Den borgerliga majoriteten i Stockholms läns landsting utreder dock för närvarande förutsättningarna för att privatisera fler offentliga akutsjukhus, som Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och/eller Södertälje sjukhus med början 2016 (Almkvist 2015).

Regeringen (S + MP) har våren 2017 lagt fram en proposition med förslag som ”innebär att landstingen inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan. Regeringen ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus” (Prop. 2016/17:167).

Detta innebär således att driften av universitetssjukhus och sådan verksamhet som tidigare legat vid universitetssjukhus enligt denna proposition inte får överlämnas till privata vårdföretag. Detta förslag öppnar för att privata vinstdrivna vårdföretag – om det finns en politisk vilja till privatisering – kan ta över driften av alla offentliga sjukhus utom just universitetssjukhusen. De planer som den borgerliga majoriteten i Stockholms läns landsting har på att privatisera ytterligare stora akutsjukhus i Stockholm ligger således helt i linje med den förändrade lagstiftning som regeringen här föreslår. Det finns också skäl att notera att inga privata kommersiella intressenter ännu har visat något intresse för att driva universitetssjukhus.

Lagrådets granskning av regeringens förslag har kommit till precis motsatt slutsats mot den som redovisas ovan. De anser att förslaget i stället öppnar upp för ett förbud mot privatisering av alla typer av offentligt finansierade sjukhus. Denna bedömning motiveras med att det inte finns en helt entydig definition av universitetssjukhus. Sittande regering kan därför – enligt Lagrådets rätt märkliga resonemang – beroende på skiften i politisk majoritet välja att kalla alla sjukhus för universitetssjukhus och därmed förhindra privatisering av dessa.

Det är svårt att inte tolka detta som en politisk snarare än en juridisk bedömning.

PRIVATA HYRLÄKARE – EN FORM AV PRIVATISERING LANDSTINGEN VILL AVVECKLA

Landstingens kostnader för privata hyrläkare har ökat med 1,5 miljarder från 2011 och uppgår 2016 till omkring 4 miljarder (SKL 2016). Kostnaderna har efter 2016 fortsatt att öka, om än i något långsammare takt. Detta trots att landstingen har som mål att minska och om möjligt eliminera denna form av privat vinstdriven vård.

Behoven av hyrläkare är störst i glesbygden och gäller främst läkare med specialisering i allmänmedicin. Sveriges Kommuner och Landsting driver ett projekt för att uppnå oberoende av privata hyrläkare. Det råder politisk enighet om att denna form av privat vinstdriven offentligt finansierad vård bör avvecklas.

Hyrläkarna fyller en viktig funktion när det råder akut brist på läkare. Men hyrläkarsystemet har många allvarliga brister. Kontinuiteten är ofta obefintlig vilket försämrar vårdens kvalitet. Kostnaderna jämfört med fast anställda läkare är mycket högre. Landstingets kostnader för en hyrläkare kan vara 200 000 kronor i månaden eller mer (SVT Nyheter 1/9 2017). De höga kostnaderna för hyrläkare är en viktig orsak till att många vårdcentraler går med förlust (Konkurrensverket 2015). En hög andel hyrläkare minskar dessutom befolkningens förtroende för vården.

Det finns också en risk att fast anställd personal lämnar sina ordinarie anställningar för att arbeta som hyrläkare. De får då högre lön och mycket större möjligheter att påverka sin arbetstid och när de tar semester än inom den offentliga vården. I dessa fall undergräver de privata hyrläkarna förutsättningarna att bedriva god vård.

Den relativa överetableringen av vårdcentraler och viss specialistsjukvård i storstadsregionerna som förstärkts genom vårdval och etableringsfrihet har ytterligare försvårat rekryteringen av läkare till underförsörjda landsbygdsområden. Detta innebär ett ökat beroende av dyra privata hyrläkare.

MINSKAD ANDEL AV DE OFFENTLIGA VÅRDRESURSERNA TILL PRIVAT ICKE VINSTDRIVEN VÅRD

De ideella vårdgivarna spelar en mer begränsad roll inom svensk sjukvård jämfört med många andra länder som Tyskland och Nederländerna. Ett argument för att införa vårdvals-system var att det skulle underlätta för privata icke vinstdrivna vårdgivare att erhålla offentlig finansiering av sin vård. Den reformprocess som präglat svensk sjukvård har dock inte inneburit någon större förändring när det gäller utbudet av den icke vinstdrivna privata vården. De idéburna aktörernas andel har tvärtom minskat mellan 2006 och 2013 relaterat till landstingets totala kostnader för köp av tjänster.

En av anledningarna till att det finns få ideellt drivna vårdgivare är att dessa ofta inte har tillräcklig administrativ och

juridisk expertis för att delta i upphandlingar på lika villkor som andra aktörer. Ett annat skäl till de idéburna organisationernas mycket begränsade roll inom hälso- och sjukvårdssektorn kan vara kapitalbrist, till exempel att det kan vara svårt för dessa organisationer att få lån och att hitta finansiärer av verksamheten. Finansiärer som vill ha avkastning på insatt kapital prioriterar inte att investera i icke vinstdrivande företag.

De politiska försök som gjorts för att stimulera utvecklingen av denna typ av vård har präglats mer av allmänt positiva uttalanden om behovet av icke vinstdriven privat vård, än av konkreta insatser för att möjliggöra en expansion av denna driftsform. Förslag att främja den privata icke vinstdrivna vården har dock utarbetats inom Valfärdsutredningen, och kommer sannolikt att behandlas i en proposition till riksdagen våren 2018.

Vid en bedömning av de icke vinstdrivna vårdföretagens vårdpolitiska roll bör också noteras att de inte har utvecklat en gemensam plattform som tydligt visar att de utgör ett tredje alternativ inom svensk sjukvård. De ideella vårdgivarna har i stället ofta valt att stödja den privata vinstdrivna vårdens intressen, snarare än att beskriva sin verksamhet som ett tydligt alternativ till en kommersiellt driven vård. Det finns också exempel på hur privata icke vinstdrivna vårdgivare som till exempel Sophiahemmet i Stockholm har integrerat kommersiella vårdgivare i sina lokaler.

De största icke vinstdrivna privata vårdgivarna är:

Ersta sjukhus ägs av Ersta diakonisällskap, en ideell förening med anknytning till Svenska kyrkan. Verksamheten finansieras i huvudsak av offentliga medel.

Sophiahemmet driver såväl öppen som viss sluten vård. Ägs av Sophiahemmet ideell förening, försäkringsbolaget Skandia och Investorkoncernen.

Övriga privata icke vinstdrivna sjukhus är bland annat Röda korsets sjukhus, Spenshult i Halland liksom Carlanderska sjukhuset och Västra sjukhuset i Göteborg samt Föllinge sjukhus.

OFÖRÄNDRADE VILLKOR FÖR HELPRIVATA KOMMERSIELLA VÅRDGIVARE

Helprivata vårdgivare, det vill säga privata kommersiella vårdgivare vars verksamhet helt eller i huvudsak är privat finansierad, är fortfarande av relativt begränsad betydelse i ett samlat svenskt vårdpolitiskt perspektiv. De arbetar på vanliga kommersiella villkor, utan några garantier om offentlig finansiering av investeringar och verksamhet. Dessa helprivata vårdgivare har samma rättigheter som alla andra företag på den kommersiella marknaden. Inga förslag finns att begränsa deras etableringsfrihet eller rätten att ta ut obegränsade vinster till ägarna. Förslag att styra vården utifrån medborgarnas behov av vård har endast aktualiserats när det gäller skattefinansierad vård.

Den kraftiga ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar har ökat möjligheterna för vissa typer av helprivat öppen specialistvård.

De kommersiella förutsättningarna att etablera helprivata vinstdrivna sjukhus är fortfarande begränsade. Nästan alla patienter väljer den skattefinansierade vården med dess relativt sett låga patientavgifter snarare än att betala marknadspris för den vård de behöver. Dessutom innebär ju betalning till helprivata vårdgivare att man betalar dubbelt eftersom man samtidigt betalar via skatten för den offentligt finansierade vården.

Den offentligt finansierade vårdens tillgänglighet och kvalitet är av avgörande betydelse för den helprivata vårdens expansionsmöjligheter. Brister i den offentligt finansierade vården blir en affärsmöjlighet för en helprivat vård.

Ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv innebär helprivat vård att dörren alltid är öppen för de patienter som har råd att betala gällande marknadspris för den vård de behöver (kontant eller genom en privat sjukvårdsförsäkring). Dörren är däremot stängd för patienter som inte har råd att betala detta marknadspris för den vård de behöver.

Detta innebär att knappa resurser av läkare och annan medicinsk personal knyts till en verksamhet som ökar ojämlikheten inom vården när det gäller fördelningen både mellan hög- och låginkomsttagare och mellan patienter med stora respektive små vårdbehov.

I ett längre tidsperspektiv undergräver en ökad privat finansiering förutsättningarna för en solidarisk skattefinansiering eftersom de som har råd och väljer en helprivat vård inte vill betala för en skattefinansierad vård som de inte utnyttjar. En

utveckling i den riktningen är erfarenhetsmässigt ett allvarligt hot mot en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Exempel på helprivat vinstdriven vård är till exempel Barnsjukhuset Martina och Stockholm Spine Center.

Ökad privat drift av offentligt finansierad vård kan innebära ökade möjligheter att bedriva helprivat vård. Detta gäller till exempel när stora vårdgivare som i huvudsak är offentligt finansierade etablerar helprivata verksamheter i anslutning till den offentligt finansierade vården.

Kapitel 8

Gapet mellan stad och landsbygd vidgas

VÅRD PÅ LIKA VILLKOR

”Vård på lika villkor” innebär att behovet av vård och inget annat avgör vilken vård man får. Varken vårdföretagens vinstintressen eller patientens bostadsort eller utbildningsbakgrund ska påverka vårdens tillgänglighet och kvalitet. Detta jämlikhetskrav anges med absolut skärpa i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf.

Ansvariga sjukvårdspolitiker talar ofta om hur viktigt det är att bibehålla en vård på lika villkor. De talar mindre sällan om att dagens vårdssystem i allt högre grad präglas av en vård på olika villkor. En vård som alltför ofta följer ett traditionellt klassmönster. Ansvariga läkare och annan vårdpersonal ser vanligen inte heller dessa skillnader eftersom de utgår från att alla får lika god vård. En vård efter behov.

Mot denna bakgrund vore det naturligt om även allmänheten och patienterna anser att dagens vårdssystem i allt väsentligt lever upp till målsättningen ”en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Man kan ju inte som enskild patient veta om någon annan patient får bättre eller sämre vård. Det syns ju

främst i analyser av olika gruppers vårdutnyttjande relaterat till deras behov av vård. Detta är emellertid ett felaktigt antagande. Det är nämligen bara omkring hälften av landets medborgare som anser att vården ges på lika villkor. Skillnaderna i bedömning är dessutom stor mellan grupper med olika hälsotillstånd. Bland dem som anger att de har en mycket bra eller bra hälsa är det 58 procent som anser att vården ges på lika villkor. Motsvarande andel bland dem som anger att deras hälsotillstånd är mycket dåligt eller dåligt är endast 37 procent (Sveriges Kommuner och Landsting 2017 – Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016).

Utifrån dessa olika verklighetsupplevelser finns ett starkt behov av att redovisa kunskapsfronten när det gäller såväl geografiska som sociala skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet. Samtidigt är det väsentligt att försöka klarlägga i vilken utsträckning de med stora vårdbehov prioriteras högre än de med små vårdbehov. En kortfattad redovisning av kunskapsfronten när det gäller dessa olika aspekter av en vård på lika respektive olika villkor ges i detta och följande fyra kapitel.

NÄRHET TILL VÅRD

Hälso- och sjukvårdslagen har som ett övergripande mål en god vård på lika villkor oberoende av bostadsort. Det innebär att ”Utbudet av vård ska vara likvärdigt, tillgängligheten till detta utbud ska vara likvärdigt och kvalitén i de tjänster som utförs ska vara likvärdigt” (SFS 1982:763, 2§ -). Men samtidigt konstaterar Socialstyrelsen (2011) att ”förutsättningarna för att

ge vård och omsorg är olika i skilda delar av landet” (Socialstyrelsen 2011b).

Ökad närhet till en läkare/vårdcentral är enligt en omfattande enkätundersökning den näst viktigaste åtgärden för att få bättre tillgång till den vård man anser sig behöva (Sveriges Kommuner och Landsting/Vårdbarometern 2013). Närhet till en läkare/vårdcentral är av speciellt stor betydelse bland annat för äldre med stora ofta sammansatta vårdbehov och för andra patientgrupper med kroniska sjukdomar. Betydelsen av närhet till en vårdcentral illustreras också av att nära nog alla väljer den som ligger närmast bostaden.

Behovet av att förstärka primärvården i underförsörjda områden har under lång tid funnits på den politiska agendan. De försök som gjorts har inte varit framgångsrika. Brist på allmänläkare och ointresse för att arbeta på landsbygden och i storstädernas låginkomstområden har här bromsat utvecklingen mot en bättre och jämlikare primärvård.

Skillnaderna i närhet till en vårdcentral/allmänläkare mellan boende i städer och på landsbygd/glesbygd ökade redan innan lagen om vårdvalssystem och etableringsfrihet trädde i kraft. Glesbygdswerkets analyser visar till exempel att antalet personer med mer än 30 minuters restid till närmaste läkare/vårdcentral ökade med 18 procent mellan 2002 och 2006. När det gäller akut omhändertagande fick över 260 000 personer i glesbygd och tätortsnära landsbygd vänta mer än 20 minuter på ambulans, och 50 000 fick vänta mer än en halvtimme. En tredjedel av dessa personer bodde i Norrbotten (Glesbygdswer-

ket 2007). Vårdutnyttjandet var samtidigt lägre i glesbygd än i tätorter, och denna skillnad ökade också innan vårdvalet infördes (Socialstyrelsen 2011a & 2011b). Lokaliseringen av den offentligt finansierade öppna specialistsjukvården är i än högre grad geografiskt snedfördelad (*SvD* 2/10 2011). Detta trots att andelen äldre med stora vårdbehov är högre liksom stora folksjukdomar som hjärt-kärlproblem, diabetes och värk i leder (Socialstyrelsen 2011b).

Mot denna bakgrund är det särskilt angeläget att förbättra vårdens geografiska tillgänglighet i de områden där befolkningen i dag har mycket långt till närmaste vårdcentral och där väntetiden på ambulansvård är långst. Detta har också betonats av bland annat den före detta socialministern Gabriel Wikström (S): ”Tillgång och kvalitet på vård ska inte bero på var Du bor. Som medborgare har du rätt att förvänta Dig en vård som är både god, effektiv och jämlik. Svensk hälso- och sjukvård ska vara världsledande – oavsett var du är folkbokförd” (*Aftonbladet* 18/10 2014).

Företrädare för de borgerliga partierna – speciellt inom Centerpartiet – har också ofta och med kraft betonat vikten av att de stora geografiska skillnaderna i tillgång till vård måste minskas. Hela Sverige ska leva även när det gäller tillgång till god vård inom ett rimligt avstånd.

I propositionen om ”Vårdval i primärvården” (prop. 2008/09:74) anger också den borgerliga regeringen att vårdval med fri etablering i primärvården skulle ”bidra till att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens målparagraf om en vård på lika vill-

kor för hela befolkningen” och ”likhet över landet” ... ”Genom att landstingen är skyldiga att införa vårdvalssystem” ... ”garanteras att verksamheten håller god kvalitet och är anpassad till befolkningens behov.”

Införandet av vårdval och etableringsfrihet har som redovisas nedan haft en direkt motsatt effekt.

LANDS- OCH GLESBYGDSBOR MISSGYNNAS

Knappast några av de nya vårdcentraler som etablerats under vårdvalets två första år har lokaliserats i landsbygds- och glesbygdsområden trots deras stora behov av en förstärkt primärvård (Konkurrensverket 2012b).

Konkurrensverkets rapport 2012:1 visar att nära nog alla nya offentligt finansierade vårdcentraler efter två år med obligatoriska vårdvalssystem lokaliserats i storstadsregioner och andra områden med hög tillgänglighet till service:

- 88 procent av de nyetablerade offentligt finansierade privata vinstdrivna vårdcentralerna lokaliserades i områden som generellt sett har en hög eller mycket hög tillgänglighet till olika typer av service. 57 procent lokaliserades i storstadsregioner med ett redan stort vårdutbud.
- 11,5 procent av de nya vårdcentralerna etablerades i områden med ”medelbra” tillgänglighet.
- 0,5 procent av de nya vinstdrivna privata vårdcentralerna etablerades i ett område med låg tillgänglighet.
- Ingen vinstdriven privat vårdcentral etablerades i områden med mycket låg tillgänglighet.

Myndigheten för vårdanalys (2012:1) visar att denna ökade koncentration av privata vinstdrivna vårdcentraler i storstadsregioner och större städer innebär att många som tidigare bodde nära en vårdcentral genom vårdvalsreformen nu fått två vårdcentraler inom maximalt fem minuters restid med bil. I ett samlat befolkningsperspektiv kunde 80 procent av invånarna i Sverige 2012 nå minst två vårdcentraler inom 5 minuter med bil sedan vårdvalet införts (Konkurrensverket 2014:2). Detta beskrivs ofta som en av vårdvalets stora positiva effekter. Närmare en halv miljon invånare har ju fått ökad tillgänglighet – närhet – till närmaste vårdcentral (Socialstyrelsen 2015).

Vad man däremot inte redovisar är att denna tidsvinst för att nå närmaste vårdcentral för flertalet endast är två–tre minuter med bil, och att den endast uppstår för det fåtal som byter vårdcentral. Samtidigt kan konstateras att väntetiden när man kommer fram till vårdcentralen är ungefär lika lång som före vårdvalsreformen trots det ökade vårdutbudet (Myndigheten för vårdanalys 2012:1). Denna marginella tidsvinst för ett fåtal personer som redan före vårdvalsreformen bodde mycket nära en vårdcentral kan knappast beskrivas som en av vårdvalets stora positiva effekter.

En vårdpolitiskt mer relevant bild av vårdvalets och etableringsfrihetens effekter får man genom att utgå från ett landsbygds- och glesbygdsperspektiv. Ett första enkelt konstaterande är då att dessa reformer leder till ökande skillnader i redan oacceptabelt stora och onödiga skillnader i geografisk tillgänglighet mellan större städer och en underförsörd landsbygd.

Detta leder till att vårdutnyttjandet ökat mer i storstadsregionerna än i landsbygd och glesbygd. Detta i en tid när det enligt många allmänläkares bedömning framför allt i de större städerna finns ett överutnyttjande av vård i relation till vårdbehoven (Myndigheten för vårdanalys 2015:9).

Samtidigt har många fått en försämrad tillgång till nära vård.

Riksrevisionens analys av det obligatoriska vårdvalets effekter visar att befolkningen i 196 områden med sammanlagt 260 000 invånare har fått en försämrad geografisk tillgänglighet, det vill säga längre avstånd/restider till en vårdcentral sedan vårdvalssystemet infördes. I dessa områden har det sedan dess lagts ner fler vårdcentraler än vad som har nyetablerats. Försämringen av vårdens geografiska tillgänglighet har främst skett i de områden där befolkningen har låg inkomst, ett stort förväntat vårdbehov samt mycket långt till närmaste vårdcentral (Riksrevisionen 2014:22).

En studie av Isaksson med flera visar på ett signifikant samband mellan etablering av nya vårdcentraler och få ensamstående föräldrar och äldre som bor ensamma. De privata vinstdrivna vårdföretagen försöker således undvika områden med en hög andel boende som har stora vårdbehov. Samvariationen med utbildningsnivå, inkomst och medelinkomst var i denna studie dock inte signifikanta (Isaksson m.fl. 2016.)

Dessa ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv negativa effekterna av vårdval och etableringsfrihet nämns sällan i den vårdpolitiska debatten. I det första delbetänkandet från Stiernstedts utredning (SOU 2018:55) noteras att Riksrevisionen

ens analyser kritiserats utan att det närmare anges om kritiken var välgrundad eller ett uttryck för att Riksrevisionens fakta var besvärande för de som förordade vårdval med etableringsfrihet. I detta betänkande redovisas också en studie genomförd av vårdvalsenheten inom Västra Götalandsregionen som visar att de av Riksrevisionen redovisade negativa fördelningseffekterna inte går att se i Västra Götaland (Västra Götalandsregionen 2014).

I en rapport från Myndigheten för vårdanalys konstateras också att vissa studier indikerar att nyetableringarna har styrts av förändringar i befolkningsstruktur, det vill säga att det har etablerats nya primärvårdsmottagningar i större städer och andra områden med hög inflyttning så att fördelningen av primärvårdsmottagningar motsvarar befolkningens fördelning relativt väl (Myndigheten för vårdanalys 2017:3).

Den rödgröna regeringen har också i sitt yttrande över Riksrevisionens rapport konstaterat att ”andelen vårdcentraler i områden med hög tillgänglighet inte är särskilt mycket högre än vad som motsvaras av den andel av befolkningen som bor i dessa områden” (Regeringens skrivelse 2014/15:72). Även i en rapport från Studieförbundet Näringsliv och Samhälle SNS (Häger 2015) hävdar man att lokaliseringen av de nya privata vinstdrivna vårdcentralerna är naturlig med hänsyn till urbaniseringen. Författaren konstaterar också att det med hänsyn till befolkningens mängd inte finns några tydliga skillnader när det gäller förändring i antalet mottagningar mellan storstadsregioner och glesbygd ...” Samtidigt konstateras att det ”För

att uppnå samma valfrihet i glesbygd som i storstäderna skulle antalet mottagningar i glesbygden behöva vara större i relation till befolkningsandelen (Häger 2015). Märkligt nog tar ingen upp de centrala vårdpolitiska skälen till att det behövs fler vårdcentraler relaterat till befolkningens storlek i glesbygd och att det växande gapet mellan stad och landsbygd/glesbygd orsakas av att de privata vinstdrivna vårdföretagen kan lokalisera sina offentligt finansierade vårdcentraler där det är lönsammast oberoende av befolkningens behov av en förstärkt primärvård i olika områden.

Den gemensamma ofta uttalade slutsatsen i dessa olika rapporter är således att vårdföretagens etableringsfrihet inte bidragit till ökad ojämlikhet i geografisk tillgänglighet mellan större städer och underförsörjda landsbygdsområden. De skillnader som redovisats är i hög grad ”naturliga” eftersom de återspeglar i huvudsak de demografiska förändringarna.

Detta är ur ett vårdpolitiskt perspektiv – som belyses i nedanstående avsnitt – en felaktig slutsats.

MISSVISANDE ANALYSER AV DE ÖKANDE GEOGRAFISKA SKILLNADERNA

Den snabba urbaniseringen har givetvis bidragit till ett ökat behov av vårdcentraler. Detta kan motivera en större ökning av vårdcentraler i dessa områden om de inte redan har ett relativt stort vårdutbud. En isolerad demografiskt baserad bedömning av var nya vårdcentraler bäst behövs är emellertid helt otillräcklig av bland annat följande skäl:

1. *Vid analyser av geografisk tillgänglighet måste man fokusera på avstånd och/eller tid.* De som bor i områden där det tar 30 minuter eller mer att nå närmaste vårdcentral med bil bör då prioriteras högre än de som har en resväg på mindre än 5 minuter. Det räcker därför inte att fokusera på antalet vårdcentraler relaterat till antalet invånare i ett visst område. En självklar målsättning borde i detta perspektiv i stället vara att i första hand förbättra, eller åtminstone inte försämra, den geografiska tillgängligheten till närmaste vårdcentral för dem som har mycket långt dit.

2. *Vid en geografisk fördelning av vårdcentraler kan man inte heller utgå från att alla vårdcentraler ska ha samma befolkningssunderlag.* Det är nödvändigt att också ta hänsyn till skillnader i vårdbehov. Vårdcentraler i glesbygd behandlar till exempel många av de allvarigare fall som i större städer tas om hand av olika specialister inom den öppna vården och vid sjukhus (Konkurrensverket 2014:2).

Dessutom är vårdbehoven högre i glesbygden, bland annat på grund av att andelen äldre här är 26 procent jämfört med 18 procent i stadsområden. Vårdcentraler i glesbygd borde därför ha färre listade patienter per läkare än en vårdcentral i en större stad. I dag är det precis tvärtom. Trots mycket längre reseavstånd till specialist- och sjukhusvård och trots fler vårdtunga patienter har vårdcentraler i glesbygd i snitt fler listade patienter per läkare än vårdcentraler i städer (Jordbruksverket 2012). En god vård på lika villkor förutsätter därför att det finns fler

vårdcentraler/läkare för ett visst befolkningsunderlag i glesbygd än i större städer.

3. *Utbudet av och avståndet till närmaste vårdgivare påverkar också vårdutnyttjandet.* I glesbygden har vårdutnyttjandet under lång tid varit mycket lägre än i storstadsregionerna (Socialstyrelsen 2011b). Dessa geografiska skillnader i vårdutnyttjande har ökat vid införandet av vårdval och etableringsfrihet (Myndigheten för vårdanalys 2014 – remissvar). Samtidigt finns goda skäl att anta att det finns stora otillfredsställda vårdbehov i underförsörjda landsbygds- och glesbygdsområden. Detta är ytterligare ett skäl till att det är viktigt att analysera fördelningen av nya vårdcentraler utifrån fler kriterier än endast antal invånare per vårdcentral.

4. *Påståendet att antalet nya vårdcentraler återspeglar befolkningsutvecklingen är dessutom i många fall felaktigt.* I till exempel Stockholm, Uppsala och Östergötland har antalet vårdcentraler ökat mer från 2011 till 2013 än vad som är motiverat av dessa områdens befolkningsutveckling under samma period. I Uppsala ökade antalet vårdcentraler med 12 procent medan befolkningen bara ökade med tre procent. Samtidigt har antalet vårdcentraler minskat i bland annat Norrbotten, Blekinge och Dalarna utan att det där skett motsvarande minskning av antalet invånare. I Norrbotten har t.o.m. befolkningen under denna period ökat något samtidigt som antalet vårdcentraler minskat med drygt 10 procent (Konkurrensverket 2014:2).

De kraftigt ökande skillnaderna i geografisk tillgänglighet som registrerats sedan vårdvalssystem med etableringsfrihet införts i primärvården är således inte en naturlig och acceptabel utveckling med hänsyn till befolkningsutvecklingen. Det är anmärkningsvärt att de professionella analyser som gjorts av denna ökande ojämlikhet oftast inte belyser hur de privata vårdföretagens möjligheter till goda vinster styr lokaliseringsen av offentligt finansierade vårdcentraler. I Stiernstedts första delbetänkande konstateras i stället att det "sammanfattningsvis finns stora geografiska skillnader mellan vårdcentralers etablering men det råder inte enighet om huruvida socioekonomiska faktorer isolerat har en inverkan på etableringen" (SOU 2018:55).

Den vinststyrda lokaliseringen av offentligt finansierad vård har anmärkningsvärt sällan ifrågasatts av politiker och professionella grupper trots att den strider mot såväl hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål som mot de av riksdagen fastställda etiska normerna. Detta är än märkligare eftersom det samtidigt finns en allt starkare allmänpolitisk uttalad vilja att främja utvecklingen i stort på landsbygden. "Hela Sverige ska leva."

Det entydiga borgerliga stödet för vårdföretagens etableringsfrihet står i ett direkt motsatsförhållande till dessa regionalpolitiska mål. Än märkligare blir det eftersom lokaliseringen av den offentligt finansierade privata vinststyrda vården – i motsats till flertalet andra marknadsstyrda verksamheter – faktiskt direkt **kan** styras av politiska beslut. Den enda rimliga förklaringen torde vara att de borgerliga partierna

vid fördelningen av offentliga finansiella vårdresurser valt en metod som främst gynnar vårdföretagens möjligheter till vinst och resursstarkare grupper i storstadsregionerna i stället för en förbättrad geografisk tillgänglighet för befolkningen i underförsörjda lands- och glesbygdsområden.

I stället för att aktualisera behovet av en etableringskontroll som säkerställer att nya vårdcentraler lokaliseras där de bäst behövs finns tvärtom en tendens till att normalisera en kommersiell styrning av denna offentligt finansierade primärvård.

Svenskt Näringsliv (2014) uttrycker det i klartext: ”De privat drivna vårdverksamheterna måste ju till skillnad från den landstingsdrivna vården gå runt ekonomiskt annars blir de inte ekonomiskt hållbara.”

Hälsa- och sjukvårdslagens krav på en behovsbaserad resursfördelning blir i detta marknadsekonomiska perspektiv ett rundnings- snarare än riktmärke.

ETABLERINGSFRIHETEN FÖRSVÅRAR REKRYTERINGEN AV LÄKARE TILL UNDERFÖRSÖRJDA LANDSBYGD SOMRÅDEN

Svårigheterna att rekrytera läkare och annan kvalificerad medicinsk personal till vissa landsbygdsområden och till glesbygden har under lång tid varit ett allvarligt problem inte minst inom primärvården. Vårdcentraler i dessa områden har länge i hög grad varit beroende av dyra hyrläkare.

Lagen om vårdvalsystem och etableringsfriheten har ytterligare minskat möjligheterna att rekrytera framför allt allmän-

läkare till underförsörjda landsbygds- och glesbygdsområden. Detta är en direkt konsekvens av att efterfrågan på allmänläkare kraftigt ökat i storstädernas mer välbärgade områden där tillgången till läkare redan är mycket god. Denna negativa effekt ur ett gles- och landsbygdsperspektiv förstärks dessutom ytterligare av den generella bristen på allmänläkare.

MÖJLIGHETER ATT LOKALISERA PRIVAT VINSTRIVEN VÅRD I OLÖNSAMMA OMRÅDEN

I propositionen om lagen om vårdvalssystem (2008/09:29) anges att ett landsting ”Inom ramen för ett valfrihetssystem kan” ... ” behöva LOU-upphandla en vårdcentral inom ett visst geografiskt område där inget privat företag ansökt om att få etablera verksamhet. Det kan uppstå situationer då ingen leverantör vill tillhandahålla vård inom ett visst geografiskt område med den ersättning som anges i förfrågningsunderlaget.” Inget sägs i denna proposition om möjligheterna att i olönsamma områden etablera offentligt drivna vårdcentraler med förtur när behovet av en ny vårdcentral är större än i ett lönsamt område.

Riksrevisionen föreslår i rapporten om primärvårdens styrning (2014:22) att regeringen bör uppmuntra landstingen att utnyttja den möjlighet som de anser finns att ersätta vårdvalssystemen med upphandling enligt LOU i underförsörjda områden. Detta förslag avvisades dock av S-MP-regeringen med hänvisning till det arbete som pågår med nya ersättnings-system i olika landsting, samtidigt som man konstaterar att det

snarare handlar om att justera vårdvals-systemet. ”Regeringens erfarenhet är” ... ”att organisationsförändringar i hälso- och sjukvården av den dimension som vårdvalsreformen inneburit kräver en hel del justeringar över tid för att alla bitar ska falla på plats. Mot den bakgrunden har regeringen inte för avsikt att vidta några särskilda åtgärder för att främja tillämpningen av bestämmelsen i HSL” (Regeringens skrivelse 2014/15:72).

Detta kan tolkas på två olika sätt. En vårdpolitiskt begriplig tolkning kan vara att man inte önskar stimulera en ökad privat vinstdriven vård utan hoppas att det kan finnas icke vinstdrivna alternativ även för dessa olönsamma områden. Den andra tolkningen är att man inte tycker att den redovisade ojämlika geografiska fördelningen av nya vårdcentraler är ett problem.

I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV ÄR DET OVANLIGT MED EN VINSTSTYRD LOKALISERING AV OFFENTLIGT FINANSIERAD VÅRD

I ett internationellt perspektiv är en vinststyrd lokalisering av den offentligt finansierade vården ovanlig. Få – om ens något – västeuropeiskt land har i samma utsträckning som Sverige överlåtit till privata vinstdrivna vårdföretag att besluta var offentligt finansierad vård ska lokaliseras. Tvärtom finns i andra europeiska länder vanligen lagar och regelverk som förhindrar en relativ överetablering i lönsamma/attraktiva områden. I Danmark är till exempel det maximala antalet allmänläkare reglerat i varje region (SOU 2015:7). Ett liknande regelsystem finns i Norge där hälso- och omsorgsdepartementet årligen upp-

rättar en ram för antalet nya läkartjänster som kan upprättas i kommunerna. Även i England finns regelverk som begränsar överetablering i vissa lönsamma områden.

Kapitel 9

Ökande skillnader i vårdutbud mellan storstädernas hög- och låginkomstområden

LÅGINKOMSTOMRÅDEN MISSGYNNAS

Fördelningen av vårdresurser mellan hög- och låginkomstområden i landets storstäder har under lång tid varit ojämlig. De finansiella resurserna för den öppna vården har – relaterat till befolkningens vårdbehov – varit mindre i låg- än i höginkomstområden. Samtidigt har under 1980- och 1990-talen dessa skillnader minskat något genom olika ersättningssystem för en mer behovsbaserad resursfördelning.

Denna försiktigt positiva trend upphörde dock när vårdval och etableringsfrihet infördes i vissa landsting 2008 och blev obligatoriskt för alla landsting 2010. Privata vårdföretag vars vård finansieras av skattemedel kunde då lokalisera nya vårdcentraler där det var lönsammast utan hänsyn till befolkningens behov av vård i olika områden. Effekten av denna reform när det gäller ökande skillnader mellan hög- och låginkomstområden har sedan dess analyserats i en rad utvärderingar:

- *Riksrevisionen* har efter en ingående analys av tre landsting konstaterat att det knappast fanns något samband mellan behovet av en förstärkt primärvård och etableringen av de nya privata vinstdrivna vårdcentralerna. Däremot fanns det ett starkt samband mellan antalet nya vårdcentraler och områden där befolkningens medelinkomst är hög (Riksrevisionen 2014:22).
- *Utvärderingar av Vårdval Stockholm* (Rehnberg, C m.fl. 2010 & Dahlgren, C m.fl. 2013) visar att detta system leder till att finansiella vårdresurser varje år förs från låg- och medelklassområden till höginkomstområden. Tyvärr redovisas inte hur stora resurser som på detta sätt försvinner ifrån redan missgynnade områden. En preliminär beräkning av Ilija Batljan (S) uppskattade dock omfattningen av denna omfördelning till omkring 300 miljoner per år.
- *En doktorsavhandling vid Karolinska Institutet* (Agerholm 2016) om vårdvalssystemet i Stockholms läns landsting visar att de sociala skillnaderna i vårdutnyttjande ökat i låginkomstområden efter 2010. Män med dålig hälsa i socialt utsatta områden i Stockholm har till exempel 68 procents mindre ökning av antalet besök hos allmänläkare än män med dålig hälsa i Stockholms övriga områden.

En vårdpolitik som på detta sätt ökar de sociala skillnaderna i tillgång till god vård inom städernas hög- och låginkomstområden strider mot hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål

om en vård på lika villkor, och bidrar till än större sociala skillnader i ohälsa och onödigt lidande. Detta är ännu ett exempel på hur dagens sjukvårdspolitik går stick i stäv mot den så ofta politiskt uttalade ambitionen att förbättra livsvillkoren i socialt utsatta områden, och då inte minst genom en förbättrad samhällsservice som bättre svarar mot de boendes behov.

VIKTADE ERSÄTTNINGAR HAR INTE MINSKAT DET OJÄMLIKA VÅRDUTBUDET

Ett vanligt argument är att en högre ersättning som gör det mer lönsamt att etablera nya privata vinstdrivna vårdcentraler i dagens olönsamma områden skulle minska skillnaderna i utbud i hög- och låginkomstområden. Inga beräkningar har dock gjorts av hur mycket ersättningen till de privata vårdgivarna måste öka för att vårdföretagen ska prioritera en lokalisering till dagens olönsamma områden. Däremot har Riksrevisionen funnit ”att de försök som gjorts med att vikta ersättningar utifrån sjuklighet och ekonomisk standard inte verkar ha lyckats påverka prioriteringarna i tillräckligt hög grad” (Riksrevisionen 2014:22). De olika försök med viktning av ersättning för listade patienter där hänsyn tagits till förväntade vårdbehov har således inte – som ofta antas – bidragit till att minska skillnaderna i utbud av vårdcentraler mellan hög- och låginkomstområden. Vårdföretag med vinsten som drivkraft undviker fortfarande att lokalisera sin offentligt finansierade vård i låginkomstområden. Detta trots att behovet av en förstärkt primärvård är mycket större i dessa områden än i de

medel- och höginkomstområden där nära nog alla nya privata vinstdrivna vårdcentraler i stället etablerats.

Det faktum att etableringsfriheten innebär att vårdföretagens möjligheter till vinst i hög grad styr lokaliseringen av privata vinstdrivna vårdcentraler mot medel- och höginkomstområden snarare än låginkomstområden redovisas sällan i analyser beställda av borgerligt och kommersiellt orienterade organisationer. I den av Studieförbundet näringsliv och samhälle (SNS) utgivna rapporten ”Primärvården efter vårdvalsreformen” anges t.ex. att en orsak till att de vinstdrivna vårdföretagen sällan väljer att etablera sina offentligt finansierade vårdcentraler i låginkomstområden är att man ”vet att det är svårt att möta de förväntningar som finns bland individerna där” (Häger Glenngård 2015).

Det finns också ett ideologiskt motstånd mot att klarlägga hur de sociala och geografiska skillnaderna i vården ökar när ersättningen till vårdgivarna följer patientens val av vårdgivare. Ett orsak kan vara att dessa analyser skulle visa att dagens marknadsorienterade ersättningssystem finansiellt gynnar hög- och medelinkomstområden snarare än låginkomstområden. Ett skäl till detta är att höginkomsttagare vid lika vårdbehov efterfrågar – och får - mer vård än låginkomsttagare. Ett annat skäl är att efterfrågan på vård ökar med ett ökande utbud av vård. Vid en efterfrågestyrd ersättning gynnas därför hög- och medelinkomstområden som vanligen har ett betydligt större vårdutbud relaterat till vårdbehoven än låginkomstområden.

Kapitel 10

Ökande social ojämlikhet i vårdutnyttjande

BEHOV ÄR INTE DETSAMMA SOM EFTERFRÅGAN

Ett väl känt faktum är att efterfrågan på vård inte är detsamma som behov av vård. Att göra åtskillnad mellan behov och efterfrågan är viktigt. I motsats till behov som kan vara både omedvetna och medvetna är efterfrågan alltid uttryckt. Vård kan efterfrågas som hälso- och sjukvården bedömer att det inte finns behov av (prop. 1996/97:60).

De som förordar marknadsorienterade vårdssystem hävdar ibland att efterfrågan på vård också återspeglar behovet av vård. Ingen efterfrågar ju vård som man inte anser sig behöva. Med detta resonemang blir då en efterfrågestyrd vård detsamma som en behovsstyrd vård.

Detta är dock ett felaktigt antagande, bland annat av följande fyra skäl:

1. *Höginkomsttagare utnyttjar vid lika vårdbehov mer vård än låginkomsttagare.* Vid ett givet vårdbehov kan detta följaktligen betyda antingen en relativ överkonsumtion av vård bland höginkomsttagare, eller en relativ underkonsumtion bland låg-

inkomsttagare. Detta visar att efterfrågan på vård inte är det samma som vårdbehovet.

2. Långa avstånd, kostnader och andra hinder begränsar möjligheterna för vissa grupper att efterfråga den vård man behöver. Dessa otillfredsställda vårdbehov återspeglas inte i data om vårdutnyttjande. Detta är ytterligare ett exempel på skillnaden mellan vårdbehov och vårdefterfrågan.

3. Utbudet av vård påverkar vårdutnyttjandet. Ett stort utbud av vård ökar erfarenhetsmässigt vårdutnyttjandet. Denna ökning av vårdutnyttjandet är således inte relaterad till ett ökat behov av vård utan i stället en effekt av ett ökat vårdutbud.

4. I kommersiella vårdssystem överordnas ofta vinstintressen behovet av vård. Utgår ersättning per besök blir det lönsamt att öka antalet återbesök även om detta inte motiveras av patientens behov av vård. Dessutom prioriterar vinstdrivna vårdföretag den efterfrågan på vård som är lönsam och försöker undvika den olönsamma efterfrågan på vård. Detta kan innebära att den registrerade efterfrågan på vård inte ens återspeglar den totala vårdefterfrågan.

Mot denna bakgrund kan konstateras att efterfrågan på vård är en såväl ofullständig som ofta direkt missvisande indikator när det gäller olika befolkningsgruppers behov av vård. Detta visar också varför en rent efterfrågestyrd vård strider mot hälso- och

sjukvårdslagens krav att vården ska vara behovsstyrd. Detta är av avgörande betydelse vid analyser av dagens marknadsorienterade systemskifte, där patienternas val av vårdgivare – det vill säga deras efterfrågan – är det som styr fördelningen av vårdresurserna. Vid lika vårdbehov får då höginkomsttagare mer vårdresurser än låginkomsttagare eftersom deras efterfrågan på vård är högre. Höginkomstområden får därmed också ett resurstillskott jämfört med låginkomstområden eftersom de har fler vårdgivare.

Men hur ska man då kunna bedöma om vården är jämlik, det vill säga om alla oberoende av utbildning och inkomst får en god vård på lika villkor som motsvarar deras vårdbehov?

VÅRDBEHOV OCH VÅRDUTNYTTJANDE

Ett jämlikt vårdutnyttjande är ett vårdutnyttjande som fullt ut återspeglar de sociala skillnaderna i vårdbehov. En bedömning av om vården är jämlik förutsätter således kunskap om vårdbehovens sociala fördelning.

I analyser av vårdbehov på individnivå görs en bedömning av förutsättningarna för att med olika medicinska insatser kunna behandla olika sjukdomar. Saknas det behandlingsmetoder anses inget behov av vård finnas. Inom hälso- och sjukvården bedöms ett behov av vård föreligga ”när det finns ett gap mellan individens faktiska hälsotillstånd och det hälsotillstånd som går att uppnå med olika former av vårdinsatser” (Sveriges Kommuner och Landsting 2005). Denna definition av vårdbehov passar när en läkare ska bedöma en patients behov av vård.

Vårdbehoven påverkas – förutom av individens vårdbehov – också av den medicinska utvecklingens möjligheter att förbättra individens hälsa och/eller livskvalitet.

Innovationer som till exempel titthålskirurgi, ultraljud vid starroperationer, ballongvidgning av kranskärl och så vidare har ökat möjligheterna att behandla allt fler patienter. Det innebär att vårdbehoven ökar.

När det gäller bedömningen av olika befolkningsgruppers behov av vård utgår man ofta från ett förenklat antagande om att ju större sjukdomsörda, ju större vårdbehov. Socialstyrelsen (2003) benämner detta sätt att uppskatta vårdbehov ”hälsoindikatorstrategin”. På motsvarande sätt kan vårdbehoven bland boende i ett visst område uppskattas på basis av befolkningens ålders- och socioekonomiska struktur (inkomst, arbetslöshet, utbildningsbakgrund med mera).

Lika vårdutnyttjande bland hög- och låginkomstgrupper innebär således en mycket ojämlig vård eftersom låginkomstgruppen i snitt har en mycket större sjukdomsörda och därmed större behov av vård.

Utgår man från denna grova hälsoindikatorstrategi för att bedöma vårdbehovens sociala fördelning är det viktigt att utgå från ohälsans sociala gradient, det vill säga att ”ju lägre en persons sociala position, ju sämre är hans eller hennes hälsa” (*Marmot Review 2010*). Idealt bör man därför uttrycka vårdbehoven i form av social gradient. Ett mått för att mäta ojämligheten blir då Ginikoefficienten.

Ett vanligare sätt att beskriva ohälsans sociala fördelning är

dock att jämföra hälsan mellan personer med hög respektive låg inkomst alternativt utbildning.

I ett svenskt perspektiv kan då bland annat konstateras att risken för förtida död är 50 procent högre för lågutbildade jämfört med högutbildade (Vågerö 2011). Dessa skillnader tenderar att öka över tid. År 2015 förväntades högutbildade kvinnor i genomsnitt leva 5,1 år längre än lågutbildade kvinnor. För män var motsvarande skillnad 5,7 år. Utvecklingen för lågutbildade kvinnor är mycket negativ. Den återstående medellivslängden vid 30 år har inte ökat alls under den senaste tjugoårsperioden (Gauffin m.fl. 2018). Den förtida dödligheten är högre för lågutbildade jämfört med högutbildade i nästan alla stora folksjukdomar. Lågutbildade kvinnor och män löper till exempel högre risk att dö i cancer jämfört med högutbildade. Dödligheten i olyckor är mer än fyra gånger högre i gruppen med enbart grundskoleutbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning (Gauffin m.fl. 2018).

De sociala skillnaderna i upplevd ohälsa är också stora och växande i nära nog alla stora folksjukdomar utom bröstcancer. Risken att insjukna i hjärtinfarkt bland kortutbildade är högre i alla åldersgrupper. Cirka 10 procent av låginkomsttagarna rapporterade i Folkhälsomyndighetens enkät 2016 dålig eller mycket dålig hälsa medan motsvarande andel bland höginkomsttagarna endast var tre procent (Folkhälsomyndigheten 2016).

Utifrån fakta som dessa kan – som en första grov uppskattning – antas att även vårdbehoven är mångdubbelt större i låginkomstgrupper jämfört med höginkomstgrupper.

En allvarlig brist i flertalet svenska analyser av vårdutnyttjandet i landet är att man inte analyserar i vilken utsträckning vårdutnyttjandet i olika socioekonomiska grupper möter de uppskattade vårdbehoven. Ett 5 procent högre vårdutnyttjande bland kortutbildade jämfört med högutbildade kan tolkas som en jämlik vård trots att vårdutnyttjandet för att möta de kortutbildades större behov kanske skulle vara 25 procent högre. I internationella forskningsöversikter med fokus på ”jämlik vård” utesluter man ofta studier av vårdutnyttjande där dessa uppskattningar av vårdbehovens sociala fördelning saknas (Hanratty 2007).

JÄMLIK VÅRD – TVÅ OLIKA PERSPEKTIV

Vid analyser av jämlikhet i vården är det viktigt att skilja på horisontell jämlikhet och vertikal jämlikhet:

Horisontell jämlikhet innebär att alla med samma behov av vård får samma goda vård. Detta jämlikhetsperspektiv används på individnivå för att belysa om hög- och låginkomsttagare erhåller samma goda vård vid samma behov.

Vertikal jämlikhet innebär att personer med större behov av vård ska prioriteras framför dem med mindre behov och att alla får en god vård som motsvarar just deras vårdbehov. På motsvarande sätt kan vårdbehoven bland boende i ett visst område uppskattas på basis av befolkningens ålders- och socioekonomiska struktur (inkomst, arbetslöshet, utbildningsbakgrund m.m.).

BEHOVSRELATERAT VÅRDUTNYTTJANDE FÖRE 2010 ÅRS VÅRDVALSREFORMER

Två behovsrelaterade studier av vårdutnyttjandet som gjordes innan vårdval och etableringsfrihet infördes visar på följande trender och resultat:

Vårdutnyttjandet inom primärvården relaterat till vårdbehov var relativt jämlikt från 1984–85 till 1990–91. Analyser av vårdutnyttjandets sociala fördelning 1993–94 och 1996–97 visade däremot ett lägre vårdutnyttjande relaterat till uppskattade vårdbehov hos manuella arbetare än inom övriga yrkesgrupper. Dessa sociala skillnader i vårdutnyttjande – denna ojämlikhet – inom primärvården uppstod således i mitten av 1990-talet. De forskare vid Karolinska Institutet i Stockholm som utförde denna studie redovisade som en tänkbar förklaring till denna utveckling de marknadsorienterade reformer som infördes i slutet av 1980- och början av 1990-talen (Burström 2002).

En internationell OECD-studie (Doorslaer m.fl. 2006) analyserade – vid lika vårdbehov – antalet läkarbesök i den öppna vården bland patienter med lång respektive kort utbildning. Dessa analyser visade för Sveriges del att personer med lång utbildning med ett visst vårdbehov hade ett högre vårdutnyttjande än personer med kort utbildning med samma vårdbehov. Dessa sociala skillnader i vårdutnyttjande var till och med större i Sverige än i flertalet av de

19 länder som ingick i denna studie. Länder som Storbritannien, Irland, Belgien, Nederländerna, Spanien och Schweiz hade en mer jämlik *pro-poor*-fördelning av vårdutnyttjandet. Detta resultat måste dock tolkas med viss försiktighet eftersom den svenska statistiken omfattar både allmänläkare (*general practitioners*) och specialister medan flertalet OECD-länder separerar dessa två kategorier. Denna uppdelning är viktig vid en analys av jämlikhet/ojämlikhet inom vården eftersom vårdutnyttjande relaterat till primärvård/allmänläkare vanligen är relativt jämlikt medan det är mycket mer ojämlikt när det gäller kontakt med specialister i den öppna vården.

I samma studie studerades ur ett socialt perspektiv inskrivningar till slutna vård. Dessa analyser pekade mot att den svenska slutna vården – vid samma vårdbehov – i stort sett var jämlik (Doorslaer m.fl. 2006).

Det faktum att höginkomsttagare vid lika behov utnyttjar mer vård än låginkomsttagare före 2010 borde rimligen innebära intensifierade ansträngningar att erbjuda en vård på lika villkor för hela befolkningen i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål. Den borgerliga regeringens och riksdagens beslut att kräva att alla landsting skulle införa vårdvalssystem och etableringsfrihet i primärvården hade – som illustreras i nästa kapitel – dock en helt motsatt effekt.

BEHOVSRELATERAT VÅRDUTNYTTJANDE EFTER 2010 ÅRS VÅRDVALSREFORMER

Dagens systemskiften med vårdval och etableringsfrihet har enligt en rad analyser ytterligare ökat det ojämlika vårdutnyttjandet.

Karolinska Institutets femårsuppföljning av Vårdval Stockholm (Dahlgren, C 2013) visar – för åren 2009 och 2010 – att individer med högre inkomst har ökat sitt vårdutnyttjande mer än individer med lägre inkomst.

Forskare vid Lunds universitet (Beckman m.fl. 2013) som analyserar vårdvalssystemets effekter i Region Skåne finner också de att individer med högre inkomst är de som ökat sitt vårdutnyttjande mest.

Myndigheten för vårdanalys (2013:1) konstaterar i sin analys – baserad på data från Stockholms läns landsting, Region Skåne och landstinget i Östergötland – att det främst är välbeställda grupper som ökat sitt vårdutnyttjande mätt i antal besök efter det att vårdvalsystemen införts i primärvården.

Riksrevisionen (2014) har analyserat antalet besökare hos primärvårdsläkare före och efter det att vårdvalssystemet infördes i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Studien omfattar närmare 2,5 miljoner invånare. Analysen har genomförts i två steg. I det första steget analyseras hur sjuklighet, födelsetand och inkomst påverkar benägenheten att göra ett läkarbesök i primärvården respektive specialistvården. I den andra delen av undersökningen följs läkarbesöken 2007 respektive 2011 i en kohortstudie. Detta innebär att analysen inte påverkas

av födselar och dödsfall, inflyttning och utflyttning. I båda dessa regioner erhåller vårdgivarna en högre ersättning för vårdtunga patienter än för patienter med lättare vårdbehov. Resultaten från dessa två regioner är likartade. I båda regionerna har antalet besökare hos primärvårdsläkare ökat mer bland personer som har en hög – över medianen – familjeinkomst.

OTILLFREDSSTÄLLDA VÅRDBEHOV

Vid en analys av relationen mellan vårdbehov och vårdutnyttjande bör om möjligt även de otillfredsställda vårdbehoven beaktas. Dessa, det vill säga gapet mellan uppskattat vårdbehov och faktiskt erhållen vård, är sällan möjliga att exakt kvantifiera. Däremot kan storleksordningen ofta uppskattas. I ett internationellt perspektiv torde de största otillfredsställda vårdbehoven inom i-landskretsen finnas i USA trots att en större andel av BNP går till sjukvård i USA än i något annat ekonomiskt välutvecklat land. En av de viktigaste orsakerna till detta är att många saknar en sjukvårdsförsäkring samtidigt som de i yrkesverksamma åldrar inte kan erhålla en offentligt finansierad vård genom Medicaid (för fattiga). Många amerikaner är dessutom underförsäkrade, det vill säga deras försäkring täcker inte kostnaderna för alla sjukdomar och typer av vårdbehov. Marknadsorientering och privatisering av vårdens drift bidrar ytterligare till att olönsamma patienter inte får den vård de behöver vilket i sin tur ytterligare ökar de otillfredsställda vårdbehoven.

I ett svenskt perspektiv anser 16 procent att de inte har tillgång till den vård de behöver. Bland personer med dålig eller mycket

dålig hälsa är motsvarande andel 35 procent. Mer än en tredjedel av dem som anger att de har dålig hälsa anser således att de inte kan få den vård de behöver (Sveriges Kommuner och landsting (2017) Hälsa- och sjukvårdsbarometern 2016). Hälsa- och sjukvårdsbarometern för 2018 uppvisar ett liknade resultat.

De otillfredsställda vårdbehoven minskade från 25 till 20 procent mellan 2005 och 2009. Från 2010 har de ökat något igen till strax över 20 procent.

Skälen till de otillfredsställda vårdbehoven kan vara bristande tillgång till professionell vård, ekonomiska eller andra hinder för att söka vård men också ovilja mot eller okunskap om att söka vård. Sverige har tillsammans med Tyskland, Storbritannien och Nederländerna den lägsta andelen (sju till åtta procent) som anger att de inte besökt läkare på grund av kostnaderna eller inte gjort ett medicinskt test, en behandling eller uppföljning på grund av kostnaderna (Myndigheten för vårdanalys 2016:5). I Sveriges Kommuner och Landstings vårdbarometer 2015 var det endast en procent som angav ekonomiska skäl för varför de ej sökt vård vid upplevt behov av vård.

De största otillfredsställda vårdbehoven finns bland kortutbildade och låginkomsttagare, det vill säga i grupper med de största vårdbehoven. Bland kvinnor med enbart grundskola avstod 16 procent från vård trots upplevt behov. Motsvarande andel bland män var 13 procent (Socialstyrelsen 2011b).

I Stockholms län var det 35 procent av alla som fick ekonomiskt bistånd som avstod från att söka vård för att de inte hade råd (Burström m.fl. 2007). Samma höga nivå (36 procent) av

otillfredsställda vårdbehov bland såväl män som kvinnor i ekonomisk kris konstaterades i Folkhälsomyndighetens Folkhälsoenkät 2014. I samma enkät framkom att andelen med otillfredsställda vårdbehov bland män med arbetarbakgrund var 16 procent jämfört med 10 procent bland tjänstemän på mellan nivå och hög nivå. Motsvarande skillnad bland kvinnor var 21 respektive 14 procent.

Bland personer som upplevt ångest eller stor sorgsenhet är det två av tio som uppger att de inte fått hjälp inom vården. De med lägre inkomst har även i denna grupp större otillfredsställda vårdbehov än de med högre inkomst (Myndigheten för vårdanalys 2016:5).

Dessa otillfredsställda vårdbehov syns vanligen inte i sjukvårdens reguljära patientkontakter. De kräver speciella insatser för att upptäckas och ibland även för att åtgärdas. De kräver en sjukvård som även arbetar med uppsökande och kontaktskapande verksamhet. En sjukvård som kan möta olika befolkningsgruppers behov av vård och med kontaktytor även till dem som av olika skäl inte efterfrågar den vård de anser att de behöver. I andra fall kan det också handla om vårdbehov som en läkare eller sjuksköterska – snarare än personen själv – identifierar vid en uppsökande verksamhet.

En del hinder för att få den vård man behöver kan således vara av strukturell karaktär, som att man inte har råd eller att avståndet till närmaste vårdgivare är mycket stort. I andra fall kan det i stället handla om rädsla eller okunnighet.

Tyvärr finns så vitt känt inga analyser som visar om och hur det dubbla systemskiftet påverkat de otillfredsställda vårdbehoven.

Ett rimligt antagande kan dock vara att de otillfredsställda vårdbehoven ökar eftersom de personer som dessa främst gäller är personer med stora sammansatta kostnadskrävande vårdbehov som på sjukvårdsmarknaden är olönsamma patienter. I en starkt efterfrågestyrd sjukvårdsorganisation utan områdesansvar finns dessutom varken utrymme eller intresse för uppsökande verksamhet, vilket är en förutsättning för att minska de otillfredsställda vårdbehoven.

Socialstyrelsen gör mot denna bakgrund följande viktiga konstaterande: ”Det är en utmaning för hälso- och sjukvården att dels tillhandahålla en god vård med hög tillgänglighet till dem som behöver men nödvändigtvis inte begär den, dels inte lägga mer än tillräckliga resurser på dem med mindre vårdbehov trots att de kanske efterfrågar mer” (Socialstyrelsen 2018).

Sammanfattningsvis kan konstateras att den sociala ojämlikheten i vårdutnyttjande ökat ytterligare när vårdval med etableringsfrihet infördes i primärvården. Dessa reformer har främst gynnat ekonomiskt och/eller utbildningsmässigt privilegierade grupper. Det finns även skäl att anta – även om det här ännu saknas empiriskt underlag – att de dubbla systemskiftena också ökat snarare än minskat de otillfredsställda vårdbehoven.

Kapitel 11

Patienter med små vårdbehov prioriteras

BEHOVS- OCH SOLIDARITETSPRINCIPEN

Ett grundläggande krav för all offentligt finansierad vård är enligt hälso- och sjukvårdslagen att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (2 § hälso- och sjukvårdslagen).

I de etiska principer för den offentligt finansierade sjukvården som riksdagen fastställt 1997 förtydligas detta krav i den så kallade ”behovs- och solidaritetsprincipen”. Denna princip slår – som tidigare beskrivits – fast att vårdbehov ska styra fördelningen av sjukvårdens resurser, och att de med stora vårdbehov ska prioriteras före dem med små vårdbehov. Akut livshotande sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar ska ges högst prioritet.

Dessa principer får speciellt stor betydelse inom dagens primärvård. Ett skäl till detta är att allt fler patienter med stora vårdbehov som tidigare vårdades på sjukhus nu får vård inom primärvården. Ett annat skäl är att antalet äldre ökar vilket ställer ökande krav på primärvården när det gäller vård av multisyka patienter med stora vårdbehov.

Vid beskrivningar av stora respektive små vårdbehov utgår man vanligen ifrån enkla generella bedömningar som att patienter med allvarliga kroniska sjukdomar och äldre multistjuka patienter har stora vårdbehov medan de som söker vård för förkylning normalt har ett litet vårdbehov.

Mot denna bakgrund borde det ha varit självklart att utveckla och förstärka förutsättningarna för att säkerställa en behovsbaserad vård där de med större behov får en högre prioritering än de med mindre vårdbehov. Sveriges Kommuner och Landsting betonar också att de delvis nya behovsrelaterade ersättningsprinciperna inom primärvårdens vårdvalssystem som infördes 2016 syftar till en ”rättvis fördelning av resurser mellan patientgrupper med olika behov samt en prioritering av insatser för patientgrupper med särskilda behov...” (Sveriges Kommuner och Landsting 2012).

PATIENTER MED STORA VÅRDBEHOV MISSGYNNAS

Utvecklingen sedan vårdval och etableringsfrihet infördes har – enligt flertalet analyser och utvärderingar – visat att dessa reformer ökat vårdutnyttjandet bland patienter med små snarare än stora vårdbehov trots behovsbaserade ersättningar.

Riksrevisionen (2014) har genomfört en studie av hur förhållandet mellan sjuklighet och vårdutnyttjande förändrats efter vårdvalsreformen i två regioner (Region Skåne och Västra Götalandsregionen). Studien omfattar närmare 2,5 miljoner individer. I båda dessa regioner är ersättningen relaterad till patienternas vårdbehov.

Resultaten visar att många besökare med lätta och lindriga symptom har tillkommit efter reformen. Sannolikheten för läkarbesök i Skåne och Västra Götaland har ökat med cirka 15 respektive 25 procentenheter bland patienter med lindriga besvär medan den har minskat i övriga grupper.

I Region Skåne ökade antalet besök inom gruppen med små vårdbehov med närmare 88 procent. Det omvända gäller för den mest resurskrävande gruppen med stora vårdbehov. Här har antalet personer med stora vårdbehov som besökt läkare minskat med 1,7 procent. Mönstret för enbart primärvårdsbesök är likartat och innebär att det främst är de relativt friska patienterna som har ökat sitt vårdutnyttjande.

Uttryckt i siffror innebär detta att det i Region Skåne tillkommit 47 000 besökare i primär- och specialistvården med lindriga eller självläkande symptom som inte är särskilt resurskrävande för hälso- och sjukvården. Under samma period har 1 700 personer med svåra och resurskrävande sjukdomar inte gjort ett enda läkarbesök. Det är givetvis möjligt att dessa personer har haft andra kontakter med sjukvården, till exempel med sjuksköterskor. Det är också möjligt att de haft telefonkontakt med läkare för att till exempel förnya recept. Det kan dessutom inte uteslutas att vissa äldre patienter har placerats i särskilt boende där de får besök av läkare utan att detta registreras som läkarbesök. Dessa faktorer kan dock inte – enligt Riksrevisionen – fullt ut förklara minskningen i antalet besökare efter vårdvalsreformen. ”Man kan således inte utesluta att vårdvalet har bidragit till en prioritering av mindre resurskrä-

vande patienter, och att detta skett på bekostnad av de mer resurskrävande.” Denna nedprioritering kan ske dels genom ett relativt sett mindre vårdutbud i områden där befolkningen har särskilt stora vårdbehov, dels genom avveckling av vårdcentralernas områdesansvar och uppsökande verksamheter.

Den viktning av ersättning till vårdgivarna som gjorts utifrån vårdbehov och socioekonomiska faktorer har enligt Riksrevisionens rapport inte ”lyckats påverka prioriteringarna i tillräcklig grad. Många lätta patienter och korta besök tycks än så länge ge störst lönsamhet för vårdcentralerna.”

Riksrevisionens utvärdering visar också att det finns markanta skillnader i vårdbehov mellan de patienter som får vård vid offentligt respektive privat drivna vårdcentraler. Denna analys visar att ”ju sjukligare en patient är desto mer sannolikt är det att denna besöker en offentligt driven vårdcentral. Offentliga och privata vårdgivare möter således patientgrupper med olika vårdbehov.”

Sammantaget konstaterar Riksrevisionen att ”antalet besökare har ökat bland mindre sjukliga och minskat bland mer sjukliga”. Reformen kan därmed ha bidragit till en omprioritering av patienter i primärvården som går emot vårdens etiska plattform.”

Konkurrensverket (2014:2) konstaterar på basis av en enkät till vårdcentraler som går med underskott att över hälften av dessa vårdcentraler (huvudsakligen privata) anger att höga kostnader för patienter med stora vårdbehov i hög grad bidrar till att vårdcentralen går med underskott. Ur ett företagseko-

nomiskt perspektiv är således de patienter som har störst behov av vård olönsamma.

En tredjedel (33 procent) av samtliga vårdcentraler anser att kostnaderna för att möta patienternas vårdbehov inte täcks fullt ut av ersättningssystemet.

Ur ett kommersiellt perspektiv måste landstingen kraftigt höja ersättningen när det gäller vårdtunga patienter så att denna vård för ett relativt fåtal blir lönsammare än vård av många med små vårdbehov. Den vårdbehovsrelaterade viktning av ersättningen som i dag finns har – som tidigare konstaterats (Riksrevisionen 2014) – inte hindrat en utveckling som främst gynnar patienter med små vårdbehov.

Fristående digitala vårdföretag. Den snabba expansionen av offentligt finansierade fristående digitala vårdgivare innebär en ytterligare prioritering av lätta fall. Lars Sundman föreståndare för Prioriteringscentrum i Linköping varnar denna utveckling med hänsyn till att resurserna är begränsade. ”De som har de största behoven kroniker och de mest sjuka äldre borde istället prioriteras högre” (DN Tema vård 2 juli 2018).

Ersta diakoni – som driver en privat icke vinstdriven vård – har av ekonomiska skäl avstått från att driva offentligt finansierad primärvård. Skälet lär vara att Ersta anses ge mycket god vård till patienter med stora vårdbehov. Därför söker många av just dessa patienter deras vård. Ur ett vårdpolitiskt perspektiv borde detta vara mycket positivt eftersom multisjuka patienter är en prioriterad grupp som inte alltid får den vård de behöver. Men i ekonomismens tidevarv inom vården avstår man i stället

från att bedriva primärvård. Stora vårdbehov hos patienterna leder med andra ord till att även en icke vinstdriven vårdgivare inte anser det finansiellt möjligt möjligt att erbjuda denna ”olönsamma” grupp primärvård.

Myndigheten för vårdanalys (2013:1) har gjort en jämförande studie av vårdutnyttjandet i tre landsting (Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland och Region Skåne). I denna studie jämförs hur vårdutnyttjande och den patientupplevda tillgängligheten i primärvården utvecklats för patientgrupper med olika vårdbehov före och efter införandet av vårdval.

Två olika bedömningsgrunder har använts för att belysa om införandet av vårdvalssystem missgynnat dem med stora vårdbehov. Den ena metoden utgår från ett vanligt behovsbaserat jämlikhetsperspektiv medan den andra fokuserar på eventuella ”undanträngningseffekter”.

Utifrån ett traditionellt jämlikhetsperspektiv konstateras att befolkningen som helhet – sedan vårdvalssystemet infördes – ”i flera avseenden ökat sitt vårdutnyttjande i större utsträckning än personer med stora vårdbehov...” ”Sett enbart till läkarbesök vid mottagning har befolkningen i samtliga jämförda landsting en ökning av läkarbesök vid mottagning som är större jämfört med personer med stora vårdbehov...” ”Det finns även en tydlig ökning av andelen läkarbesök med enklare diagnoser i relation till dem med stora vårdbehov vilket främst observeras i Stockholm...” ”Samtidigt uppvisar personer med stora vårdbehov, jämfört med befolkningen, i flertalet fall en kraftigare ökning av läkarbesök i hemmet.”

Analyserna som utgår från "undanträngningsperspektiv" visar att det inte går att se "tydliga tecken på absoluta undanträngningseffekter, det vill säga att vissa patientgrupper ökat sitt vårdutnyttjande medan andra minskat vårdutnyttjandet".

En bedömning av "undanträngningseffekter" görs också som baseras på en "viktad jämförelse av vårdutnyttjandet". Denna viktning är baserad på SKL:s uppskattning av resursförbrukningen vid olika typer av besök hos olika personalkategorier. "Ett besök i hemmet i relation till på mottagning ges här dubbel vikt (2.0). Och ett besök utfört av sjuksköterska viktas med 0,4 i relation till ett läkarbesök." Ingen motivering ges till varför man använder kostnadsbaserade viktningar för att klarlägga eventuella undanträngningseffekter.

På basis av denna viktade jämförelse konstateras "att inga absoluta undanträngningseffekter ägt rum för flertalet av de vårdbehövande grupperna efter vårdvalets införande". Detta kan ge ett intryck av att det dubbla systemskiftet inte lett till några allvarigare negativa effekter – ingen grupp har fått det sämre.

Undanträngningsanalyser saknar både behovs- och jämlikhetsperspektiv

Vid tolkningen av dessa "undanträngningsanalyser" är det viktigt att komma ihåg att de helt saknar ett jämlikhetsperspektiv. Om de med stora vårdbehov har ett oförändrat vårdutnyttjande efter vårdvalets införande samtidigt som vårdutnyttjandet ökat kraftigt bland personer med små vårdbehov är denna prioritering och ökande ojämlikhet inget problem i ett undanträngningsperspektiv.

Den andra stora bristen med detta undanträngningsperspektiv är att man inte beaktar olika gruppers otillfredsställda vårdbehov. Man kan få ett intryck av att ett oförändrat vårdutnyttjande även i detta fall är acceptabelt så länge det inte minskar.

När det gäller att bedöma i vilken utsträckning effekterna av olika reformer bidragit till en bättre och jämlikare vård krävs därför andra mät- och analysmetoder som fokuserar på såväl behov av som fördelning av vård.

Sveriges Kommuner och Landsting (2012) initierade en enkät till verksamhetschefer för att klarlägga om de upplevde att de nya marknadsorienterade ersättningssystemen bidrog till att lätta fall prioriterades före tyngre fall. 80 procent av de som svarade på denna enkät ansåg att de nuvarande ersättningssystemen inte stödjer en prioritering av patienter med stora vårdbehov. Cirka 70 procent av dessa verksamhetschefer ansåg dessutom att nuvarande ersättningsprinciper i hög eller ganska hög utsträckning riskerar att orsaka undanträngning av patientgrupper. Knappt 60 procent av de svarande ansåg att de nuvarande ersättningssystemen gynnade korta besök. Detta resultat måste tolkas med försiktighet eftersom endast 53 procent av de tillfrågade verksamhetscheferna besvarade enkäten och de privata vårdgivarna är underrepresenterade. Samtidigt kan dock konstateras att verksamhetschefer från samtliga landsting har deltagit.

Janne Agerholms doktorsavhandling vid Karolinska Institutet (2016) visar också att de marknadsorienterade reformerna inom primärvården i Stockholm läns landsting som initiera-

des 2008 inte främst gynnade patienter med stora vårdbehov. Tvärtom ökade den vertikala ojämlikheten mellan 2007 och 2011 (Agerholm 2016).

Uppföljning av Vårdval Stockholms två första år (Rehnberg 2010) och *en femårsuppföljning av Vårdval Stockholm* (Dahlgren, C 2013) visar – i motsats till de ovan redovisade utvärderingarna – att vårdutnyttjandet har ökat mer för vårdtunga grupper än för patienter med mindre tunga vårdbehov. Detta är speciellt anmärkningsvärt eftersom den borgerliga majoriteten i Stockholm valt att ta bort den ersättning till vårdgivarna som är relaterad till patienternas sociala position (utbildning och inkomst). Samtliga andra landsting i landet har tvärtom infört en viktning av ersättningen relaterad till förväntat vårdbehov baserat på tidigare sjukdomshistoria och/eller socioekonomiska faktorer. Syftet med denna behovsrelaterade viktning var att göra det mer lönsamt att ge vård till patienter med stora ofta sammansatta vårdbehov än om man endast beaktade vårdbehov relaterade till ålder. Mot denna bakgrund kunde vårdgivarna i Stockholm av lönsamhetsskäl vara mindre benägna att prioritera patienter med stora vårdbehov. Enligt dessa två utvärderingar har effekten blivit den motsatta. Vårdutnyttjandet har efter vårdvalets införande ökat mer för vårdtunga patienter än för patienter med mindre tunga vårdbehov.

En möjlig orsak till de avvikande resultaten i Stockholm – med sin större andel av privata vinstdrivna vårdgivare – kan vara att vårdgivarna här i högre grad än i övriga landsting av lönsamhetsskäl ”måste” dela upp ett normalt besök i flera

besök. Möjligheterna att göra detta är sannolikt större vid vård av patienter med stora vårdbehov. Det faktum att den borgerliga majoriteten valt att ta bort den högre ersättningen för patienter med stora socialt relaterade vårdbehov kan öka behovet av att som kompensation dela upp ett normalt besök i flera besök. Denna förklaring stärks av en patientenkät redovisad i en rapport från Myndigheten för vårdanalys (2013:1) som visar att antalet besök för ett visst vårdbehov ökat efter det att man infört vårdvals-system i Stockholms län.

Sammanfattningsvis visar samtliga analyser – utom två som var beställda av Stockholms läns landsting – att vårdval och etableringsfrihet främst gynnar patienter med små vårdbehov snarare än patienter med stora vårdbehov. Beaktar man även att de geografiska och sociala skillnaderna i tillgång och utnyttjande av primärvård ökat markant framstår vårdval med etableringsfrihet som en entydigt ojämlikhetsskapande reform. En reform som står i direkt strid mot såväl gällande hälso- och sjukvårdslag som de etiska principer som riksdagen fastställt för all offentligt finansierad sjukvård. I SNS skrift Primärvården efter vårdvalsreformen döljer man detta genom följande sammanfattning av samma utveckling: Det råder ”osäkerhet om huruvida reformen har bidragit till en mer jämlik tillgång till vård” (Häger Glenngård 2015).

Kapitel 12

Vårdsystemets kvalitet: Valfrihetsreformerna påverkar inte valfriheten

TVÅ KOMPLETTERANDE PERSPEKTIV PÅ VÅRDENS KVALITET

Bedömningar av hur olika reformer påverkar hälso- och sjukvårdens kvalitet bör alltid analyseras ur två olika perspektiv.

Det ena perspektivet fokuserar på reformens effekter på själva sjukvårdssystemets kvalitet. Fördelas resurserna efter behov? Prioriteras patienter med stora vårdbehov före patienter med mindre behov av vård? Förbättras eller försämras samordningen av olika vårdinsatser? Hur påverkas möjligheterna att säkerställa en god kontinuitet i vården? Frågor som dessa kan sällan eller aldrig besvaras baserat på en enskild patients bedömning. Svaren finns inte heller i ett rent medicinskt perspektiv. De kräver en helhetssyn – ett systemperspektiv – för att kunna analyseras och besvaras.

Det andra perspektivet handlar om hur olika reformer påverkar vårdinsatsernas upplevda och medicinska kvalitet. Hur påverkas patienternas upplevelse av vården och hur förbättras vårdens medicinska kvalitet till exempel i termer av bättre

hälsa, högre grad av livskvalitet och färre sjukhusrelaterade infektioner? Dessa frågor ligger således nära patientens, respektive den medicinska professionens egna bedömningar av olika vårdinsatsers kvalitet.

I de följande tre kapitlen ligger fokus på det dubbla systemskiftets effekter på vårdsystemets kvalitet när det gäller rätten att välja vårdgivare, vårdens kontinuitet, samordning och innovationskraft samt väntetider och vårdköer.

VALFRIHET ÄR INTE DETSAMMA SOM ÖKAD PRIVATISERING

Nästan alla tycker det är viktigt att kunna välja – och välja bort – en vårdgivare. Frihet att välja vårdgivare är också ett centralt vårdpolitiskt mål. Fritt vårdval är en viktig del i ett bra vårdssystem. Om detta råder politisk enighet.

De som förordar en ökad privat vinstdriven offentligt finansierad vård använder som ett av sina starkaste argument att ”valfriheten ökar”. Varje ingrepp som kan begränsa utbudet av privat vinstdriven vård beskrivs här som ett direkt hot mot denna valfrihet. Den politiska debatten om ökad offentlig finansiering av privat vinstdriven vård har därför i hög grad blivit en debatt om patientens valfrihet. De som är emot en ökad vinstdriven privatisering ses också som motståndare till rätten att välja vårdgivare.

Denna uppfattning om vinstdriven vård som förutsättning för valfrihet saknar dock verklighetsförankring. Flertalet önskar ett fritt vårdval samtidigt som flertalet är emot privat vinst-

driven offentligt finansierad vård. Rätten att välja vårdgivare och valet av driftsform för den offentligt finansierade vården är nämligen två olika frågor utan direkt inbördes samband.

I den allmänna debatten har man trots detta ofta talat om ”ökad valfrihet” när man menar ”ökad offentlig finansiering av privat vinstdriven vård”. De borgerliga partierna och andra privatiseringsivrare har framgångsrikt lyckats med att som sagofiguren Humpty Dumpty hävda att ett ord betyder det som de själva valt att det ska betyda. Detta missvisande språkbruk har också präglat benämningen av olika lagar och regelverk. Lagen om obligatoriska vårdvalssystem i primärvården har till exempel trots sitt namn inte påverkat patienternas rätt att fritt välja privata eller offentliga vårdgivare. Denna rätt var densamma såväl före som efter det att denna vårdvalslag trädde i kraft. Genom denna orwelliska språkförvrängning har man med andra ord lyckats göra en diskussion om ökad privat vinstdriven vård som saknar stöd i den allmänna opinionen till en diskussion om rätten att välja vårdgivare som nästan alla stödjer.

Det är anmärkningsvärt att denna koppling mellan privatisering och valfrihet fått ett sådant genomslag i den politiska debatten. Många politiker främst inom det borgerliga blocket men även inom socialdemokratin utgår från att valfriheten är hotad om den offentliga finansieringen av privat vinstdriven vård minskar. En förstärkning av den offentliga vården där den bäst behövs beskrivs däremot sällan i termer av ökade möjligheter att välja vårdgivare. Ur ett kommersiellt och nyliberalt perspektiv är det givetvis en mycket stor framgång att deras

vilsedande användning av begreppet valfrihet också blivit den som vanligen används i den vårdpolitiska debatten.

Ur ett vårdpolitiskt perspektiv kan det däremot vara motiverat att belysa om och hur kravet på vinst till vårdföretagens ägare påverkar utbudet av vård. Kraven på vinst innebär ju att det privata utbudet av vård begränsas till de vårdgivare som går med en tillräckligt god vinst för att ägarna ska vara intresserade av fortsatt drift. Inom den icke vinstdrivna privata och offentligt drivna vården finns inte denna begränsning. De kan inom givna finansiella resursramar även driva vårdcentraler där behoven är störst men vinstmöjligheterna begränsade. Det fria vårdvalet finns givetvis kvar i detta behovsstyrda vårdutbud.

Vad som nu krävs är att få en mer verklighetsanknuten diskussion kring valfrihet i vården. Samt en helt annan och fristående debatt om huruvida den skattefinansierade vården bör drivas i offentlig eller privat vinstdriven regi. Den avgörande frågan blir då inom vilken typ av vårdutbud man önskar ett fritt val av vårdgivare. Önskar man ett fritt vårdval inom ett behovsbaserat vårdutbud, det vill säga där den offentligt finansierade vården lokaliseras där den bäst behövs. Eller önskar man frihet att välja vårdgivare i ett kommersiellt styrt vårdutbud där vårdföretagens lönsamhetsbedömningar styr lokaliseringen av offentligt finansierad vård. Det fria vårdvalet gäller i båda fallen.

Det finns samtidigt goda skäl att här också se lite närmare på hur rätten att välja vårdgivare har utvecklats och motiven till medborgarnas val av till exempel vårdcentral.

FRITT VÅRDVAL HAR FUNNITS SEDAN BÖRJAN AV 1990-TALET

Vårdvalsreformen beskrivs ofta som om just denna reform innebar att den gav alla rätt att själva välja vårdgivare. Rätten att välja vårdgivare har emellertid funnits inom den offentligt finansierade vården sedan början på 1990-talet. I en proposition 1994/95 om fritt val av fast läkarkontakt i primärvården angavs att "Landstingen skall organisera primärvården på så sätt att alla som är bosatta inom landstinget skall kunna välja en fast läkarkontakt i primärvården." Denna rätt att fritt välja vårdgivare utvidgades några år senare. Dåvarande Landstingsförbundet ger följande redovisning av valmöjligheterna inom hälso- och sjukvården vid millennieskiftet (Landstingsförbundet 2000): "Sedan början av 1990-talet har också patienterna stora möjligheter att välja vårdgivare för icke akut vård i det egna landstinget och i andra landsting. Dessa valmöjligheter för patienten är reglerade i hälso- och sjukvårdslagen." I de så kallade Dagmar-överenskommelserna mellan regeringen och Landstingsförbundet år 2000 och 2001 utvidgades valmöjligheterna. Vid val inom det egna landstinget har patienten fritt val av "vårdinrättning/vårdgivare inom primärvården" samt av "öppenvårdsmottagning för specialistsjukvård och sjukhus inom länssjukvården". Patienterna kan även fritt välja vårdgivare i alla andra landsting. Det gäller såväl inom primärvården som inom specialistsjukvården och vid val av slutenvård vid sjukhus. Vid val av specialistsjukvård i annat landsting än det egna gäller hemlandstingets remissregler och vid val av sjuk-

hus för slutenvård ska behovet ha fastställts i hemlandstinget. Kravet på valfrihet är reglerat i hälso- och sjukvårdslagens paragraf 5 som slår fast att: ”Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.”

Det är mot denna bakgrund grovt missvisande att hävda att det fria vårdvalet infördes först med lagen om valfrihets-system och lagen om valfrihetssystem i primärvården 2010. Det fria vårdvalet var oförändrat stort såväl före som efter dessa så kallade valfrihetsreformer.

I ett internationellt perspektiv kan samtidigt konstateras att denna rätt att fritt välja vårdgivare sedan slutet av 1990-talet varit större i Sverige än i många andra länder. I vissa länder får man till exempel bara välja vårdgivare i närheten av där man bor (Anell 2011). I USA med sitt marknadsorienterade system är också valmöjligheterna för flertalet medborgare ofta än mer begränsade. De med privata sjukvårdsförsäkringar kan där endast välja vårdgivare som täcks av just deras försäkring. Dessa valmöjligheter är ofta relaterade till priset på försäkringen – ju dyrare försäkring desto fler valmöjligheter. Resurssvaga patienter och äldre som erhåller offentligt finansierad vård kan i USA enbart välja de vårdgivare som accepterar offentligt finansierade patienter. Många privata vårdgivare i USA tar inte emot dessa patienter eftersom de ofta är mindre lönsamma än de som är privat finansierade.

VAL AV VÅRDGIVARE BASERAS MYCKET SÄLLAN PÅ DRIFTSFORMEN

Vid en analys av valfrihetens betydelse inom vården belyser Konkurrensverket (2014) bland annat orsakerna till att man väljer, respektive byter, vårdgivare.

Det helt dominerande kriteriet vid val av vårdcentral är avståndet från bostaden. En stor majoritet – 71 procent – av alla invånare är listade vid den vårdcentral som ligger närmast bostaden (Konkurrensverket 2014:2). Personer med stora vårdbehov torde i särskilt stor utsträckning lista sig och utnyttja den vårdcentral i det område där man bor (Riksrevisionen 2014).

Den hälft av befolkningen som inte valt någon vårdcentral/läkare listas vid den vårdcentral som ligger närmast bostaden.

Samtidigt är byte av vårdcentral relativt ovanligt såväl i Sverige som i många andra länder (Dixon, A.R. m.fl. 2010). Detta gäller speciellt de patienter som behöver uppsöka vården ofta, till exempel på grund av någon eller flera kroniska sjukdomar. Dessa patienter värderar närhet och kontinuitet i vården mycket högt, vilket ytterligare minskar benägenheten att byta vårdgivare. Rätten att kunna byta vårdgivare om man är missnöjd är samtidigt av särskilt stort värde för de patienter som har stora och kontinuerliga behov av professionell vård.

Av de 25 procent som under tre år (2011–2013) bytt vårdcentral är orsaken för närmare hälften att man flyttat till ett nytt område. Dessa byten av vårdcentral hade således inget samband med den tidigare vårdcentralens kvalitet, läge eller driftsform. Missnöje med vården var orsak till 5 procent av de

byten som gjordes under denna treårsperiod. Bättre läge för en annan vårdcentral var skälet till 2 till 5 procent av de byten som gjordes medan ytterligare 2 till 5 procent bytte därför att en vän rekommenderat en annan vårdcentral. Valet av vårdgivare baseras däremot sällan på driftsformen. Konkurrensverkets undersökning visar ”att det är ovanligt att byta vårdcentral i syfte att få en annan huvudman” (Konkurrensverket 2014:2).

Ur ett medborgar-/patientperspektiv tycks således driftsformen (offentlig eller privat drift) vara av marginell betydelse vid såväl val som byte av vårdcentral. Detta stämmer dåligt överens med dagens debatt, där valfriheten i hög grad anses gälla just om vården drivs i offentlig eller privat regi. Detta felaktiga antagande är givetvis av strategisk betydelse för att kunna driva en politik för ökad privat vinstdriven vård i termer av just det för många så positivt värdeladdade begreppet ”ökad valfrihet”.

FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR KUNSKAPSBASERADE VAL ÄR MYCKET BEGRÄNSADE

Patienternas möjligheter att göra kunskapsbaserade val av vårdgivare är mycket begränsade. Det finns till exempel ingen allmänt tillgänglig information om olika vårdcentralers medicinska kvaliteter, och än mindre om enskilda vårdgivarers professionella kompetens. Däremot finns vissa uppgifter om den upplevda kvaliteten baserad på tidigare patienters bedömningar. Men det är få som ens tar del av dessa. Enligt en undersökning av Myndigheten för vårdanalys (2013:4) anger flertalet (75 procent) av dem som bytt eller funderat på att byta vård-

central att de inte alls eller i liten utsträckning sökt denna eller liknande former av information.

Den viktigaste informationskällan vid val av vårdcentral är i stället omdömen från släkt och vänner, samt allmänna uttalanden om vårdcentralens eller ägarens rykte. Detta beskrivs ibland som en ”ryktesmarknad”. De privata vårdgivarna har i högre grad än de offentliga insett betydelsen av att genom olika marknadsföringsstrategier få ett gott ”rykte” (Konkurrensverket 2014:2). ”Image is often more real than reality” som det har uttryckts på den vanliga kommersiella marknaden. Ett exempel på detta är den intensiva marknadsföring som för närvarande drivs av de offentligt finansierade digitala privata läkarföretagen genom bland annat annonskampanjer i tunnelbanan, på nätet och i andra medier. Allmänheten får däremot ingen information om att många diagnoser som ställs av dessa läkare som enbart har kontakt via datorn eller mobilen är felaktiga (IVO 2017).

I praktiken är således förutsättningarna för att kunna göra mer informerade val av vårdgivare mycket begränsade.

Detta minskar på inget vis betydelsen av ett fritt vårdval och av att utifrån egna erfarenheter i ett sådant kunna välja en ny vårdgivare när man är missnöjd med den man tidigare valt. Men patienternas rätt att välja och välja bort en vårdgivare kan aldrig minska landstingets ansvar att säkerställa bästa möjliga vård oberoende av patienternas val. Ingen som väljer en offentligt finansierad vårdgivare ska behöva vara orolig för att hen får sämre vård på grund av ett felaktigt val. Vårdens kvalitet måste garanteras för alla som erhåller offentligt finansierad vård.

VALFRIHET ÄR INGEN BRA METOD FÖR BÄTTRE VÅRDKVALITET

Den svenska välfärdsmodellen har traditionellt baserats på en princip om att all offentligt finansierad vård ska vara av så god kvalitet att man inte kan välja fel, det vill säga välja en vårdgivare av låg/bristfällig kvalitet. Vid offentlig drift liksom vid entreprenadupphandlingar har landstinget det fulla ansvaret för att patienten oberoende av vårdgivarval får en vård av hög kvalitet.

Införandet av vårdvalssystem innebär en starkare betoning av att patientens val förbättrar vårdens kvalitet bland annat genom att dåliga vårdgivare sorteras bort. Ingen väljer ju en vårdgivare som inte erbjuder bästa möjliga vård. Dessutom förväntas en ökad kvalitetskonkurrens mellan vårdgivarna bidra till en generellt sett högre kvalitet, inte minst när det gäller service och bemötande. En annan av de påstådda fördelarna med kvalitetskonkurrens är att den ”inte kräver att man i förväg tar ställning till om privat eller offentligt ägande har en inbyggd överlägsenhet – vad som är riktigt överlägset sett med köparens ögon kommer att avslöjas genom konkurrensförfarandet” (Culyer, A.J. 1992).

Statskontoret konstaterar mot denna bakgrund att vårdvalssystemen innebär att patienterna förväntas ”svara för en viktig del av kvalitetsprövningen genom sitt val av utförare. Genom denna uppgift tar brukarna över en del av den kvalitetssäkring som kommunerna tidigare svarat för.” Detta gäller enligt statskontoret trots att beställaren i förfrågningsunderlaget anger vilka kvalitetskrav som ska gälla för den aktuella verksamheten (Statskontoret 2012:15).

Antagandet att ökad valfrihet och konkurrens skulle förbättra vårdens kvalitet försvagas emellertid – som bland annat OECD påpekat – av att ”Serviceanvändarna har inte tillräcklig kvalitetsbaserad information att bygga sina val av utförare på” (OECD 2013). Dessutom förutsätts att patienterna aktivt baserar sina val och byte av vårdgivare på denna information. Det faktum att flertalet väljer den vårdcentral som ligger närmast hemmet utan närmare granskning av den eventuella information som finns om denna vårdcentralers kvalitet undergräver ytterligare förutsättningarna för att patientens val ska förbättra vårdens kvalitet. Det faktum att mycket få byter vårdcentral på grund av upplevd dålig kvalitet marginaliserar ytterligare individens möjligheter att genom sitt val av vårdgivare avveckla dålig och utveckla bra vård.

En kvalitetssäkring utifrån patienternas val är sett ur ett vårdpolitiskt perspektiv dessutom en vanskelig metod, speciellt om den också omfattar vårdens medicinska kvalitet. Ingen patient inom den offentligt finansierade vården ska behöva riskera att välja fel, det vill säga välja en läkare/vårdcentral som ger en bristfällig/dålig medicinsk vård. Detta kan ju leda till allvarliga konsekvenser som inte kan repareras genom att byta vårdgivare. Ett absolut krav måste därför vara att alla offentligt finansierade vårdgivare erbjuder en vård av hög medicinsk kvalitet.

VALFRIHETEN ÖKAR FÖR VÅRDFÖRETAGEN

Valfrihetsreformerna har som belysts i föregående avsnitt inte ökat valfriheten för medborgarna. Däremot har de vinst-

drivna vårdföretagens valfrihet ökat, eftersom vårdvalssystem med etableringsfrihet ger dem rätt att välja enbart företags-ekonomiskt lönsamma områden vid etablering av till exempel nya offentligt finansierade vårdcentraler. Denna frihet att välja lönsamma och välja bort olönsamma områden är av strategisk betydelse för vårdföretagens möjligheter till optimala vinster. Ur ett rent kommersiellt perspektiv är det därför naturligt att försvara dessa valfrihetsreformer, trots att de strider mot hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Kapitel 13

Vårdsystemets kvalitet: Förutsättningarna för kontinuitet, samverkan och innovationer försämras

KONTINUITET I VÅRDEN ÄR EN AV VÅRDSYSTEMETS VIKTIGASTE KVALITETER

Kontinuitet i vården är en mycket viktig dimension av vårdens kvalitet, speciellt för kroniskt sjuka och multisjuka patienter, bland annat genom att diagnoser kan ställas tidigare. En god kontinuitet i vården minskar också behovet av slutna vård och akutbesök. Samtidigt ökar det vårdens produktivitet (Myndigheten för vårdanalys 2017:3). Inom primärvården innebär det att alla bör ha en fast läkarkontakt samt vid behov även en fast vårdkontakt som samordnar insatser från olika vårdgivare och med primärkommunala organ. -

Bestämmelserna om en fast läkarkontakt infördes 2010 i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2010:243) och i patientlagen (2014:821). Enligt Socialstyrelsen fick detta krav initialt ett mycket begränsat genomslag. En majoritet av landets vårdcentraler hade efter lagens första två år ännu inte tilldelat patienterna någon fast vårdkontakt (Socialstyrelsen 2012). I en rapport från Myndigheten för vårdanalys (2016:5) konstateras att

endast 42 procent har angett att de har en fast läkarkontakt och att detta är en mycket lägre andel än i flertalet västeuropeiska länder. Motsvarande andel är till exempel i Norge 95 procent. (Dagens Nyheter 2018) Andelen med en fast läkarkontakt varierar starkt mellan landstingen. Den lägsta andelen fanns enligt en rapport från Myndigheten för vårdanalys i Örebro (25 procent) och den högsta i Kalmar (52 procent) (Myndigheten för vårdanalys PM 2016:5). De med lägre utbildningsnivå har i högre grad en fast läkarkontakt än de med högskoleutbildning (56 respektive 48 procent) (SOU 2018:55). Förutsättningarna för en upplevd god kontinuitet inom primärvården tycks vara något större vid privat än offentlig drift. ”Förklaringen till denna skillnad är sannolikt i första hand att offentliga mottagningar är något större samt överrepresenterade i socio-ekonomiskt tunga områden” ... (Häger Glenngård 2015)

Ibland talar man om behovet av att finna en ”balans mellan kontinuitet och valfrihet” (SOU 2018:55). Det finns dock ingen motsättning mellan fritt vårdval och kontinuitet. Rätten att inte byta den egna fasta läkaren eller vårdkontakten är en självklar och viktig del av det fria vårdvalet. En motsättning finns däremot – som belyses i nästa avsnitt – mellan kontinuitet och dagens vårdvalssystem

FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR KONTINUITET I VÅRDEN FÖRSÄMRAS PÅ EN KONKURRENSUTSATT VÅRDMARKNAD

Det finns en märklig paradox i dagens systemskifte inom vården. Behovet av kontinuitet genom en fast läkarkontakt betonas som tidigare samtidigt som kvalitetskonkurrens inom vårdvalsystemen tvärtom förutsätter aktiva patienter som ofta byter vårdgivare. Utan byten ingen konkurrens. Kammarkollegiet betonar detta i sina ”Riktlinjer för förfrågningsunderlag” (2011:01): ”För att valfrihetssystem ska fungera ändamålsenligt är det viktigt att den enskilde medborgaren kontinuerligt utvärderar och väljer eller byter leverantör utifrån sina egna preferenser. I förfrågningsunderlaget bör anges villkoren för omval.”

Ur ett systemperspektiv torde det därför vara svårare att säkerställa en god kontinuitet på en vinstdriven konkurrensutsatt vårdmarknad än inom ett offentligt behovsbaserat system.

Detta har sällan anförts som ett argument för en ökad offentlig drift av till exempel vårdcentraler med dess höga andel av äldre patienter med stora och komplexa vårdbehov. Marknadsorientering och ökad vinstdriven vård har ansetts viktigare. Däremot har införandet av vårdvalssystem likafullt ofta motiverats med att det ska ge bättre förutsättningar för just kontinuitet i vården än vanlig upphandling. Skälet som här förs fram är att man vid en vanlig upphandling normalt har ett kontrakt som gäller tre till fem år. Innan avtalet går ut utlyses en ny upphandling som kan innebära att en annan privat vård-

givare tar över driften. Normalt följer personalen med till den nya vårdgivaren. I vissa fall önskar dock den nya vårdgivaren anställa egen personal. I andra fall är det personal som själva väljer att sluta vid skifte av vårdgivare. Denna personalomsättning minskar kontinuiteten i vården för de patienter som varit listade på läkare som sålunda ersätts av andra läkare.

I vårdvalssystemen finns inga krav på periodiska upphandlingar. De privata vårdgivare som godkänts bibehåller utan någon tidsgräns rätten till offentlig finansiering av sin verksamhet. Denna rätt går förlorad enbart vid allvarliga avtalsbrott eller till följd av politiska beslut att avveckla eller förändra vårdvalssystemet. Däremot går privata vinstdrivna vårdcentraler i konkurs eller avvecklas på grund av dålig lönsamhet. Det innebär minskad kontinuitet för patienter som måste hitta en ny vårdgivare. I detta avseende är kontinuiteten större hos offentliga vårdgivare. Mot detta kan ställas att personalomsättningen ofta är mindre vid privat än vid offentlig drift.

Det finns därför goda skäl att analysera hur vårdvalssystemen påverkar vårdens kontinuitet.

Riksrevisionen (2014) har ingående analyserat förutsättningarna för att ge kontinuerlig vård i vårdvalssystem med kvalitetskonkurrens. Denna analys visar att vårdcentraler i glesbygden och i områden där vårdbehovet är stort tycks ha sämre förutsättningar att erbjuda en god kontinuitet.

I denna utvärdering konstateras vidare att det uppstått ett allt större behov av att anställa så kallade hyrläkare, speciellt i de områden där få eller inga av de privata vårdföretagen önskat

lokalisera sin offentligt finansierade vård. Då omsättningen på dessa läkare är hög innebär detta att möjligheterna att erbjuda en god kontinuitet i vården försämrats just där detta behov är speciellt stort.

Utformningen av ersättningen till vårdgivarna kan dock användas för att påverka situationen i låginkomstområden där befolkningen har stora vårdbehov. Riksrevisionens analys visade att vårdcentralerna i de landsting som betalade ut kompensation för listade patienter i socioekonomiskt svaga områden i mindre utsträckning använde hyrläkare än vårdcentraler i de landsting där ingen sådan kompensation betalades ut.

I en fördjupad studie undersökte Riksrevisionen (2014) om medelinkomst och förväntat vårdbehov hos befolkningen har betydelse för bemanningsstrukturen hos vårdcentraler i olika geografiska områden. Denna analys omfattar merparten av landets vårdcentraler. Vårdcentralernas socioekonomiska profil bestämdes utifrån den befolkning som var bosatt i de områden där vårdcentralerna var lokaliserade – inte utifrån de individer som hade listat sig vid respektive vårdcentral. Detta innebär en viss osäkerhet i resultaten från denna analys även om det är väl känt att de flesta väljer att gå till närmaste vårdcentral.

Riksrevisionens analys visade att ju lägre det förväntade vårdbehovet var, ju högre läkartäthet på vårdcentralen. Det innebär – i städer och tätorter – att ju större befolkningens vårdbehov i ett visst område är, desto fler patienter är listade per läkare. Detta innebär att förutsättningarna för en god kontinuitet är sämre där vårdbehoven är störst.

En förklaring till detta samband ”kan vara att fler privata vårdcentraler finns etablerade i områden där medelinkomsten är högre än genomsnittet och där vårdbehoven förväntas vara lägre. De privata vårdcentralerna har i genomsnitt färre listade individer per läkare än offentliga vårdcentraler” (Riksrevisionen 2014). Ett ytterligare skäl till en bättre kontinuitet kan vara att personalomsättningen inom den privat vinstdrivna vården sannolikt är något lägre än inom den offentligt drivna vården.

Vårdcentraler i områden med högre förväntat vårdbehov har däremot färre läkare relaterat till antalet invånare. Det innebär att arbetsbelastningen blir högre, vilket i sin tur torde innebära att det är jämförelsevis svårt att såväl rekrytera som behålla läkare på vårdcentraler i socioekonomiskt svaga områden. I dessa områden torde det därför vara svårare att erbjuda alla invånare en fast läkarkontakt.

Vårdvalets ökade utbud av privat drivna offentligt finansierade vårdcentraler förbättrar således förutsättningarna för en god vårdkontinuitet i områden med redan goda möjligheter att erbjuda en fast läkarkontakt, medan dessa möjligheter förblir fortsatt mycket mindre i de socialt utsatta områden där behovet av en fast läkarkontakt är störst.

KONKURSER MINSKAR VÅRDENS KONTINUITET

Kontinuiteten inom vården bryts när en privat vinstdriven vårdcentral läggs ner på grund av att den går i konkurs eller till följd av att andra alternativa verksamheter är mer lönsamma.

De vårdcentraler som inte lyckats få 5 000 listade patienter löper en hög risk att gå i konkurs. Från 2011 till 2013 drabbade detta 18 procent av dessa privata vårdcentraler (Konkurrensverket 2014:2).

Plötsliga konkurser skapar stora problem för såväl landsting som patienter. När Sensia som ägde ett antal vårdcentraler gick i konkurs måste landstingen – som enligt hälso- och sjukvårdslagen har ett ”sista hands ansvar” att säkerställa en god vård för alla invånare – omplacera 30 000 patienter. Detta skapade stora problem även för de vårdcentraler som helt oplanerat skulle ta emot dessa nya patienter.

Enligt Konkurrensverket är risken stor för ytterligare konkurser bland de privat vinstdrivna vårdföretagen. ”Var tionde privat vårdcentral redovisar nyckeltal under, eller långt under branschsnittet. En tredjedel av dessa visar stora betalningsproblem eller har förbrukat aktiekapitalet” (Konkurrensverket 2014:2). Vid en analys av förutsättningarna för en förbättrad kontinuitet i vården finns således skäl även beakta effekterna av privata vårdföretags konkurser.

PRIVATA HYRLÄKARE LEDER TILL SÄMRE KONTINUITET I VÅRDEN

Privata hyrläkare, det vill säga läkare som hyrs in på en kortare eller ibland längre tid från ett privat vinstdrivet bemanningsföretag, innebär vanligen – i jämförelse med fast anställda läkare – en mycket sämre kontinuitet i vården. I många underförsörjda lands- och glesbygdsmråden innebär det ofta att

patienterna träffar olika läkare varje gång de besöker sin vårdcentral. Dagens vinstdrivna systemskifte försämrar – som tidigare belysts – de sedan tidigare dåliga förutsättningarna för att kunna rekrytera läkare och annan kvalificerad vårdpersonal till dessa områden. Vilket i sin tur ytterligare försämrar förutsättningarna för en god kontinuitet i områden där andelen äldre vanligen är mycket högre än i övriga delar av landet.

FRISTÅENDE DIGITALA LÄKARE ERBJUDER SÄLLAN EN FAST LÄKARKONTAKT

De privata vinstdrivna digitala vårdföretagens verksamhetsidé är att patienter över hela landet ska kunna ringa eller kontakta företaget över nätet för enklare åkommor. Kontinuiteten i denna typ av vård är mycket begränsad eftersom man enbart tar fall som inte kräver någon form av undersökning på plats. Dessutom har de många hundra läkare som är knutna till dessa företag ofta denna digitala vård som ett ”extraknäck” vid sidan av en vanlig anställning inom vården. Prioriteringen av enbart enkla fall bidrar också till en uppsplittring av vården som begränsar möjligheterna till kontinuitet i vården där en fast vårdgivare har en helhetssyn på patientens vårdbehov och ett ansvar för att utifrån denna samordna patientens kontakter med andra delar av vården.

Sammanfattning: Förutsättningarna för kontinuitet har sannolikt försämrats med ökad privat vinstdriven vård och ökad konkurrens i de områden där befolkningens behov av en förbättrad kontinuitet är större än i övriga landet på grund av en högre andel patienter med stora och sammansatta vårdbehov.

SYSTEMSKIFTET FÖRSVÅRAR SAMORDNING OCH SAMVERKAN INOM VÅRDEN

Samordningen av vården är sämre i Sverige än i flertalet andra jämförbara länder. Endast drygt hälften av alla patienter anger att de får hjälp av sin ordinarie läkare med att koordinera sin vård. Det är den lägsta andelen i alla jämförbara västeuropeiska länder. Även informationsöverföringen mellan specialistvård och ordinarie läkare i primärvården är sämre än i flertalet andra jämförbara länder (Vårdanalys 2016:5).

Konkurrens begränsar möjligheterna till samverkan

Behov av bättre samverkan inom det offentligt finansierade vårdssystemet har under årtionden stått högt på den vårdpolitiska agendan. Detta för att bland annat utveckla sammanhängande vårdkedjor för patienter som har behov av många olika vårdinsatser.

Förutsättningarna för detta är ovanligt goda i ett integrerat sjukvårdssystem som det svenska, men denna potential har inte fullt ut utnyttjats. Samordningen mellan primär- och specialistvården är ur ett patientperspektiv sämre i Sverige än i flertalet andra länder. Det saknas till exempel system för specialister i den öppna vården att rapportera provresultat m.m. till allmänläkare vid vårdcentraler. De senare har inte heller i praktiken ett samordningsansvar för sina listade patients olika vårdkontakter eller ansvar för att följa upp en patients tillstånd efter till exempel en längre sjukhusvistelse. Samordningen av

olika typer av vård faller i alltför hög grad på patienten själv eller på anhöriga och vänner.

Ökad risk för fragmentisering

Införandet av konkurrerande vårdgivare på en alltmer kommersialiserad vårdmarknad försämrar möjligheterna att utveckla en fungerande samverkan. Vården fragmenteras och varje vård-enhet ser i första hand till sin egen lönsamhet.

Varje patient ska enligt patientlagen (kap. 6 § 2) ha en fast läkarkontakt som kan ”bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdkontakterna”. Denna samordning är inom svensk sjukvård outvecklad, vilket ofta skapar stora problem speciellt för multisjuka äldre, personer med kroniska sjukdomar och patienter med utomeuropeisk bakgrund.

Dagens systemskifte med dess betoning av konkurrens snarare än samverkan bidrar ofta till att förutsättningarna för en samordnad vård försämras snarare än förbättras.

Denna risk har uppmärksammats av OECD i 2013 års analys av vårdens kvalitet inom svensk sjukvård. Man konstaterar där bland annat att ”Val och konkurrens inom primärvården och förlust av geografiskt områdesansvar kan fragmentera vården och hindra samverkan mellan lokala myndigheter när det gäller att kunna erbjuda en sammanhängande hälso- och sjukvård inklusive långtidsvård”.

Man pekar vidare på behovet av att speciellt vid reformer baserade på valfrihet och konkurrens balansera dessa “mot

behovet att tillhandahålla kvalitet på ett genomgående och transparent sätt för att kunna garantera en sammanhängande vårdkedja” ... ”Speciell uppmärksamhet bör ägnas åt att försäkra sig om att tillräckliga kontroller och åtgärder finns på plats för att möta riskerna för fragmentering, givet vårdgivarnas incitament att konkurrera” (OECD 2013). Brister i samverkan illustreras bland annat med samarbetet mellan sjukhus och primärvård. När en patient skrivs ut efter att varit inlagd på sjukhus får bara omkring 20 procent av de svenska primärvårdsläkarna information om fortsatt behandling inom 48 timmar efter utskrivning. I Tyskland är motsvarande andel 70 procent.

OECD betonar också i försiktiga ordalag att möjligheterna att säkerställa en god samordnad vård för äldre kan försämrans genom de marknadsorienterade reformer och privatiseringar som genomförts i Sverige under senare år. ”Sveriges snabba utveckling av olika driftsformer och ökande förväntningar hos allmänheten väcker frågan om den kvalitetssäkring som för närvarande finns är tillräcklig för att tillhandahålla en sådan kvalitetsgaranti” ... ”Bristen på tydlighet när det gäller det övergripande ansvaret för vårdens samordning och primärvårdens roll är ett ytterligare hinder för att förbättra vårdens samordning” (OECD 2013).

Revisorerna i Stockholms läns landsting visar i en rapport att en betydande andel av patienter med kroniska sjukdomar möter fem eller fler vårdgivare. Deras analyser visar också att det skett en ökning av antalet vårdgivare per patient inom flertalet av de

utvalda patientgrupperna med kronisk sjukdom. ”Dessa förändringar stärker behovet av en mer sammanhållen vård utifrån ett patientperspektiv” (Landstingsrevisorerna 2014).

Sammanfattning: Vinstdriven privatisering och konkurrensutsättning torde försvåra snarare än bidra till en bättre samordning och samverkan mellan olika vårdgivare.

FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR INNOVATIONER OCH LOKAL ANPASSNING BEGRÄNSAS

Inlåst innovationskraft

Ett viktigt argument för en ökad privatisering av den offentligt finansierade vårdens drift har varit att innovationskraften bland privata vårdföretag är större än inom offentligt driven vård. I propositionen om vårdvalssystem (prop. 2008/09:74) betonades också att en mångfald av vårdgivare skulle stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar.

Internationella och svenska erfarenheter visar snarast på motsatsen. Ett skäl är att finansiären i förfrågningsunderlag och avtal ofta mycket detaljerat anger vad som ska åstadkommas. Detta är nödvändigt för att kunna kontrollera och följa upp verksamheten. Landstingen måste kunna hänvisa till avtalsbrott för att till exempel kunna upphäva avtal eller kräva en förändring av verksamheten. Vårdföretaget å sin sida måste följa avtalet vilket ofta begränsar möjligheterna till försöksverksamheter och nytänkande.

Nya idéer måste därför initieras av landstingens beställarfunktion vilken sällan har den kunskap och idémässiga frihet

som krävs för att ligga i framkant när det gäller olika innovationer. Det bidrar till att främst redan väl kända arbetsformer och metoder anges i uppdragsbeskrivningen (förfrågningsunderlaget).

Dessutom har privata vinstdrivna vårdföretag vanligen ett mycket begränsat intresse för innovationer som inte ökar deras intäkter och möjlighet till vinst. I SNS skrift *Konkurrensens konsekvenser – vad händer med svensk välfärd?* redovisas en studie som visar att vinstsyftande sjukhus i USA ”sällan är pionjärer på att använda ny teknologi om den inte omfattas av någon ersättning från försäkringsgivare. När väl en sådan ersättning etablerats är dock vinstsyftande sjukhus snabbare på att investera i den nya verksamheten” (Hartman L red. 2011).

Kommun och landstingsförbundet har tagit fram en forskningsöversikt som belyser erfarenheter från konkurrensutsättning (SKL 2011b). I denna rapport konstateras att stödet är svagt ”för att konkurrensen resulterat i omfattande utveckling av verksamheten i termer av vad som erbjuds eller vilken kvalitet som erbjuds. Det innovations- och förnyelsearbete som bedrivits har huvudsakligen varit inriktat på metodfrågor, det vill säga att göra produktionen billigare. Antydningar till produktutveckling förekommer men dessa har inte fått något större genomslag” (SKL 2011b).

I den offentligt drivna vården finns inte dessa lösningar till bindande avtal och kortsiktiga lönsamhetskrav. Det finns också rent generellt skäl att ifrågasätta antagandet att den offentligt

drivna vården präglas av mindre innovationskraft än den privata vinstdrivna vården.

Vid internationella jämförelser ligger ofta den svenska offentliga vården i frontlinjen när det gäller olika tekniska innovationer. Detta är också den bild som ges av ansvariga myndigheter vid export av svensk sjukvård.

Lokal anpassning och lokala försöksverksamheter försvåras

Varje vårdcentral inom ett landstings vårdvalssystem ska erbjuda det utbud av tjänster/vård som anges i ett så kallat förfrågningsunderlag. Landstingets krav på vårdens innehåll gäller alla privata vinstdrivna vårdcentraler som önskar offentlig finansiering av sin vård. Möjligheterna till lokal anpassning och olika typer av lokala försöksverksamheter inom ramen för ett vårdvalssystem torde därför vara mindre än vid offentlig drift.

Det är därför inte överraskande att de nya vårdgivarna inom primärvården har ungefär samma erbjudanden till befolkningen som tidigare och att det hittills varit få innovationer (Anell 2011).

Flertalet verksamhetschefer inom primärvården anser att vårdvalet och dess ersättningssystem inte, i ganska eller hög grad, bidrar till nytänkande och innovationer. Den uppfattningen har drygt 80 procent av de verksamhetschefer inom primärvården som besvarat en enkät från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL 2012).

Riksrevisionen konstaterar också i sin utvärdering av vårdvalssystemet att innovationerna i stort sett uteblivit (Riksrevisionen 2014).

Sammanfattningsvis tycks argumentet att ökad privat vinstdriven vård genom upphandling eller vårdvalssystem bidrar till ökad innovationskraft och lokal anpassning sakna verklighetsförankring. Erfarenheterna visar snarare att privatisering genom vårdvalssystemet i jämförelse med offentlig drift minskar förutsättningarna för såväl nytänkande som lokal anpassning inom primärvården.

Kapitel 14

Väntetider och vårdköer ökar trots vårdgarantin

Långa väntetider och vårdköer har länge varit ett allvarligt problem inom svensk sjukvård. Socialstyrelsen beskrev redan 2006 denna brist på tillgänglighet som ett dominerande problem inom vården. Denna bedömning gäller fortfarande vilket inte minst märks i den aktuella vårdpolitiska debatten. I ett internationellt perspektiv har svensk sjukvård också ett mycket lågt betyg när det gäller just vårdens tillgänglighet, det vill säga väntetider och vårdköer.

Möjligheterna att få vård i rimlig tid varierar också mellan olika vårdnivåer och skilda typer av vård. Det är därför svårt att kortfattat sammanfatta kösituationen och hur den utvecklats över tid. Redovisningen i detta avsnitt syftar därför enbart till att ge en mer översiktlig bild av hur väntetiderna till en läkar-kontakt i primärvården, till specialistläkare samt till faktisk behandling/operation förändrats under de senaste decennierna.

Vårdgarantin

Vårdgarantin anger en lagstadgad rätt till vård inom en viss tidsgräns. Den är en del av hälso- och sjukvårdslagen sedan

2010 och patientlagen sedan 1 januari 2015. De tidsramar som anges är att den som söker vård ska få kontakt med sin vårdcentral samma dag och vid behov få träffa läkare inom sju dagar. Om patienten då får en remiss till den specialiserade vården ska det besöket ske inom 90 dagar. När beslut fattats om en viss behandling, till exempel operation, ska den ske inom 90 dagar. Dessa tidsgränser beskrivs ofta som 07-90-90. Om en vårdcentral inte kan erbjuda ett läkarbesök inom sju dagar ska de hjälpa patienten att få en tid vid en annan vårdcentral. Det samma gäller om den då ansvarige vårdgivaren inte kan erbjuda specialistkontakt respektive behandling inom de angivna tidsgränserna, det vill säga denne vårdgivare ska aktivt finna en annan likvärdig vårdgivare utan att kostnaden för patienten påverkas (SKL allmän information).

Kömiljarden

Den borgerliga regeringen införde 2008 den så kallade ”kömiljarden”, ett system som belönade de landsting som klarade vårdgarantins tidsgränser. En utvärdering av Socialstyrelsen visade att vårdköerna därefter minskat mellan 2009 och 2011 (Socialstyrelsen 2012). Ett problem med kömiljarden var att återbesöken nedprioriterades eftersom de inte bidrog till de extra resurser som erhöles om vårdgarantin uppfylldes. S-MP-regeringen avskaffade kömiljarden bland annat med hänvisning till systemets undanträngningseffekter. 2015 var sista året som kömiljarden delades mellan landstingen baserat på 2014 års resultat. Samtidigt med beslutet att avveckla kömiljarden fattade

S–MP:regeringen beslut om en professionsmiljard för vårdens kompetensförsörjning.

VÄNTETIDERNÄ ÖKAR I PRIMÄRVÅRDEN

Väntetider inom primärvården ökar
mellan 2009 och 2014

Andelen patienter som inte fått tid hos läkare inom vårdgarantins sju dagar låg – enligt SKL:s väntetidsdatabas – mellan 7 och 9 procent under det obligatoriska vårdvalets första år (2010–2012). Mellan 2013 och 2017 ökade den därefter till 11 procent.

När det gäller den patientupplevda väntetiden – baserad på den periodiska nationella patientenkäten – svarade 14 procent 2010 att de fått vänta mer än sju dagar på ett läkarbesök. Motsvarande andel – den högsta under perioden 2010–2014 – var 19 procent 2013. De patientupplevda väntetiderna när det gäller besök hos primärvårdsläkare har således också ökat sedan det obligatoriska vårdvalet infördes i primärvården 2010.

Väntetiderna till vårdcentraler upplevs som rimliga av 65 procent av hela rikets befolkning. Bland dem som har ett sämre hälsotillstånd är det en lägre andel som anser att väntetiderna till vårdcentral är rimliga (Sveriges Kommuner och Landsting (2017) – Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016). Vid tolkningen av dessa resultat bör beaktas att det är lätt för landstingen att manipulera dessa väntetidsdata. Om till exempel patienterna inte tillåts boka tid mer än sju dagar framåt är det inga patienter som i registreringen får en längre väntetid än

sju dagar. Om vårdcentralen registrerar ett besök som ”patient-vald väntan” räknas inte heller detta besök in i statistiken över väntetider (Albinsson 2013).

Det finns därför skäl att anta att den ”upplevda väntetiden” i många fall ger en mer rättvisande bild av verkligheten, eftersom patienterna – i motsats till vårdgivarna – inte har någon anledning att anpassa sina svar för att möta lagens krav. Samtidigt finns en risk att patienterna inte minns exakt hur många dagar de fick vänta.

Oberoende av dessa mätproblem är det anmärkningsvärt att ett kraftigt ökat antal nya vinstdrivna privata vårdcentraler inte bidragit till en förbättrad tidsmässig tillgänglighet.

I Stockholms län, där utbudet av nya vinstdrivna vårdcentraler varit mycket större än i övriga landet, har den upplevda tillgängligheten till primärvården försämrats mellan 2015 och 2016 (SKLs nationella patientenkät). En majoritet (71 procent) av länets vårdcentraler bedömdes ha sämre tillgänglighet 2016 än 2015.

Samtidigt kan konstateras att de förbättringar som skett när det gäller väntetider inom primärvården skedde före 2010, det vill säga innan det obligatoriska vårdvalet infördes i primärvården och innan vårdgarantin infördes i hälso- och sjukvårdslagen.

Det finns således ingenting som pekar mot att vårdvalet och etableringsfriheten minskat väntetiderna inom primärvården eller att ett ökat utbud av offentligt finansierad vinstdriven vård haft en positiv effekt ur ett upplevt tillgänglighetsperspektiv. Orsaken till den försämrade tillgängligheten, trots ett kraftigt ökat utbud av vårdcentraler, kräver dock ytterligare analyser.

VÄNTETIDER TILL ÖPPEN SPECIALISTVÅRD FÖRBLIR LÅNGA

Vårdgarantin anger en maximal väntetid på 90 dagar från primärvårdsremiss tills patienten träffar en specialist. Andelen patienter som väntat mer än 90 dagar på ett specialistbesök har ökat från 11 till 21 procent mellan 2013 och 2016 för att därefter minska till 19 procent 2017. De regionala variationerna är stora. I Norrbottens län är det mångdubbelt längre väntetider till en specialist (39 procent) jämfört med i Stockholms län (6 procent) (Öhrstadius, K 2018) En orsak är givetvis att utbudet av specialistläkare är mycket högre i Stockholm än i Norrbotten. Dessutom har Stockholm infört en särskild vårdgaranti för specialistbesök på 30 i stället för den nationella vårdgarantins 90 dagar. Däremot har man här bibehållit den nationella tidsgränsen för operationer och annan behandling. Den snabbare specialistkontakten har dock inte förhindrat att vårdköerna till operationer växer också i Stockholm, liksom i alla andra län/regioner med undantag för Jönköping.

VÄNTETIDER TILL OPERATION ELLER ANNAN BEHANDLING

Mellan 2013 och 2017 ökade andelen patienter som fått vänta mer än 90 dagar från beslut till faktisk insats från 12 till 26 procent (SKL:s väntetidsdatabas). I Stockholms läns landsting var motsvarande andel endast 13 procent, vilket ger en fjärdeplats i rankingen efter Halland, Jönköpings och Östergötlands län (Nilsson och Wingborg i Bengtsson, red. 2017). Endast

hälften av befolkningen (51 procent) anser att väntetiderna till behandling på sjukhus är rimliga. Motsvarande andel bland dem som har större hälsoproblem är ännu lägre (Sveriges Kommuner och Landsting (2017) Hälsa- och sjukvårdsbarometern 2016). Jämfört med andra västeuropeiska länder hamnar Sverige vanligen mycket lågt på rankinglistan när det gäller upplevda väntetider. Ser man till faktiska väntetider (2017) ligger Sverige på fjärde plats bland tio jämförbara länder när det gäller väntetider för ett antal operationer (grå starr, hjärtskirurgi, protesoperationer i höft och knä, borttagande av livmoder och operation vid prostataförstoring) (Sveriges Kommuner och Landsting 2018 a).

Den vårdpolitiska debatten handlar i hög grad om väntetiderna i vården. För att få en rättvisande bild är det viktigt att belysa såväl väntetiderna till första medicinska bedömning på en vårdcentral som väntetider för första besök hos en specialist och sedan för behandling/operation. Detta är möjligt genom dagens köstatistik. Däremot är det inte möjligt se hur stor andel av de som köar som med hänsyn till sina behov får vård i tid. Vårdgarantins väntetider är för många vårdbehov oacceptabelt långa och leder till negativa hälsoeffekter och i vissa undantagsfall även till en förtida död. Vårdgarantin borde därför i högre grad vara relaterad till behovet av vård inom en viss tid. Självklart görs dessa behovsbedömningar löpande inom vården men det saknas ett system för att bedöma i vilken utstäckning patienter får vård i tid relaterat till deras behov av vård.

OKÄNDA "GRÄDDFILER" I KÖERNA TILL OFFENTLIGT FINANSIERAD VÅRD

Det är väl känt att patienter med högre utbildning och/eller social status har en större förmåga än kortutbildade med lägre social status att hävda sina intressen också inom vården. Resursstarka patienter har ofta lättare att argumentera för sin sak samtidigt som många i denna grupp också har egna personliga vårdkontakter. I vilken utsträckning dessa resursstarkare patienter får en snabbare vård – en gräddfil – till offentligt finansierad specialistvård är däremot inte känt. Det saknas nämligen uppgift om utbildningsbakgrund för de patienter som står i olika vårdköer. I Danmark finns däremot denna information om patientens utbildning, vilket har tydliggjort att högutbildade tar sig fram snabbare än lågutbildade i vårdköerna.

Förekomsten av denna gräddfil för välutbildade måste klarläggas även inom den svenska sjukvården. Kunskap om denna vanligen omedvetna prioritering inom vården krävs för en ökad professionell medvetenhet som kan bidra till en rättvisare faktisk turordning till olika behandlingar/operationer.

Den information som i dag finns om hur olika grupper upplever väntetiderna i vården är delvis motstridiga. Personer med lägre utbildning som erfarenhetsmässigt har ett större behov av vård tycker att dagens väntetider är rimliga. När det gäller väntetid för besök på en hälso-/vårdcentral anser 74 procent av de med endast grundskoleutbildning att de är rimliga jämfört med 60 procent bland universitetsutbildade. Motsvarande skillnad beträffande väntetid för besök och behandling på sjuk-

hus var 62 procent för kortutbildade och 46 procent för universitetsutbildade.

Jämför man i stället de som uppger stora hälsoproblem med de som uppger ett allmänt gott hälsotillstånd blir bedömningarna av om väntetiderna är rimliga mer som förväntat. 48 procent av de med dålig hälsa anser att väntetiderna för besök på en hälso-/vårdcentral är rimliga medan 65 procent av dem med gott allmänt hälsotillstånd ansåg att dessa väntetider var rimliga. Vid bedömning av väntetider för besök och behandling anser endast 36 procent som beskriver sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt att väntetiderna till besök och behandling på sjukhus är rimliga. Bland dem som bedömer sin hälsa som god är motsvarande andel 52 procent (SKL:s Hälso- och sjukvårdsbarometer 2018).

Med tanke på att vårdbehoven är större bland kort- än långtidsutbildade kunde man förväntat att kortutbildade – liksom personer med dålig hälsa – skulle ha en lägre andel än de med god hälsa som anser att väntetiderna är rimliga. En tänkbar förklaring kan vara att förväntningarna och kraven på en snabb behandling ökar med ökad utbildningsnivå. Det skulle innebära att kort- respektive högutbildade vid samma väntetider bedömer rimligheten i denna väntetid olika.

Det finns även data som visar att kortutbildade får vänta längre för att få kontakt med läkare eller sjuksköterska. I International Health Policy Survey 2016 uppger 48 procent av dem med en inkomst över medelinkomsten att de fått en tid samma eller nästa dag. Bland dem med en inkomst under medelin-

komsten var motsvarande andel 41 procent Myndigheten för Vårdanalys 2015:6).

KÄNDA GRÄDDFILER FÖR PRIVATFINANSIERADE PATIENTER TILL OFFENTLIGT FINANSIERADE SJUKHUS

Privat drivna, i huvudsak offentligt finansierade sjukhus kan erbjuda snabbare vård – en gräddfil – till de patienter som har privata sjukvårdsförsäkringar eller betalar det gällande marknadspriset kontant för den vård de behöver.

Motsvarande gräddfil finns inte i dag till offentligt drivna sjukhus. Omfattningen av denna privatfinansierade vård vid i huvudsak offentligt finansierade vårdcentraler, sjukhus och andra vårdgivare är inte känd. De privata försäkringsbolagen vill inte – med hänvisning till affärssekretessen – ange med vilka vårdgivare de tecknat avtal om snabb vård.

Sammanfattning: Tillgängligheten till primärvården har sedan 2010 försämrats trots en kraftig ökning privata vinstdrivna offentligt finansierade vårdcentraler. Myndigheten för vårdanalys gör (2017) följande bedömning av utvecklingen när det gäller primärvårdens tillgänglighet: ”Det är svårt att få en entydig bild av primärvårdens tillgänglighet eftersom olika källor och mätmetoder ger delvis olika resultat. Den sammantagna bilden är dock att tillgängligheten har försämrats över tid.”

Kapitel 15

Vårdinsatsernas upplevda och medicinska kvalitet

ALLMÄNHETENS FÖRTROENDE FÖR VÅRDEN HAR FÖRSÄMRATS

Allmänheten har ett ganska lågt förtroende för sjukvården i stort. 2015 hade en knapp majoritet inom hela befolkningen (53 procent) enligt en enkätundersökning utförd av Demoskop ganska eller mycket stort förtroende för sjukvården. I denna undersökning som beställts av Dagens Samhälle hade män ett större förtroende – 57 procent – jämfört med kvinnor – 49 procent (Dagens Samhälle nr 39/ 2015). Närmare hälften av Sveriges befolkning har således ett lågt förtroende för den svenska sjukvården.

Förtroendet för vårdens kvalitet har enligt 2015 års Vårdbarometer dessutom försämrats mellan 2009 och 2015. Under denna period har andelen som anser att vården har försämrats ökat från 29 procent till 36 procent.

Myndigheten för vårdanalys bekräftar befolkningens låga och minskande förtroende för dagens vårdssystem. ”I Sverige upplever befolkningen i lägre utsträckning än i andra länder att den övergripande kvalitén på sjukvården är god och att sjuk-

vårdssystemet fungerar väl. Endast en tredjedel (31 procent) av svarande i Sverige anger att de tycker att sjukvårdssystemet på det hela taget fungerar bra.” ”Befolkningens syn på hälso- och sjukvårdssystemet har dessutom försämrats över tid.” Motsvarande andel som anser att vården på det stora hela fungerar bra var i Tyskland 60 procent och i Norge 59 procent. Endast USA hade en lägre andel – 19 procent – som ansåg att deras marknadsorienterade vårdssystem fungerade någorlunda bra (Myn-digheten för Vårdanalys 2016:5).

I Sveriges Kommuner och Landstings Hälso- och sjukvårdsbarometer för 2016 angav 60 procent av befolkningen att de hade förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet (Sve-riges Kommuner och Landsting 2017). Skillnaderna mellan landstingen var dock stora. I Gävleborg och Västernorrland hade knappt 50 procent förtroende för vården medan drygt 70 procent hade det i Kalmar och Jönköping. Den mest alarmerande bedömningen kom i denna undersökning från dem som uppger att de har ett sämre hälsotillstånd. Inom denna grupp var det bara 37 procent som hade förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet (Sveriges Kommuner och Lands-ting (2017) – Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016). Andelen inom hela befolkningen som har förtroende för vården är – enligt samma undersökning – högre för vård vid sjukhus (68 procent) än för behandling vid vårdcentralerna (60 procent).

FÖRTROENDET FÖR VÅRDEN ÄR HÖGRE BLAND HÖG- ÄN LÅGINKOMSTTAGARE

Hög- och medelinkomsttagare har ett större förtroende för vårdens kvalitet än låginkomsttagare. Andelen hög- och medelinkomsttagare som litar på att vården i deras närområde är av god kvalitet var (2016) 58 procent jämfört med 47 procent bland låginkomsttagare (Sveriges Kommuner och Landsting (2017) (Hälsa- och sjukvårdbarometern 2016)).

Bedömningen av vårdsystemets kvalitet har givetvis påverkats också av många andra faktorer än dagens systemskifte. Personalbrist och långa väntetider är exempelvis sannolikt av stor betydelse vid allmänhetens generella bedömning av vårdens kvalitet. I vilken utsträckning dessa bedömningar av vårdsystemets kvalitet verkligen har påverkats av det systemskifte inom vården som ägt rum är därför svårt att bedöma. Med tanke på att detta systemskifte gynnat hög- snarare än låginkomsttagare är det sannolikt att detta bidragit till att höginkomsttagarnas förtroende för den nära vården är större än låginkomsttagarnas.

ALLMÄNLÄKARNAS FÖRTROENDE FÖR VÅRDEN HAR KRAFTIGT MINSKAT

Förtroendet för vårdsystemet har kraftigt minskat bland allmänläkare parallellt med att LOV (lagen om valfrihetssystem) och andra marknadsreformer införts. 40 procent av de allmänläkare som svarat på en enkät från Myndigheten för vårdanalys ansåg 2012 att vården fungerade relativt väl. Motsvarande andel var två år senare endast 19 procent. Offentligt och pri-

vat anställda allmänläkare hade samma negativa bedömning av utvecklingen. Endast en av fem allmänläkare som svarat på enkäten hade således förtroende för vårdens kvalitet inom det vårdssystem där de själva arbetade. Tyvärr har orsakerna till detta låga och snabbt minskande professionella förtroende för vården inte studerats (Myndigheten för vårdanalys 2015:9).

Innan det obligatoriska vårdvalet infördes 2010 genomförde Sveriges läkarförbund 2009 en vårdvalsenkät i de landsting som redan då på frivillig väg infört vårdvalssystem. Syftet med denna enkät var att få en uppskattning från läkarna i dessa landsting om vårdvalets effekter på närsjukvårdens kvalitet. En majoritet av läkarna i Västmanland (77 procent) och Stockholm (54 procent) gjorde i denna enkät bedömningen att införandet av vårdvalssystem *inte* skulle förbättra primärvårdens kvalitet. Endast i Halland trodde en knapp majoritet (53 procent) att reformen skulle leda till en kvalitetsförbättring (Svenska läkarförbundet 2009).

Det medicinska professionella stödet för att införandet av vårdvalssystem skulle förbättra primärvårdens kvalitet var således – i de landsting som redan frivilligt infört ett sådant – mycket begränsat.

LEDER VÅRDKONKURRENS TILL BÄTTRE VÅRDKVALITET?

Ökad konkurrens antas enligt många forskare förbättra vårdinsatsernas kvalitet. ”Konkurrens sätter press på leverantörerna att hitta nya innovativa metoder för att producera fler

och bättre tjänster till lägre kostnader” (Hartman, L, red. 2011). Vårdvalssystemen anses dessutom ge en ”kvalitetssäkring på ett helt annat sätt än vad offentliga upphandlingar kan göra eftersom en kvalitetsbedömning görs av patienterna vid varje val” (Anjou 2011).

Konkurrensen i vårdvalssystem sker som tidigare konstaterats genom att patienterna väljer den vårdgivare som erbjuder den bästa vårdkvaliteten. Vårdcentraler som erbjuder en vård av god kvalitet utvecklas därmed och får allt fler patienter. Vårdcentraler vars verksamhet är av sämre kvalitet förlorar patienter och går kanske i konkurs. Detta är, något förenklat, synen på en effektiv kvalitetskonkurrens. I centrum finns kunniga kunder (patienter) som aktivt söker den bästa vårdgivaren.

Märkligt nog hade man dock inte undersökt de faktiska förutsättningarna som här förelåg för en effektiv kvalitetskonkurrens, innan det beslut där alla landsting tvingades införa vårdvalssystem inom primärvården togs 2010. Om man hade gjort det skulle man funnit att dessa förutsättningar är mycket begränsade av följande skäl:

Flertalet patienter väljer närmaste vårdcentral. Nästan alla väljer den vårdcentral som ligger närmast hemmet. Det är således avstånd och inte en bedömning av vårdkvalitet som i hög grad är avgörande för valet av vårdcentral. I stora delar av Sverige finns dessutom bara ett rimligt val – närområdets enda vårdcentral – som då har något av en monopolställning i sitt naturliga upptagningsområde.

Väldigt få byter vårdcentral. Detta skapar goda förutsättningar för en god kontinuitet i vården, vilket är av stor betydelse speciellt för multisyjuka och kroniskt sjuka personer. En sådan över tid stabil vårdkontakt utan byte av vårdgivare är dock samtidigt ett avgörande hinder för en effektiv kvalitetskonkurrens eftersom denna förutsätter att många patienter fortlöpande aktivt väljer och därmed också ofta byter vårdcentral för att finna den läkare som för tillfället erbjuder högst vårdkvalitet. Sett utifrån detta perspektiv finns således en klar motsättning mellan kontinuitet i vården och en effektiv kvalitetskonkurrens.

Kunskap saknas om vårdens medicinska kvalitet. Det är även utifrån en professionell synvinkel ofta mycket svårt – ibland omöjligt – att bedöma den medicinska kvalitet som erbjuds av en viss vårdcentral. Det saknas nämligen fortfarande kriterier för hur detta ska mätas/beskrivas. Antagandet att patienter genom sina val ska kunna främja en kvalitetsutveckling är mot denna bakgrund knappast verklighetsförankrad.

Osannolikt med offentligt kvalitetsrankade läkare. För att ett val av vårdgivare i detta sammanhang ska vara relevant, måste det avse en specifik läkare och inte enbart en vårdcentral. Detta eftersom det på samma vårdcentral ofta finns både bra och mindre bra läkare. Ett genomsnittstal för vårdcentralens läkarkvalitet framstår då självklart mindre rele-

vant vid valet av en egen fast läkarkontakt. Idealt borde det därför finnas någon form av opartisk kvalitetsbedömning av varje enskild läkare. Sannolikheten att denna form av rankinglistor kommer att utvecklas är däremot liten av såväl professionella som mättekniska skäl.

Självklart kan den upplevda vårdkvaliteten – speciellt som den beskrivs släkt och vännar emellan – påverka de val och byten av vårdgivare som görs. Det faktum att ersättningen följer patienten kan också bidra till att vårdgivarna blir mer angelägna att inte förlora en patient. Speciellt nyetablerade privat vinstdrivna vårdgivare har också ofta aktiva reklamkampanjer för att värva nya patienter. Om och i vilken utsträckning detta påverkar vårdens kvalitet är okänt.

Mot denna bakgrund är det anmärkningsvärt att det obligatoriska vårdvalssystemet infördes utan några föregående analyser av förutsättningar för en effektiv kvalitetskonkurrens.

Ett skäl till att förutsättningarna för en kvalitetskonkurrens inom primärvården inte analyserades kan vara att det primära syftet med denna reform inte var att genom kvalitetskonkurrens förbättra vårdens kvalitet. Det primära syftet var i stället – och är fortfarande – att genom obligatoriska vårdval snabbt kunna öka den offentligt finansierade privata vinstdrivna vården.

DEN UPPLEVDA VÅRDKVALITETENS UTVECKLING SEDAN VÅRDVALET INFÖRDES I PRIMÄRVÅRDEN 2010

Allmänhetens respektive patienternas bedömning av vårdens kvalitet – den så kallade upplevda vårdkvaliteten – är givetvis en mycket viktig kvalitetsindikator. Den upplevda kvaliteten fångar i första hand hur kontakten mellan vårdgivare och patient fungerat och patientens intryck när det gäller service och vårdgivarens tekniska hjälpmedel. Det är vidare viktigt att beakta att den upplevda kvalitén också påverkas av balansen mellan vårdutbud och befolkningens behov av vård. Det är givetvis svårare att säkerställa en god upplevd vårdkvalitet vid en underfinansierad vårdcentral i ett socialt utsatt område med stora och ofta tunga vårdbehov, än i ett höginkomstområde med ett relativt överutbud av vård och en mycket friskare befolkning. Detta är speciellt viktigt att ta hänsyn till vid jämförelser av upplevd vårdkvalitet mellan privata vårdcentraler som oftast lokaliseras i just ekonomiskt välbärgade områden, och offentliga vårdcentraler som oftare återfinns i låginkomstområden.

Förtroendet för primärvården är svagt bland allmänheten och enligt Myndigheten för vårdanalys (2017) är det endast omkring 60 procent av befolkningen som har förtroende för denna vårdform. Den upplevda vårdkvaliteten inom primärvården ökade dock under perioden 2005–2012 för att därefter minska något under perioden 2012 till 2015. (Myndigheten för vårdanalys 2017) Detta negativa trendbrott skedde således under en period med ett betydligt större utbud av främst

privata vinstdrivna vårdcentraler än före 2010 när det obligatoriska vårdvalet trädde i kraft. Orsakerna till det minskade förtroendet är dock inte klarlagda.

Utvecklingen av den upplevda vårdkvaliteten inom primärvården efter 2010 kan också beskrivas utifrån följande olika källor: *Nationella Patientenkäten* mäter vartannat år den patientupplevda kvaliteten inom primärvården. Denna enkät som koordineras av Sveriges Kommuner och Landsting omfattar följande kvalitetsindikatorer: bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta, rekommendation samt ett sammanfattande helhetsintryck. Ingen av dessa indikatorer visar på någon förändring mellan 2009 och 2013 med undantag för en mindre upplevd försämring av primärvårdens tillgänglighet (Riksrevisionen 2014). Personer med svenska som modersmål, hög utbildning eller god hälsa är enligt den nationella patientenkäten mer nöjda med primärvårdsmottagningarnas kvalitet (Myndigheten för vårdanalys 2017).

Vårdbarometern mäter en gång per år bland annat medborgarnas förtroende för vårdcentraler eller motsvarande och andra vårdinrättningar inom primärvården. Denna undersökning – som görs på uppdrag av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) – visar att förtroendet för vården varken ökat eller minskat efter 2010. År 2010 hade 63 procent av de svarande mycket stort eller ganska stort förtroende för sin vårdcentral. 2013 var motsvarande andel 62 procent.

Myndigheten för vårdanalys (2013:1) konstaterar på basis av patientenkät i två landsting (Stockholm, Östergötland) och en sjukvårdsregion (Skåne) att omkring hälften av patienter

med ett större förväntat vårdbehov, liksom inom befolkningen i övrigt, inte upplevde någon förändring av vårdens kvalitet efter det att man infört vårdvalssystem. Bland dem som upplevt en förändring var det en större andel som var positiva.

Denna rapport visar också att ”de med högre inkomst, oavsett sjukvårdsdiagnos och landstingstillhörighet, tenderar att vara mer nöjda med olika aspekter av primärvårdens utveckling efter vårdvalet”. Detta är naturligt med hänsyn till att denna reform gynnat ekonomiskt resursstarka områden och grupper framför låginkomstområden och låginkomstgrupper.

Vid *Vårdval Stockholms* femårsuppföljning framkom inte heller där några påtagliga skillnader i upplevd vårdkvalitet (Dahlgren, C 2013). Det finns dock indikationer på att den andel som tyckte att vården var dålig innan vårdvalet infördes har ökat något efter det att vårdvalet införts.

Utifrån dessa undersökningar förefaller införandet av vårdvalssystem inte ha påverkat den upplevda kvaliteten inom primärvården. - Det finns dock vissa indikationer på att denna reform kan ha ökat de sociala skillnaderna i vårdens kvalitet.

SAMMA PATIENTUPPLEVDA VÅRDKVALITET VID OFFENTLIGA OCH PRIVATA VÅRDCENTRALER

Privata vårdgivare får ofta högre betyg än offentliga vårdgivare i nationella patientenkäter som Svenskt Kvalitetsindex. Skillnaderna är dock små och kan förklaras av flera bakomliggande variabler.

I en fördjupad studie gjord av Myndigheten för vårdanalys (2012:1) framgår det att dessa skillnader i upplevd vårdkvali-

tet mellan privat och offentligt drivna vårdcentraler helt eliminerades när man tog hänsyn till skillnader i vårdbehov och vårdresurser i olika geografiska områden. Det finns inte heller några studier som visar att vinstdrivna vårdcentraler systematiskt skulle erbjuda bättre upplevd vårdkvalitet vid samma lokalisering som offentliga vårdgivare i ett låg- respektive höginkomstområde.

Inget tyder således på att valet av driftsform har någon avgörande betydelse för den upplevda vårdkvaliteten i primärvården. De skillnader som finns beror på skilda lokala förutsättningar att bedriva en bra vård, inte på om vården drivs i offentlig eller privat regi.

VÅRDENS MEDICINSKA KVALITET

Sjukvårdens livräddande insatser

”Det ultimata testet på sjukvårdens kvalitet är i vilken utsträckning vården lyckas rädda livet på patienterna vid sjukdom och skada” (Sveriges Kommuner och Landsting 2018 a). I detta livräddande perspektiv har vårdens kvalitet utvecklats mycket positivt. Överlevnaden i en rad olika sjukdomar som cancer och hjärtkärlsjukdomar har ökat. Andelen som dör inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt har t.ex. minskat från omkring 50 procent (1990) till drygt 25 procent (2015) Andelen patienter som överlevt bröstcancer efter fem år har ökat från 60 procent (1970) till omkring 90 procent (2010) (Patientregistret och dödsorsaksregistret redovisat i Dagens Nyheter 2018-07-02) Sverige ligger i ett internationellt perspektiv sedan 15 år i en

toppgrupp när det gäller denna typ av medicinska resultat (Sveriges Kommuner och Landsting 2018 a).

En viss förbättring har dessutom skett när det gäller ”undvikbara” vårdskador som minskat från 10 procent till 8 procent av alla vårdtillfällen mellan 2013 och 2016. (Analys av SKL redovisad i *Dagens Nyheter* 2 juli 2018 *Fakta i frågan: Hur bra är den svenska sjukvården*)

Antalet anmälningar om vårdskador till landstingens gemensamma försäkringsbolag har dock ökat från 11 800 år 2011 till 16 300 år 2017. (*Dagens Nyheter* 2 juli 2018 *Fakta i frågan: Hur bra är den svenska sjukvården.*)

Relaterat till debatten om privat vinstdriven- respektive offentligt driven vård bör betonas att denna internationella topposition när det gäller sjukvårdens livräddande insatser i hög grad skett inom en offentligt driven sjukhusvård. Det finns därför ur detta medicinska kvalitetsperspektiv goda skäl att bibehålla och vidareutveckla den offentligt drivna sjukhusvården snarare än att överlåta driften av dessa sjukhus till privata vårdföretag vars övergripande mål är optimal vinst.

En stor utmaning i vidareutvecklingen av den offentligt drivna sjukhusvården är att minska den medicinskt åtgärdbara dödligheten det vill säga dödsfall som kunde undvikits om patienten fått fullt ut adekvat vård. Enligt Kommissionen för jämlik vård (2015) dör ”i genomsnitt 10 personer varje dag året om ” ... ”i sjukdomar som sjukvården borde kunnat åtgärda”. Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten 2010-2013

varierar från 23,4 döda kvinnliga patienter per 100 000 invånare i Halland till 40 patienter i Jämtland. För manliga patienter ligger det sjukvårdsrelaterade dödligheten generellt sett något högre än för kvinnor och varierade under samma tidsperiod från 34,5 dödsfall i Halland till 57,5 i Norrbotten. ”Det faktiska antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall var 13 491 sammantaget för åren 2010–2013 varav 5 739 kvinnor och 7 752 män (stroke, diabetes och cancer i livmoderhalsen har stort påverkan på den sjukvårdsrelaterade dödligheten).” (Kommissionen för jämlik vård 2015)

PRIMÄRVÅRDENS MEDICINSKA KVALITET ÄR OKÄND

Det finns ännu inte några accepterade nationella kriterier när det gäller mätningen av primärvårdens medicinska kvalitet.

I OECD:s bedömning av kvaliteten inom svensk sjukvård betonas också behovet av att utveckla kvalitetsindikatorer inom primärvården. ”Att utveckla bättre informationssystem kring utförande och resultat är kanske den främsta prioriteten för Sveriges primär- och äldrevård” - I dag är Sverige ”inte rustat för att ge den information som krävs för att befästa och förbättra primärvårdens kvalitet” - ”Sverige behöver följa andra länders ledande roll när det gäller att främja eller kräva av sin primärvårdssektor att den öppnar sig för en högre grad av insyn i såväl verksamhet som resultat. En rad validerade kvalitetsindikatorer har blivit väl etablerade i Storbritannien och Israel (OECD 2013).

Myndigheten för vårdanalys konstaterar (2017) också att det saknas ”mått för att bedöma primärvårdens medicinska kvalitet” ... ”De medicinska resultatmått som vi har funnit – och som kan användas för att på nationell nivå följa upp primärvårdens medicinska kvalitet – handlar uteslutande om diabetesvård” (Myndigheten för vårdanalys 2017).

Det är anmärkningsvärt att det inte finns vedertagna mått på den medicinska kvaliteten inom svensk primärvård. Trots detta hävdas det ofta i debatten om ”vinster i vården” att man i stället för att reglera vinstuttagen borde ställa tydliga ”kvalitetskrav”.

Bristen på sammanfattande medicinska kvalitetsmått inom primärvården gör det svårt – ibland omöjligt – att till exempel besvara följande frågor:

– Är det rimligt att anta att den medicinska vårdkvaliteten är lika bra i låg- som höginkomstområden trots att vårdbehoven är större och läkartätheten mindre i områden med en låg medelinkomst?

– Finns det några skäl att anta att en prioritering av lätta fall inte påverkar den medicinska vårdkvaliteten bland patienter med stora och tidskrävande vårdbehov?

Bevisbördan när det gäller frågor som dessa ligger naturligen på dem som hävdar att ökad privatisering och marknadsorientering inte leder till en sämre utan tvärtom till en bättre medicinsk vårdkvalitet.

FRISTÅENDE DIGITALA VÅRDFÖRETAG – ETT HOT MOT PATIENTSÄKERHETEN

Vårdvalet har – som tidigare redovisats – också öppnat för privata vinstdrivna digitala vårdföretag som ”KRY” och ”Min Doktor”. Ingen kvalitetsgranskning av denna för Sverige helt nya form av offentligt finansierad privat vinstdriven vård har införts. Det finns inte heller några internationella utvärderingar som visar att digital vård utan någon möjlighet att på plats undersöka patienten uppfyller de krav som ställs på en vård baserad på ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Däremot reagerar många läkare och andra professionella grupper inom vården på att digitala läkare även får ställa diagnoser, skriva ut recept och ge underlag för sjukskrivningar enbart på basis av ett videosamtal. En omfattande internationell studie vid ett forskningscenter i Örebro har också visat att det helt saknas evidens för att denna vård inte hotar patientsäkerheten (Ahlzén, R m.fl. 2018) En mindre studie genomförd av läkare i Region Jönköpings län har dock gjorts. 179 fall av tonsillit och pneumoni granskades. 76 procent av de granskade fallen hade handlagts felaktigt, vilket utgjorde risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv. I 71 procent av fallen hade antibiotikaförskrivning skett utan att det funnits tillräckligt underlag, vilket riskerar att öka uppkomsten av resistenta bakterier. En anmälan inlämnades till Inspektionen för vård och omsorg den 28 december 2017. Den föranledde ingen åtgärd (Dahlgren, G, Halldin, J och Landell, N 2017). – IVO har däremot – som tidigare nämnts – prioriterat att ur ett patientperspektiv klar-

lägga riskerna med fristående digitala vårdbesök utan direkt koppling till en vanlig konsultation där läkare och annan vårdpersonal kan undersöka patienterna.

De politiska reaktionerna på denna extremt snabbt expanderande vårdform har hittills (april 2018) begränsats till en sänkning av den offentliga ersättningen. -

NATIONELLA KVALITETSREGISTER FÖR SPECIALISTVÅRD

Under de senaste årtiondena har förutsättningarna att bedöma den specialiserade vårdens medicinska kvalitet avsevärt förbättrats genom nationella kvalitetsregister. Dessa register innehåller uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvården. Det finns för närvarande (2017) 96 sådana nationella kvalitetsregister. Utöver dessa finns även ett antal andra lokala, regionala och nationella kvalitetsregister.

En brist i samtliga dessa kvalitetsregister är att de saknar uppgifter om patienternas utbildningsbakgrund. Det är därför inte möjligt att på basis av dem bedöma om, och i vilken utsträckning, höginkomsttagare får bättre vård än låginkomsttagare.

Detta illustrerar det gap som ofta finns mellan sjukvårdspolitikens fokus på jämlik vård och det ointresse – t.o.m. motstånd – som samtidigt finns när det gäller att införa bakgrundsvariabler som utbildning i olika databaser och kvalitetsregister. Detta omöjliggör analyser av om exempelvis vårdval inom den specialiserade vården påverkar vårdens medicinska kvalitet relaterat till hög- respektive lågutbildade patienter.

INTERNATIONELLA JÄMFÖRELSE AV VÅRDKVALITETEN I VINSTRIVEN RESPEKTIVE ICKE VINSTRIVEN VÅRD

De studier av vårdkvaliteten mellan olika driftsformer som gjorts i andra länder kommer framför allt från USA. De jämför vanligen privat vinstdriven och privat icke vinstdriven vård.

En metaanalys omfattande 150 sådana studier visar att icke vinstdrivna sjukhus antingen hade en högre vårdkvalitet, eller att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan driftsformerna (Schlesinger och Gray 2005).

I en annan metaanalys som analyserade skillnaderna i relativ risk för mortalitet (på sjukhus och för vuxna patienter) framkom att det fanns en signifikant högre risk att dö på vinstsyftande sjukhus. Den absoluta skillnaden mellan olika driftsformer var dock liten (Devereaux m.fl. 2002).

Det finns också data som talar till fördel för vinstsyftande sjukhus. Exempelvis har ”vinstsyftande sjukhus varit överrepresenterade i rankinglistor över de 100 bästa sjukhusen sett till indikatorer på medicinsk kvalitet. Sammantaget med vetenskapliga studier som jämfört tvärsnitt av olika sjukhus ger det indikationer på en möjlig större spridning i de medicinska resultaten i just vinstsyftande sjukhus” (Anell 2011).

Kapitel 16

Vårdens kommersialisering ökar totalkostnaderna

Kostnaderna för hälso- och sjukvården har ökat som andel av bruttonationalprodukten från 9,5 procent 2015 till 11 procent 2018. Denna ökning av vårdens totalkostnader beror dock delvis på att OECD ändrat definitionen på vilka kostnader som ska ingå vid en beräkning av vårdens totalkostnader (Sveriges Kommuner och Landsting 2018 a).

GOD KOSTNADSKONTROLL – ETT VILLKOR FÖR EN JÄMLIKARE VÅRD

En god kontroll av vårdens totalkostnader är en förutsättning för en bättre och jämlikare vård. Generellt sett är det lättare att politiskt kontrollera kostnaderna vid en anslagsfinansierad offentligt driven vård än vid en prestationsbaserad ersättning i privat vinstdriven vård. Möjligheterna att säkerställa en god kontroll av vårdens totalkostnader bör därför ägnas speciell uppmärksamhet vid en ökad marknadsorientering och privatisering av vården.

Ett ofta förbisett skäl till detta är att ansvariga politiker när de tvingas till oväntade kortsiktiga besparingar lägger dessa

besparingar på den offentligt drivna vården. Den privata vinstdrivna vården med sina långsiktiga avtal är skyddad mot denna typ av plötsliga nedskärningar. Sådana nedskärningar, som ofta är svagt vårdpolitiskt förankrade, medför också att höginkomsttagare, som dominerar i den privata vinstdrivna vården, gynnas på bekostnad av låginkomsttagare och andra resurs-svaga grupper, som oftare återfinns i offentligt driven vård.

VÅRDFÖRETAGENS INTÄKTER ÄR LANDSTINGETS KOSTNADER

”Mer vård för mindre pengar” är ett huvudargument för vårdens marknadsorientering och privatisering. I verkligheten har dessa reformer tvärtom ökat den skattefinansierade vårdens totalkostnader.

En orsak är att de privata vårdföretagen – liksom alla andra företag – önskar sälja så mycket som möjligt. Det ger ökande intäkter som i sin tur vanligen ökar vinsten. De kommersiella vårdgivarna har samtidigt en unik möjlighet att själva besluta hur mycket vård kunden/patienten ska köpa. Det är ju läkare och annan kvalificerad vårdpersonal som påverkar – ofta bestämmer – vilken vård patienten behöver. Denna sekundära vårdefterfrågan brukar uppskattas till mellan 50 och 75 procent av den totala vårdefterfrågan. Ett vinstdrivet vårdföretag har därför något av en kommersiell ”guldsits” eftersom de kan påverka inte bara utbudet av sina tjänster utan också i hög grad även efterfrågan på dessa tjänster. Dessa vårdföretagens unika möjligheter att påverka sina intäkter innebär samtidigt att de också kan

påverka landstingets kostnader. Deras ökade intäkter är ju lika med landstingets och skattebetalarnas ökade kostnader.

Vinstdriften bidrar också till att öka landstingets kostnader genom att bedriva lönsam men onödig vård. Det kan gälla onödigt många besök för ett visst hälsoproblem där ersättningen utgår per besök, eller onödiga men lönsamma medicinska behandlingar. Landstingets merkostnader för dessa enbart kommersiellt motiverade behandlingar är svåra att uppskatta. Däremot vet man att de ökar när vården blir vinstdriven trots att denna icke behovsbaserade vård strider såväl mot den av riksdagen fastställda "behovs- och solidaritetsprincipen" som "kostnadseffektivitetsprincipen" (prop. 1996/97:60)

Vid en offentligt driven vård är de ekonomiska incitamenten att sälja så mycket vård som möjligt mindre, samtidigt som ansvariga politiker har större möjligheter att påverka vårdens omfattning och fördelning. Förutsättningarna för att hålla vårdens totala kostnader inom finansiella ramar är därför bättre vid offentligt driven vård än vid privat vinstdriven.

Ett annat vanligt argument för en vinstdriven snarare än offentligt driven vård är att den kan producera vård till ett lägre pris än offentliga vårdgivare kan. Om vi antar att detta stämmer – vilket inte är givet – innebär det likväl inte med automatik lägre kostnader för landstinget/skattebetalarna. Ett minst lika sannolikt utfall är att de vinstdrivna vårdföretagen väljer att öka sin vinst i stället för att erbjuda landstinget ett lägre försäljningspris.

KONKURRENS ÖVERGES SOM PRISPRESSARE

Ett huvudskäl till att införa konkurrensutsatt upphandling av den offentligt finansierade vårdens drift i början av 1990-talet var att begränsa kostnaderna (SKL 2011b). I Sverige har de stora besparingar som därefter redovisats i olika studier dock i första hand gällt upphandling av standardiserade tjänster med en relativt låg grad av individuell anpassning, som till exempel städning, catering och sophämtning.

Kunskapsläget när det gäller konkurrensutsatt upphandling av privata utförare för professionella tjänster med en hög grad av individuell anpassning är mycket mer begränsat. Samtidigt betonas i en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting att det avgörande för att kunna pressa ner priser är konkurrensen i sig, inte om det handlar om en konkurrens mellan privata och offentliga vårdgivare (SKL 2011b).

Konkurrensens kostnadssänkande effekt har också i sig ifrågasatts. Ett argument som ibland lyfts fram är att man sällan beaktar de indirekta kostnader som följer med en upphandling av privata vårdgivare, i form av upprättande, administration och uppföljning av kontrakt (Andersson 2002).

Ytterligare en, ur ett vårdpolitiskt perspektiv avgörande, insikt, som växte fram omkring millennieskiftet, var att de kostnadsreducerande effekterna vid upphandling av vård tenderade att minska över tid när upphandlingarna upprepades.

En sammanfattning från 2001 av kunskapsläget på detta område från Privatvårdens arbetsgivarförbund (Einevik-Bäck-

strand 2001) konstaterar att man nu är i ett läge ”där fortsatt anbudsupphandling inte längre kan förväntas sänka kostnaderna”. I stället förordas en utveckling av kundvalsmodeller typ vårdval ”som är bättre rustade att skapa konkurrens och som fokuserar på kvalitet snarare än på att sänka kostnaderna ytterligare”.

I den forskningsöversikt som publicerats av Sveriges Kommuner och Landsting (2011b) kommer man tio år senare till samma slutsats om upprepade upphandlingars avtagande kraft när det gäller att pressa priset: ”Erfarenheterna pekar på att kostnadspress och prisreduktion inte är lika tydliga längre och att det etablerats en prisnivå på många marknader. Nya upphandlingar ger inte längre pris- och kostnadsreduktioner.”

Konkurrensens avklingande betydelse som prispressare öppnade för vårdvalssystem som en ny form för ökad privat drift av offentligt finansierad vård. Vårdvalssystemen saknar helt pris-konkurrens, eftersom det är landstinget som fastställer priset på den vård de köper. Det som varit ett av de viktigaste argumenten för en privatisering av den skattefinansierade vården är därmed inte längre ett relevant argument för den fortsatta privatiseringen av denna vård.

Ur ett kommersiellt perspektiv är detta en positiv utveckling eftersom alla privata vårdgivare som uppfyller de av landstinget angivna allmänna kraven i och med detta också får sin verksamhet offentligt finansierad. Det totala antalet offentligt finansierade privata vårdgivare inom primärvård och öppen specialistvård kan därmed inte längre begränsas av landstinget/

finansiären. Vid en prestationsbaserad ersättning som exempelvis utgår per besök kan landstinget inte heller begränsa volymen (antalet besök). I dagens vårdvalssystem finns nämligen inga ”volymtak”. Detta innebär givetvis ökande kostnader, som landstinget/finansiären inte kan kontrollera.

Denna omsvängning från prispress och kostnadskontroll till ”fri dragningsrätt” från offentliga resurser för vårdföretagen har kraftigt ökat kostnaderna, speciellt i Stockholm som infört omkring 35 vårdval i den öppna specialistvården. De borgerliga partierna som drivit på denna utveckling har inte på sedvanligt sätt reagerat mot dessa kraftiga kostnadsökningar. De tycks snarare se allt fler vårdvalssystem som en metod för snabbast möjliga ökning av offentligt finansierad privat vinstdriven vård.

KOSTNADSEFFEKTER AV VÅRDVALSSYSTEM I PRIMÄRVÅRDEN

De utvärderingar som gjorts av vårdvalets kostnadseffekter inom primärvården visar också att införandet av vårdvalssystem inte begränsat vårdens totala kostnader:

Riksrevisionen (2014) konstaterar efter en analys av olika sätt att mäta primärvårdens kostnader, att ”inget tyder på att reformerna har minskat kostnaderna för primärvården. Trenden med successivt ökande kostnader över tid har fortsatt även efter reformernas införande.”

Statskontoret (2012:15) betonar också att det inte finns någon priskonkurrens mellan utförarna i vårdvalssystemen som pressar kostnaderna på samma sätt som vid konkurrensut-satt upphandling.

Ett ökat utbud av privata vinstdrivna vårdcentraler ökar naturligtvis primärvårdens totalkostnader. Eftersom en förstärkt primärvård är ett centralt vårdpolitiskt mål är ökade kostnader för en expanderande primärvård i sig inte ett problem. Den avgörande frågan är om kostnadsökningen bidragit till en bättre och jämlikare primärvård.

Det är mot den bakgrunden som till exempel de kraftigt ökade kostnaderna för husläkarmottagningarna inom Stockholms län mellan 2008 och 2014 måste bedömas. Dessa kostnader ökade med drygt 42 procent under denna period. Det innebär en merkostnad på 621 miljoner kronor jämfört med den tidigare ”förväntade” kostnadsökningen utan vårdval på drygt 27 procent (Nilsson, M och Wingborg, M 2017).

Med tanke på den geografiskt och socialt alltmer ojämlika vård som Vårdval Stockholm inneburit, finns goda skäl betona att de ökade resurser som nu gått till att finansiera de till vårdvalssystemet relaterade merkostnaderna kunde använts mycket bättre vid en demokratiskt styrd behovsbaserad resursfördelning.

VÅRDVAL LEDER TILL KRAFTIGT ÖKADE KOSTNADER FÖR DEN ÖPPNA SPECIALISTSJUKVÅRDEN

Vårdvalssystem har också införts inom den öppna specialistsjukvården. Stockholms läns landsting har initierat omkring 35 olika vårdvalssystem för olika typer av specialistsjukvård. Nästan alla andra landsting och sjukvårdsregioner har avstått från att etablera ett stort antal vårdvalssystem inom den öppna specialistsjukvården. Det viktigaste skälet till denna negativa inställning i stora delar av landet till fler vårdval har varit – och är fortfarande – att de kan vara mycket kostnadsdrivande.

De många vårdvalen i Stockholm har också som förväntat genererat mycket stora och politiskt svårkontrollerade kostnadsökningar. Om man jämför med en normal kostnadsutveckling på 4,1 procent per år har kostnaderna efter det att vårdval införts ökat mycket kraftigt (*SvD* 8/5 2016). De största kostnadsökningarna är – i miljoner kronor – inom följande vårdval:

- logopedi (2008–2014) 98,6
- hudvård (2012–2014) 89,7
- öron-näsa-hals (2012–2014) 86,9
- gynekologi (2012–2014) 83,4
- ögonsjukvård (2012–2014) 35,9

För att begränsa dessa kostnadsökningar har landstinget i Stockholm beslutat sänka ersättningen till flera vårdval med sammanlagt 100 miljoner kronor. Det gäller vårdval inom

gynekologi, ögonsjukvård, öron, näsa och hals, specialiserad fysioterapi, rehabilitering, hud, handkirurgi, neurologi och logopedi och hörselrehabilitering (Almkvist 2015).

LÄGRE KOSTNADER VID PRIVAT DRIFT AV SJUKHUS?

Ett vanligt och ofta återkommande argument för en privatisering av offentliga sjukhus är att dessa kan drivas till en lägre kostnad än offentliga sjukhus. Dessa bedömningar baseras sällan på en helhetsbild av landstingets/skattebetalarnas kostnader vid privat respektive offentlig drift. Det finns samtidigt en tendens att tillskriva driftsformen en avgörande betydelse, även när skillnaderna i kostnader beror på politiska beslut att till exempel ge speciella förmåner för att främja en privat driven vård.

En unik analys av landstingets kostnader för privata S:t Görans sjukhus i Stockholm och landstingets offentligt drivna akutsjukhus har gjorts av landstingets revisorer några år efter privatiseringen av S:t Görans sjukhus (Landstingsrevisorerna Stockholms Läns Landsting 2002/03 – 18). Anledningen till att i dag redovisa denna nästan 20 år gamla analys är att den på ett utomordentligt sätt visar betydelsen av en helhetssyn vid en kostnadsjämförelse mellan privat och offentlig drift. Den belyser också vikten av att i en sådan utvärdering inkludera politiskt beslutade förmåner som avser att gynna en viss driftsform. Ytterligare ett skäl är att någon liknande helhetsanalys av kostnaderna vid offentligt respektive privat drivna

men offentligt finansierade sjukhus, märkligt nog inte tycks ha gjorts sedan dess.

Revisorernas kostnadsjämförelse mellan det privat drivna S:t Görans sjukhus och offentligt drivna sjukhus inom Stockholm läns landsting visar att de samlade kostnaderna för landstinget/skattebetalarna var betydligt högre vid det privat drivna S:t Görans sjukhus än vid de offentligt drivna sjukhusen. Det nominella DRG-priset som är den genomsnittliga kostnaden för en viss typ av vårdinsatser ligger lägre för S:t Görans sjukhus (24 493) än för de offentligt drivna sjukhusen i Stockholmsregionen. Det nominella DRG-priset är emellertid bara en del av det totala pris som landstinget betalar för den vård de köper. Det reala DRG-priset – det vill säga vad landstinget faktiskt betalade S:t Görans – var 25 438 kr. Denna ökning jämfört med det nominella DRG-priset berodde på att landstinget betalat fullt pris för den vård som producerats utöver de nivåer som angivits i avtalet. Med detta reala DRG-pris låg S:t Görans sjukhus på ungefär samma prisnivå som de offentligt drivna sjukhus som hade ett lågt DRG-pris. Utöver denna så kallade ”rabatt” vid överproduktion fick S:t Görans sjukhus också en rad speciella finansiella förmåner i jämförelse med offentligt drivna sjukhus. När dessa räknats in blev, enligt landstingets revisorer, det faktiska DRG-priset 27 500 kronor vilket är lika med eller högre än det genomsnittliga priset för offentligt drivna akutsjukhus i Stockholmsregionen. Utöver dessa kvantifierbara finansiella förmåner hade S:t Görans sjukhus – i motsats till offentligt drivna sjukhus – också de med

privat drift förknippade långsiktigt bindande avtal som under hela avtalsperioden skyddar mot olika besparingskrav, samt förmånligare pris och kostnadsuppräknningar. Mot denna bakgrund konstaterar revisorerna att privatiseringen av S:t Görans sjukhus inneburit ökade kostnader i jämförelse med offentlig drift. Denna merkostnad hade blivit än större om revisorerna även hade inkluderat kostnaderna för upphandling, administration och uppföljning.

Motsvarande underlag saknas för att i dag kunna bedöma landstingets kostnader vid offentlig respektive privat drift av offentligt finansierade akutsjukhus. Många av de förmåner som initialt gavs till Capio S:t Göran har tagits bort eller ändrats, i de nya avtal som tecknats. En bedömning baserad på landstingets öppna kostnadsredovisningar tyder på att det i dag inte längre finns några större skillnader i driftskostnader mellan Capio S:t Görans sjukhus och de offentliga sjukhusen i Stockholms län.

INTERNATIONELLA ERFARENHETER

Det finns knappast några internationella studier som jämför skillnader i kostnader vid offentlig respektive privat vinstdriven sjukhusvård. Däremot finns ett stort antal kvalificerade forskningsrapporter som belyser kostnadsskillnader mellan privat vinstdriven och privat icke vinstdriven sjukhusvård. Resultaten från dessa analyser kan inte direkt överföras till svenska förhållanden och till kostnadsjämförelser mellan offentlig och privat vinstdriven sjukhusvård. De kan dock vara av visst intresse

eftersom de belyser de effekter på vårdens kostnader som är relaterade till om vården drivs av ”for profit”-företag eller av ”non-profit”-vårdgivare.

Följande metastudier som sammanfattar ett mycket stort antal mindre studier ger alltså en översiktlig bild av kunskapsfronten när det gäller kostnadsanalyser av privat vinstdriven respektive privat icke vinstdriven sjukhusvård.

Schlesinger och Gray (2005) visade i en översikt som omfattade 150 studier att kostnaderna – ur finansiärens perspektiv – vid de icke vinstdrivna sjukhusen i de allra flesta fall var lägre än vid de vinstdrivna. Detta gällde främst för administrativa overheadkostnader och intäkter per intagen patient. *Devreaux m.fl.* (2004) visade i en djupanalys baserad på åtta studier att vinstsyftande sjukhus har signifikant högre intäkter per intagen patient, det vill säga kostnaderna för finansiären var högre vid privata vinstdrivna sjukhus.

Det är även värt att notera att de totala vårdkostnaderna som andel av BNP tenderar att öka i Västeuropa och Nordamerika med ökande privatisering av vårdens drift och finansiering (Dahlgren, G 2010).

KOSTNADER VID PRIVATISERING AV NATURLIGA VÅRDMONOPOL

Inom sjukvården finns många naturliga vårdmonopol. Utanför storstadsregionerna finns vanligen enbart ett sjukhus – ”ortens sjukhus” – med ett naturligt upptagningsområde. Förutsättningarna för två konkurrerande sjukhus saknas därmed. Detsamma gäller för vårdcentraler i glest befolkade områden. I många fall handlar det om att kunna behålla dessa vårdgivare snarare än att ifrågasätta dessa naturliga monopol.

Vid en analys av vårdens driftsformer bör man speciellt uppmärksamma skillnaderna mellan offentliga och privat vinstdrivna sjukhus, när de drivs som naturliga monopol. De offentligt drivna sjukhusen utnyttjar knappast sin monopolställning för att öka sina intäkter. Vid en privat vinstdriven vård ökar däremot sannolikheten för att vårdföretagen av lönsamhetsskäl utnyttjar de möjligheter till högre priser som monopolsituationen möjliggör. Detta innebär ökande kostnader för landstinget/skattebetalarna. Det empiriska underlaget för detta antagande saknas i Sverige eftersom det här knappast finns några privata vinstdrivna sjukhus som har en sådan monopolställning inom den offentligt finansierade vården. Däremot finns många väldokumenterade erfarenheter när det gäller privata monopol på den vanliga kommersiella marknaden. Därför finns det också där en mycket skarp lagstiftning för att förhindra privata monopol. Någon motsvarande lagstiftning eller reglering finns dock inte när det gäller att förhindra kommersiella monopol inom den offentligt finansierade sjukvården.

PRIVATA HYRLÄKARE DRIVER UPP KOSTNADERNA

En ökad marknadsorientering och privatisering ökar behovet av dyra privata hyrläkare. Den relativa överetableringen av till exempel vårdcentraler i storstädernas mer välbärgade områden ökar den redan före vårdvalsreformerna stora bristen på allmänläkare i underförsörjda landsbygds- och glesbygdsregioner samt i storstädernas låginkomstområden.

Närmare 40 procent av alla vårdcentraler anser att de inte får full täckning för kostnaderna när de tvingas hyra stafettläkare (Konkurrensverket 2014:2).

ÖKADE KOSTNADER FÖR ADMINISTRATION OCH KONSULTER.

En ökad marknadsorientering och vinstdriven privatisering leder erfarenhetsmässigt till ökande kostnader för administration, och kontroll av verksamheten. Samtidigt ökar vanligen kostnaderna för externa konsulter. Detta samband är tydligast inom USAs marknadsorienterade vårdssystem där kostnaderna för administration och finansiella och andra kontroller är mycket högre jämfört med flertalet västeuropeiska sjukvårdssystem. En angelägen uppgift är att klarlägga hur mycket landstingets kostnader för administration, finansiella och andra kontroller samt för externa konsulter ökat på grund av det dubbla systemskiftet inom den svenska sjukvården.

ÖKADE SAMHÄLSEKONOMISKA KOSTNADER FÖR SJUKSKRIVNINGAR

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HLS § 3) får endast offentliga vårdgivare bedriva en verksamhet som inkluderar så kallad myndighetsutövning. Denna typ av uppgifter får ”inte överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ”. Utfärdande av sjukintyg som ligger till grund för beslut om sjukersättning finns inom en sfär av beslut som har karaktär av myndighetsbeslut, liksom förbud att p.g.a. sjukdom/funktionshinder köra bil. Vid en vinstdriven privatisering där vårdföretagen av lönsamhetsskäl inte önskar förlora några kunder ökar sannolikt risken att läkare för att möta kundens önskemål blir generösare med underlag för sjukskrivning och mindre benägna att föreskriva att körkort bör dras in.

Vårdens kommersialisering aktualiserar således en översyn av regelverk och principer för myndighetsutövning och närliggande verksamheter. Detta är även ur ett rent finansiellt perspektiv av stor betydelse, eftersom de ekonomiska konsekvenserna av en mer kundstyrd tillämpning av gällande regelverk kan bli mycket stora för landsting och stat.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har analyserat om införandet av vårdvalssystem påverkat läkarnas benägenhet att utfärda läkarintyg som ligger till grund för beslut om sjukskrivning (ISF 2014). Resultaten som presenterats indikerar att vårdvalsreformen i Stockholm medfört fler sjukskrivningar och längre ersättningsperioder. Motsvarande effekter fanns inte i de andralandsting som införde vårdvalssystem under åren 2007 till 2009.

De snabbt växande digitala vårdföretagen torde i än högre grad utgöra en risk för omotiverade sjukskrivningar. Vid ett telefonsamtal eller en kontakt enbart via en videolänk är det sannolikt lättare att "bluffa" sig till en sjukskrivning. Den digitala läkaren kan ju inte bedöma om patientens beskrivning stämmer med verkligheten genom att "klämma på foten" eller "titta patienten i halsen".

Med tanke på regeringens strävan att minska de icke motiverade sjukskrivningarna är det anmärkningsvärt att man inte aktualiserat ett förbud eller en reglering av rätten att skriva underlag för sjukersättning när läkaren saknar möjlighet att göra de undersökningar på plats som normalt krävs för en sjukskrivning.

Kapitel 17

Förlust av resurser avsedda för vård

VÅRDFÖRETAGENS VINST EN FÖRLUST AV VÅRDRESURSER

I den vårdpolitiska debatten om vinster i välfärden är den dominerande frågan en reglering av de privata vårdföretagens vinster inom bland annat den offentligt finansierade vården. I nära samverkan med Vänsterpartiet tillsatte regeringen (S + MP) 2015 den så kallade *Välfärdsutredningen* under ledning av Ilmar Reepalu.

Uppdraget till denna utredning är enligt direktiven (Regeringens kommittédirektiv 2015:22) bland annat ett säkerställande av ”att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för”. Därvid ska ”eventuella överskott som huvudregel” ... ”återföras till den verksamhet där de uppstått”. Det enda godtagbara undantaget från denna huvudregel bör enligt direktiven vara att privat insatt kapital och medel motsvarande en låg ränta på detta kapital inte behöver återinvesteras.

Välfärdsutredningen har analyserat följande utformningar av vinstreglering, som villkor för en offentlig finansiering av verksamheten:

**Aktiebolag anger i bolagsordningen ett annat syfte
med verksamheten än vinst till aktieägarna**

Vinstdriven privat vård bedrivs vanligen som aktiebolag, vars övergripande mål – enligt aktiebolagslagen (ABL 2005:551) – är att bereda aktieägarna vinst (prop. 2004/05:85). Det är dock, enligt 3 kap. 3 § i ABL, möjligt att i bolagsordningen ta in en bestämmelse om att bolaget helt eller delvis ska ha ett annat syfte än vinst till aktieägarna. Valfärdsutredningen anser i ett delbetänkande (SOU 2016:78) att detta inte är någon garanti för att vårdföretagets ägare inte senare tar ut en vinst genom att ändra bolagsordningen.

**Privat vinstdriven vård kan också drivas som
aktiebolag med särskild vinstutdelningsbegränsning,
så kallade SVB-bolag**

I ett bolag med särskild vinstbegränsning (SVB-bolag) är vinsten rättsligt reglerad till högst två procent plus statslåneräntan. Denna begränsning kan inte åsidosättas av aktieägarna. Eventuella överskott över denna låga vinstnivå ska som huvudregel återinvesteras i verksamheten. I övrigt gäller i de flesta avseenden samma regler för SVB-bolag som för andra privata aktiebolag (32 kap. Aktiebolagslagen). Valfärdsutredningen valde att inte utveckla detta alternativ.

Tillståndsprovning med krav på vinstbegränsning

Ett sätt att säkerställa att medel används till det de är avsedda för kan vara att inom ramen för tillståndsprovningen ställa

krav som bland annat begränsar möjligheterna till vinstutdelning. Tillståndsprövning finns till exempel när det gäller att starta en offentligt finansierad vinstdriven skola men inte för att starta en privat vinstdriven vårdcentral.

En förutsättning för att en vinstbegränsning ska fungera är en garanterad öppenhet och insyn i hur offentliga medel används.

Välfärdsutredningen föreslår i sitt delbetänkande (SOU 2016:78) en högsta tillåten vinst som motsvarar statslåneräntan plus sju procent. Detta motsvarar enligt utredningen den genomsnittliga vinstnivån på den vanliga kommersiella tjänstemarknaden. Vinster över denna nivå betecknas som övervinster och ska enligt utredningens förslag alltid återinvesteras i verksamheten.

Utredning utan vårdpolitiska konsekvensanalyser

De vårdpolitiska effekterna av detta förslag hade utredningen tyvärr inte i uppdrag att analysera. Ilmar Reepalu bedömer dock att de flesta av de vinstdrivna välfärdsbolagen inte kommer att slå igen sina portar om man tillåter de vinstnivåer som är normala på den vanliga kommersiella tjänstemarknaden. Kommersiella intressenter som Svenskt Näringslivs chefsekonom Bettina Kashefi hävdar däremot att ”80 procent av de privata välfärdsföretagen riskerar att få läggas ner”. Dessutom anser hon att förslaget inskränker såväl näringsfriheten som äganderätten. De borgerliga partierna och Sverigedemokraterna föreslår å sin sida att förslaget ska slängas i papperskorgen

eftersom det bland annat sägs hota det fria vårdvalet, det vill säga en fortsatt offentlig finansiering av privat vinstdriven vård (Kashefi, B i Dagens Samhälle nr 29 2017).

I debatten om vinster i vården hävdas ofta från kommersiella intressenter och från de borgerliga partierna att den föreslagna vinstregleringen innebär ett förbud mot privat driven vård. Detta är fel. För det första gäller inte vinstbegränsningen helprivata vårdföretag. Dessa privat finansierade vårdgivare har fortsatt samma rätt ta ut optimala vinster som alla andra företag på den vanliga kommersiella marknaden. För det andra innebär ett krav att återinvestera övervinster inte en begränsning av den privata icke vinstdrivna vårdens verksamhet. För det tredje finns anledning att ifrågasätta om de många ”eldsjälar” som – enligt de borgerliga partierna – valt att driva ett privat vårdföretag ”för att utveckla vården” verkligen lägger ner sin verksamhet om de måste återinvestera sina eventuella övervinster.

Ny hälso- och sjukvårdsutredning

Regeringen har den 14 mars 2018 lagt fram två propositioner baserade på Valfärdsutredningens förslag. Frågan om en eventuell vinstreglering av hälso- och sjukvården har brutits ut ur propositionen om vinstbegränsning. Denna fråga ska nu ytterligare utredas under ledning av Göran Stiernstedt. Ett första delbetänkande från denna nya utredning komi mitten av juni 2018 och slutbetänkandet ska vara klart i juni 2019.

ÖKADE FÖRLUSTER PÅ GRUND AV FUSK OCH KORRUPTION

Bestickning har varit och är fortfarande ett problem som ofta gäller läkemedelsföretagens offensiva marknadsföring gentemot de läkare som förskriver deras läkemedel. Detta kan ske genom att ett visst läkemedelsföretag finansierar seminarier och "studieresor" till populära semesterparadis. Ett allt striktare regelverk för fortbildningskurser och seminarier har dock inom den svenska vården kraftigt begränsat dessa möjligheter att påverka läkarnas förskrivningsmönster.

Det förekommer också direkt bestickning där en läkare till exempel får en viss summa pengar från ett läkemedelsföretag varje gång han skriver ut ett visst läkemedel. Detta har bland annat skett vid förskrivning av ett läkemedel mot psoriasis, Raptiva från läkemedelsföretaget Sereno. Ärendet gick till Riksenheten för korruption (*Dagens Medicin* 23/2006).

Läkemedelsbolagen har också tvingats betala stora summor i förlikning till exempel vid bestickning. Pfizer betalade till exempel 60 miljoner dollar i förlikning på grund av mutor till läkare, sjukhusadministratörer och läkemedelsmyndigheter i flera europeiska länder. Dessa mutor bokfördes som utbildning, transporter och rådgivning till läkare (Rockoff, J.D., Matthews, C.M. "Pfizer settles federal bribery investigation", *Wall Street Journal* augusti 2012).

Risken för bestickning och andra ekonomiska oegentligheter ökar vid en ökad privatisering och kommersialisering av vården. Ju bredare kontaktyta mellan kommersiella intressen-

ter och den offentligt finansierade vården, desto större risk för korruption, exempelvis i samband med olika upphandlingar. Detta har också motiverat bland annat Sveriges Kommuner och Landsting att initiera en relativt omfattande utbildningsverksamhet i syfte att förhindra denna olagliga verksamhet som vanligen innebär förlust av finansiella vårdresurser.

I marknadsorienterade och vinstdrivna vårdssystem ökar även risken för ”saltade” eller direkt felaktiga räkningar. Det kan gälla räkningar från privata vårdföretag till landstinget som anger fler besök till en vårdcentral än vad som faktiskt skett. En annan vanlig och svårupptäckt metod att öka intäkterna är så kallad diagnosglidning där enkla fall registreras som allvarigare eftersom de då ger en högre ersättning.

Den kommersialiserade kultur som i ökad utsträckning finns även inom den offentligt drivna vården har medfört vad man tror är en mer affärsmässig syn på verksamheten. Det faktum att allt fler från näringslivet har höga chefs- och styrelsebefattningar inom den offentliga vården kan ha bidragit till detta. Ett aktuellt exempel är den sammanblandning mellan egna kommersiella kontakter och upphandling av exempelvis externa konsulter som uppdagats på Nya Karolinska sjukhuset i Stockholm. Denna lättsinniga hantering av ersättning till extremt dyra konsulter utan underlag har inneburit miljonförluster för landstinget och skattebetalarna. Utan *Dagens Nyheters* intensiva granskning av dessa affärer inom det borgerligt styrda landstinget hade sannolikt denna miljonrullning till konsultinsatser av osäkert värde för vården fortsatt. Den var en del av en falsk affärskultur i ett marknadsorienterat vårdssystem.

**OFFENTLIG-PRIVAT SAMVERKAN (OPS)
VID BYGGANDE OCH DRIFT
AV NYA KAROLINSKA SJUKHUSET**

Byggnad och service av Nya Karolinska sjukhuset (NKS) har länge stått i vårdpolitikens centrum, främst i Stockholm men också som en nationell angelägenhet. Det är den största affär som Stockholms läns landsting gjort, och handlar om mer än 60 miljarder kronor. I stället för att göra en vanlig upphandling har man tillämpat en affärsmodell som betecknas ”offentlig-privat samverkan” (OPS). Förenklat kan denna beskrivas som att landstinget köper bygge och service på avbetalning under en 40-årsperiod från Skanska och det engelska riskkapitalbolaget Innisfree. En utomordentlig redovisning av hela denna affär finns i boken *Sjukt hus* av SvD-journalisterna Henrik Ennart och Fredrik Mellgren. De konstaterar här att NKS har blivit ett av världens dyraste sjukhus. Den exakta merkostnaden jämfört med en normal upphandling är svår att exakt uppskatta. Men att skattebetalarna förlorat mellan 10 och 30 miljarder kronor på de borgerliga landstingspolitikernas ideologiskt drivna OPS-modell är sannolikt. En förlust av skattepengar som kunde undvikits om man lyssnat på de många varningsrop som kom såväl från de egna leden, bland annat dåvarande moderata finansministern Anders Borg, som från oppositionen (Ennart, Mellgren 2016).

FÖRSÄLJNING AV OFFENTLIG EGENDOM TILL UNDERPRIS

Ett antal offentliga vårdcentraler har sålts långt under normalt marknadspris till anställda som önskat driva verksamheten i privat regi. Denna så kallade avknoppning var under många år en central del av den borgerliga privatiseringsstrategin bland annat i Stockholm. I vissa fall sålde de som genom denna typ av direktupphandling köpt en vårdcentral den sedan vidare till ett marknadspris. Detta var ofta en lysande affär. Det mest uppmärksammade fallet var när den borgerliga majoriteten i Stockholms läns landsting 2007 sålde vårdcentralen Serafen för 0,7 miljoner kronor till några läkare som arbetade vid denna vårdcentral. Fyra år senare sålde dessa läkare vårdcentralen till Caphio AB för närmare 20 miljoner kronor (Sveriges Radio (Ekot) 2/4 2012). Skattebetalarna som finansierat uppbyggnaden av denna vårdcentral förlorade således i detta fall omkring 19 miljoner kronor på de borgerligas privatiseringspolitik. Denna typ av försäljningar av offentliga verksamheter till underpris görs inte längre eftersom de enligt kommunallagen är olagliga.

FÖRLUST AV SKATTEINTÄKTER GENOM SKATTEFLYKT

Privata vinstdrivna vårdbolag använder sig – liksom många bolag på den vanliga kommersiella marknaden – av en avancerad skatteplanering i gränslandet mellan lagligt och olagligt för att minska skatten och därmed öka vinsten. En modell

för skatteflykt som varit mycket lönsam för dessa bolag är så kallade räntesnurror. De bygger på att stora internationella företag genom internlån med höga räntor kan dra av räntekostnaderna mot vinsten i Sverige. Ränteintäkterna går sedan ofta via brevlådeföretag i till exempel Luxemburg till olika skatteparadis som Jersey och Guernsey där de knappast beskattas alls. De privata vårdföretagen vars verksamhet är skattefinansierad har på detta sätt undanhållit stora belopp i skatteintäkter som kunnat användas för att förstärka den skattefinansierade välfärden.

Den 1 januari 2013 skärptes lagstiftningen när det gäller möjligheterna att minska skatten genom en ränta på internlån som ligger långt över den ränta vårdföretaget kunnat få på den vanliga kommersiella marknaden. Regeringen uppskattade att enbart denna åtgärd skulle tillföra statskassan närmare 9 miljarder kronor (*DN* 24/3 2014). Det finns dock ingen direkt koppling – som det ibland antas – mellan dessa återvunna skatteintäkter och ökade offentliga resurser till sjukvården. De går in som ett allmänt tillskott till statskassan.

Den avgörande frågan är om denna aggressiva skatteplanering med direkta kopplingar till olika skatteparadis är olaglig. Kan Skatteverket med stöd av lagen kräva in normal bolagskatt av de riskkapitalägda vårdbolagen inom till exempel den offentligt finansierade vården? Svaren skiftar i denna skattelagstiftningens gråzon där skarpa jurister hjälper riskkapitalbolagen och deras vårdföretag att finna kryphål och vägar runt lagar och regelverk som minskar eller eliminerar deras

skatteinbetalningar. Samtidigt har Skatteverket i många fall ansett att vårdföretagen enligt gällande lagstiftning ska betala normal bolagsskatt. Vårdföretagen har då överklagat Skatteverkets krav på inbetalning till förvaltningsrätten. I vissa fall har förvaltningsrätten därefter givit företagen rätt, det vill säga inte ansett att deras upplägg för att slippa betala skatt är olagliga. I andra fall har förvaltningsrätten ansett att Skatteverket har rätt, det vill säga att de ska driva in skatter som ”planerats bort” genom räntesnurror och transfereringar till olika skatteparadis.

Kampen fortsätter mellan vårdföretag som söker optimera lönsamheten/vinsten genom att undvika skatt och Skatteverket som söker undvika förluster av skatteintäkter. Politiska beslut under senare år har bidragit till att vissa typer av skattesänkstrategier blivit svårare att tillämpa. Företagens ”kreativitet” när det gäller att hitta nya vägar att undgå skatt är dock stor ...

Detta ställer än större krav på den politiska viljan och förmågan att med ytterligare skärpta lagar och regelverk förhindra denna skatteflykt. Det vore dessutom rimligt att vid upphandling av privat vård införa som ett villkor i avtalet att företaget fullt ut måste betala normal skatt i Sverige. ”Välfärdsföretag” vars affärsidé är att undvika skatt på vinster de gjort inom den skattefinansierade välfärden måste kunna väljas bort. Detta bör i första hand gälla de vårdföretag som tidigare fälltts för skatteflykt.

Kapitel 18

Högre produktivitet men lägre effektivitet

Högre produktivitet och effektivitet åberopas ofta som skäl för att öka den offentliga finansieringen av privat vinstdriven vård (prop. 2008/09:29). Privat drift antas ge mer vård för pengarna. Detta beskrivs som en win-win-situation för alla inblandade där patienterna får bättre vård, landstingets kostnader minskar och de privata vårdföretagen blomstrar. När något på detta sätt verkar ”alltför bra för att vara sant” är det extra viktigt att kontrollera fakta.

ÖKAD PRODUKTIVITET I DEN ÖPPNA VÅRDEN

Möjligheterna att öka produktiviteten, det vill säga verksamhetens prestationer i förhållande till resursförbrukningen, är mer begränsade när det gäller personalintensiva tjänster än vid produktion av varor. Detta gäller i hög grad hälso- och sjukvård. Väljer man att mäta produktiviteten i antalet besök per dag är dock möjligheterna till en produktivitetsökning större.

Det finns en rad studier som visar att driftsformen inte är av avgörande betydelse för verksamhetens produktivitet. Samtidigt visar de studier som belyser effekterna av vårdvalssystem

i den öppna vården att produktiviteten – mätt i antal besök – ökat kraftigt. En faktor som påverkar produktiviteten är hur ersättningen till vårdgivarna är utformad. Prestationsrelaterade ersättningar ökar vanligen produktiviteten mer än fasta budgetanslag. En förutsättning för att produktivetsmått som till exempel baseras på antalet besök ska bli meningsfulla är att prestationen – besöket – är av samma typ och omfattning vid de olika mätillfällena. En rad studier har gjorts före men framför allt efter det att vårdvalssystemen införts för att belysa hur produktiviteten påverkas av olika ersättningssystem och om verksamheten drivs i privat eller offentlig regi.

I en studie från 2005 (Janlöv 2010) framkom inga skillnader vare sig i produktivitet eller effektivitet vid en jämförelse mellan 21 landsting med olika andelar köpt vård. ”Det kan man inte heller förvänta sig med tanke på att andelen köpt vård är liten och variationerna mellan jämförbara landsting är små” (Anell 2010).

I Stockholms läns landsting ökade antalet besök i primärvården efter det att man infört vårdvalssystem och börjat tillämpa ett nytt ersättningssystem som i hög grad baserades på antalet besök. En uppföljning av vårdvalssystemets första två år (Rehnberg 2010) visade att den ”sammantagna produktivetsökningen, baserat på relationen mellan kostnader och viktade besök var drygt 10 procent 2008 och knappt 3 procent 2009”. Det fanns dock inga signifikanta skillnader

i produktivitet mellan privat och offentlig drivna enheter. Samtidigt konstaterades att de privata mottagningar som inte ingick i vårdvalet hade en sämre produktivitet än både privata och offentliga enheter inom vårdvalet.

I en femårsrapport om Vårdval Stockholm (Dahlgren, C 2013) bedömde forskare vid Karolinska Institutet att produktiviteten ökat. Riksrevisionen (2014) ifrågasatte dock denna slutsats ”eftersom det saknas information om huruvida de besök som produceras efter vårdvalets införande är kvalitativt annorlunda än de besök som producerades före reformen”.

Myndigheten för vårdanalys genomförde 2013 en enkätundersökning som visade att patienterna i Stockholm – jämfört med patienterna i Skåne och Östergötland – upplevde att det efter vårdvalsreformen krävs fler besök än tidigare för att tillgodose samma vårdbehov. Detta kan tyda på att besöken har blivit kortare och att bara ett vårdbehov per besök uppmuntras. ”Att just patienter i Stockholms län utmärker sig i detta avseende kan bero på att deras ersättningssystem premierar hög besöksfrekvens i högre grad än ersättningssystemen i Skåne och Östergötland. I Stockholm baseras en betydligt högre andel av den totala ersättningen till vårdgivarna på antalet besök än i Skåne och Östergötland. Samma ersättning utgår oberoende av om konsultationen tar 10 eller 30 minuter. Det finns således starka incitament just i Stockholm att öka antalet besök. Ökningen av antalet läkarbesök

mellan 2007 och 2011 det vill säga efter införandet av vårdvalssystemet var också betydligt större (19 procent) i Stockholm än i Skåne (7 procent) och Östergötland (13 procent)” (Riksrevisionen 2014).

Det finns inga studier som entydigt visar att produktiviteten påverkas av om verksamheten drivs i privat eller offentlig regi. Däremot har – som belysts ovan – ersättningssystemet en stor betydelse för verksamhetens produktivitet.

Värdet av en produktivetsökning baserat på antalet besök beror på om det finns ett positivt samband mellan ett ökat antal besök och verksamhetens måluppfyllelse. Saknas detta samband innebär högre produktivitet i stället att man gör fel sak till en lägre kostnad. En högre produktivitet innebär i detta sammanhang bara en ökad felaktig användning – ett större slöseri – med knappa vårdresurser.

Den avgörande frågan är således mot denna bakgrund om ett ökat antal besök verkligen bidrar till en bättre och jämlikare vård där de med stora vårdbehov ges högre prioritet jämfört med patienter med små vårdbehov.

MINSKAD EFFEKTIVITET I DEN ÖPPNA VÅRDEN

Den vanliga definitionen av effektivitet – som även förordas av Socialstyrelsen – är ”graden av måluppfyllelse vid givna ekonomiska resurser.” En verksamhet som i mycket begränsad utsträckning, eller inte alls, uppfyller de mål som gäller för den

aktuella verksamheten, är med denna definition ineffektiv även om dess produktivitet är mycket hög.

Utgår man från hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om en god vård på lika villkor för hela befolkningen har effektiviteten minskat sedan vårdvalet infördes. Vårdvalssystemen har således en mycket låg effektivitet, speciellt ur ett jämlikhetsperspektiv eftersom de – som belysts tidigare i denna skrift – bidrar till ökande sociala och geografiska skillnader i vårdens tillgänglighet.

Internationella forskningsöversikter har också visat att icke vinstdriven vård är lika mycket eller mer kostnadseffektiv än kommersiellt driven vård. Detta visas bland annat i en meta-studie baserad på 317 mindre vetenskapliga studier som analyserar effektivitet vid olika driftsformer. Inte i någon av dessa var den kommersiellt drivna vården kostnadseffektivast (Hollingworth, B. 2008).

Kapitel 19

Omfördelning av makten över den skattefinansierade vården

Den vårdpolitiska debatten handlar ofta om olika metoder att styra vården. Däremot diskuteras alltför sällan vilka som egentligen styr – har makt att påverka – den skattefinansierade vården. I vilken utsträckning styrs denna vård av politiker, patienter, vårdföretag och deras ägare, vårdpersonal och internationella regelverk? Hur har dagens dubbla systemskifte påverkat makten över vården? Vilka har fått mer respektive mindre makt att påverka vårdens omfattning, inriktning, fördelning och kvalitet? I detta kapitel belyses mycket översiktligt frågor som dessa och samtidigt behovet av en verklig ingående maktanalys av hur sjukvårdens styrning påverkas av dagens dubbla systemskifte. De trender som redovisas nedan som ett inspel till denna fördjupade analys är att dessa reformer minskar förutsättningarna för en demokratiskt styrd vård samtidigt som de kommersiella intressenternas makt över vårdpolitiken ökar och får stöd av EU och andra kommersiella internationella organ. Inom ramen för detta maktskifte begränsas framför allt de resurssvaga patienternas och den medicinska professionens makt att påverka den offentligt finansierade vården.

MINSKAD POLITISK MAKTT

Demokrati och marknadskrafter

Demokrati bygger på alla medborgares lika värde. På en marknad bestäms medborgarnas värde i stället av deras köpkraft. Vid en marknadsorientering och en vinstdriven privatisering av offentligt finansierad vård bryts dessa två värdesystem mot varandra. Förutsättningar för att kunna förena dessa helt olika synsätt och värderingar saknas. Det är därför främst en fråga om hur avgränsningen av deras respektive räckvidd bör göras. Detta har genom tiderna varit en lika grundläggande som ideologiskt partiskiljande fråga.

En nyliberal skola såg en demokratisk styrning med statlig planering som ett hot mot individens frihet. Friedrich von Hayek – som 1974 fick ekonomipriset till Alfred Nobels minne – var en ledande företrädare för denna ideologi. Marknaden hade – menade han – däremot en unik förmåga att smälta samman och dynamiskt utveckla köparens och säljares kunskaper och önskemål utan att göra människor till föremål för en uppifrån uttänkt plan. Statliga ingrepp i ekonomin skulle därför enligt hans synsätt leda till ofrihet. Margaret Thatcher var en av de ledande politiker som hyllade Hayeks teorier (Lindberg, I 2018).

En annan ledande nyliberal var Milton Friedman som också han ansåg att statens roll i ekonomin skulle inskränkas till ett minimum. I sitt försvar för den fria marknaden hävdade Friedman att hans angreppssätt i princip var ... ”oberoende av en särskild etisk position eller av normativa värderingar”. Hans metoder kunde utvecklas till ”en objektiv vetenskap av precis

samma slag som naturvetenskaperna”. Under 1960- och 1970-talen ledde tongivande nyliberala tongångar som dessa till att många politiker över hela västvärlden började tona ner avvikande värderingar, samtidigt som gemensamma verksamheter genom privatiseringar och new public management successivt drogs undan såväl från politiska beslutsprocesser som från professionell styrning. Ett av de förslag som Friedman intensivt och envist drev var till exempel införandet av en ”skolpeng”. Iden bakom detta var enligt honom själv att en sådan skolpeng skulle gröpa ur välfärdssamhället inifrån och successivt bana väg för ett privatiserat skolsystem och i förlängningen också för en hårdbantad välfärdsstat där förmånerna reducerades alltmer för att i slutändan helt försvinna (Lindberg, I 2018).

Mot denna nyliberala marknadsideologi stod och står en generell solidariskt finansierad välfärd, där behov – inte köpkraft – ska avgöra fördelningen av tillgängliga resurser. Den svenska välfärdsmodellen sågs fram till början av 1990-talet som ett typiskt exempel på detta generella solidariska välfärdssystem. I dag 25 år senare är Sverige i stället ett land som gått ovanligt långt åt det marknadsliberala hållet. Den offentligt finansierade skolans marknadsorientering och skolpengssystem, liksom vårdval och etableringsfrihet inom hälso- och sjukvården, saknar motsvarighet i de flesta, om inte alla västeuropeiska länder. Civilminister Ardalan Shekarabi (S) konstaterade i SVT:s Agenda (3/6 2018) att ”Sverige har – några av västvärldens mest liberala regler för välfärdens kommersialisering.” Näringslivet har varit skickligt att driva på denna

utveckling och normalisera det onormala. De har samtidigt fått ett omfattande stöd av marknadsorienterade ekonomer. Ingvar Carlsson, före detta statsminister (S), uppmärksammar detta i sin bok *Lärdomar – personliga och politiska* (2014): ”Nationalekonomer, både i Sverige och utomlands, gör sig allt oftare till talesmän för idéer och slutsatser som de borgerliga kan åberopa. Det sker under ledord som marknadsekonomi, avreglering, effektivisering, konkurrensutsättning, liberalisering och ökad frihet.” Detta leder till att ”Vårt starka grepp om problemformuleringarna i svensk politik går förlorat. Vi pressas tillbaka i den ideologiska debatten ...”

En konsekvens av dagens nyliberala systemskifte inom vård, skola och omsorg har enligt samhällsanalitikern och före detta statssekreteraren Ingemar Lindberg (S) varit ”att medborgarnas lika människovärde alltmer överflyglades av deras ojämnt fördelade marknadsvärde” (Lindberg, I 2018).

”Vården bör inte styras av politiker”

En grundtanke i all nyliberal sjukvårdspolitik inklusive i dagens svenska systemskifte inom vården är att minska den demokratiska styrningen samtidigt som marknadens makt ökar. Det är till exempel vårdföretagen – inte det demokratiskt valda landstinget – som enligt denna ideologi vid privat drift ska bestämma såväl omfattning som lokalisering av den skattefinansierade primärvården. Bakom denna uppfattning ligger en uttalad misstro mot att vården kan styras inom ramen för en demokratisk beslutsprocess. Denna misstro bidrog också i

hög grad till den ideologiskt nyliberala omsvängning av sjukvårdspolitiken som successivt ägt rum i Sverige sedan början av 1990-talet.

En av de ivrigaste förespråkarna för en mer marknadsorienterad vård – professor Ingemar Ståhl – uttryckte detta i en SNS-skrift (Culyer, A.J. 1992) med följande ord: Vi vet ganska lite om hur den demokratiska ”beslutskedjan fungerar med väljare som utser politiker på partilistor som i sin tur i representativa församlingar bestämmer skatter och budgetar som sedan skötes i förvaltningar som tilldelar resurser till kliniker och vårdcentraler där de ursprungliga väljarna tilldelas behandling men nu i rollen av krävande patienter. Beslutssystem av detta slag avviker så markant från vad som sker i marknader att det troligen är mycket svårt att i dagens forskningsläge dra slutsatser om vad som skulle vara en bästa reformstrategi. Jag skulle snarare vilja dra en lans för en mer experimentell ansats och låta alternativ utvecklas och i första hand skapa en miljö för olika typer av entreprenörer.” Den traditionella sociala ingenjörskonsten stämmer inte ”med den Zeitgeist som tillhör 1990-talet”.

Ledarskribenten och statsvetaren Hans Bergström uttrycker liknande kritiska åsikter om en demokratiskt – politiskt – styrd vård. Politiker är ”oförmögna att hantera komplexa system och motstridiga roller”... de tillgriper ”symbolhandlingar när de inte klarar att ändra realiteter, användande en stor del av sin tid på att möta och helst undvika klander från medier och högljudda specialintressen snarare än att hantera det som i sak är betydelsefullt. Den politiska processen och handlingslogiken

förmår inte leverera rationella förändringar i en organisation som drivs av politiska nämnder"... De politiska plansystemen präglas av "låg produktivitet, snedvridna styrimpulser och brist på kundorientering".

Dessa ord från lärofadern för den första generationen av svenska hälsoekonomer och från en av de ledande opinionsbildarna för en marknadsorienterad vård fångar rätt väl de nyliberala värderingar som präglade inledningen till ett av de största reformexperimenten inom svensk sjukvård. Den faktiska utvecklingen med reformer som flyttar makt över vården från demokratiskt valda landsting till vårdföretagens ledning och ägare blev ett viktigt signum för dagens marknadsorienterade systemskifte.

Denna skepsis mot en demokratiskt – politiskt – styrd vård fanns också bland borgerliga politiker. Kent Persson (M) och Fredrik Larsson (M) uttryckte sin skepsis mot den demokratiska styrningen av den nära vården på följande sätt "Den politiska styrningen av den nära sjukvården har gjort sitt och har i vissa landsting mer eller mindre kollapsat"... Det krävs att fler tar ansvar för sjukvården genom att ... "stärka såväl patienternas som utförarnas möjligheter "... att påverka vården ... "Vårdvalet ger dessa möjligheter" (Persson, K och Larsson, F i Dagens Medicin 38/08).

Samma tankegångar finns i dag. Under rubriken "Politikerna är vårdens största problem" anser den före detta ordföranden för Svenskt Näringsliv Leif Östling och den tidigare näringsministern Björn Rosengren (S) på *SvD Debatt* (21/4 2018) att

”det är politikernas bristfälliga förmåga till ledning och styrning som är huvudproblemet” i dagens krisande svenska sjukvård. Därför förordar de nu nya radikala grepp: ”Det första bör vara att plocka bort alla politiker och byråkrater som styr vården i dag. I stället måste de som har kompetensen också få styra och organisera vården. Inga andra kan det än läkarna.”

Den avgörande drivkraften för en ökad marknadsstyrning av vården är de borgerliga partierna, under senare år understödda av Sverigedemokraterna. Sällan har så stora förändringar inom svensk vård genomdrivits så snabbt och effektivt som dagens dubbla systemskiten. En enig borgerlig majoritet, stark ideologisk övertygelse och en omfattande draghjälp från olika kommersiella intressen har här alla bidragit till en radikal begränsning av vårdens demokratiska styrning. Det faktum att det formellt sett är lätt att genom politiska beslut överföra makt från demokratiska församlingar (riksdag och landsting) till de privata vårdföretagens ägare medverkar givetvis också till denna snabba omfördelning av makt. En överföring av makt i motsatt riktning är däremot ofta betydligt svårare att få till stånd, trots att det gäller en vård som fortfarande är offentligt finansierad.

”Demokratin måste vara överordnad marknaden”

Samtidigt som detta liberala marknadsskifte pågår betonas inte minst inom den svenska socialdemokratin att demokratin måste vara överordnad marknaden: ”Genom demokratin kan människors lika värde få genomslag på samhällsutveck-

lingen. Och genom demokratin kan vi tillsammans förändra och förbättra samhället. Vi menar att demokratin står över alla andra maktanspråk. Därför anser vi också att demokratin har företräde före marknaden”, ”Genom demokratin bestämmer medborgarna fördelningen av uppgifter mellan det offentliga och marknaden ...”, ”Demokratins handlingskraft måste därför ständigt vårdas både mot grupper som har makt i kraft av sin ekonomiska styrka och mot grupper som med hänvisning till speciella kunskaper eller speciell kompetens anser sig ha större rätt än andra att påverka politiken” (Socialdemokratiska partiprogram – Programkommissionens förslag november 2012).

Detta synsätt har emellertid ännu inte fått något tydligt konkret uttryck i den socialdemokratiska sjukvårdspolitiken. Detta beror delvis på de långa perioder av borgerliga majoriteter i riksdagen som tillsammans med Sverigedemokraterna kategoriskt har avslagit varje förslag som hotat en fortsatt marknadsorientering och privatisering av den offentligt finansierade vården. Ett annat skäl är att partiet varit – och fortfarande är – splittrat när det gäller behovet av åtgärder för att motverka den öppna vårdens vinstdrivna privatisering. Det saknas en kraftfull och långsiktig strategi för att säkerställa en behovsbaserad styrning av sjukvården i enlighet med gällande hälso- och sjukvårdslag. En strategi som utgår från att vårdens omfattning och lokalisering styrs inom ramen för den demokratiska processen – inte från värdoföretagens och riskkapitalbolagens slutna styrelserum.

Utveckling mot en postdemokrati

Begränsningar i den demokratiska styrningen av välfärden, inklusive hälso- och sjukvården, kan innebära en successiv utveckling av ett postdemokratiskt system. Ett sådant kännetecknas av att alla formella krav på en fungerande demokrati är uppfyllda samtidigt som allt fler beslut flyttas från folkets valda representanter i till exempel landstingen till vårdföretagens ägare. Demokratins former är således här oförändrade samtidigt som dess faktiska makt minskar (Crouch 2011).

Ett exempel på en utveckling mot ett postdemokratiskt system är införandet av obligatoriska vårdval i primärvården och etableringsfrihet. Dessa reformer innebär som tidigare beskrivits att rätten att besluta om den drivna offentligt finansierade vårdens omfattning och lokalisering vid privat drift överförs från landstinget till de privata vinstdrivna vårdföretagens ägare. Landstinget har således i och med dessa reformer inte länge möjlighet att följa hälso- och sjukvårdslagen och lokalisera de vårdcentraler de finansierar med skattemedel där de bäst behövs.

Riksrevisionen (2014) beskriver denna maktförskjutning från en demokratisk till en kommersiell styrning på följande sätt: ”Införandet av det obligatoriska vårdvalet 2010 innebar en stor förändring för landstingen. Från att tidigare haft direkt inflytande över primärvården reglerar landstingen nu i stället primärvården indirekt genom att besluta om förutsättningarna på marknaden. Exempel på sådan indirekt reglering är kravställning av vad som ingår i primärvårdsuppdraget, vad

som ska ersättas och till vilka nivåer. Däremot kan landstingen inte reglera vilka som är leverantörer eller var dessa väljer att etablera sig.”

Politiskt ansvar utan makt att påverka

Landstingets ansvar gentemot medborgarna kvarstår helt oförändrat även när driften av vård överlämnas till ett privat vinstdrivet vårdföretag. Motivet för att landstinget bibehåller huvudmannaskapet även vid privat drift av offentligt finansierad vård är ... ”att garantera demokratisk kontroll, god kvalitet och regelefterlevnad i den kommunala verksamheten” ... ”För att fullgöra det ansvar som följer med huvudmannaskapet måste landstingen, enligt kommunallagen även kontrollera och följa upp att verksamhet som utförs av privata vårdgivare följer de föreskrifter och bestämmelser som finns.”... Landstinget ska samtidigt ”se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten” (6 kapitlet 7 § kommunallagen). ”I ansvaret ingår att bestämma verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet” (Kommittédirektiv 2017:128).

Lagen om obligatoriska vårdvalssystem och etableringsfriheten försvårar – eller omöjliggör – för landstinget att påverka omfattningen och lokaliseringen av offentligt finansierade privat drivna vårdcentraler. Rätten att fatta dessa beslut har som tidigare belysts överförts från landstinget till vårdföretagens ledning och ägare. Gentemot medborgarna blir därmed landstinget ansvarigt för en utveckling av vården som strider såväl

mot hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål som mot de etiska principer som riksdagen fastställt.

Ur ett demokratiskt perspektiv är detta en allvarlig begränsning av landstingets möjligheter att fullgöra sitt demokratiska uppdrag gentemot väljarna.

Vårdföretagen har däremot inget formellt ansvar gentemot befolkningen, det vill säga mot dem som genom skatten finansierar deras verksamhet. Deras övergripande ansvar är i stället att – enligt aktiebolagslagen – säkerställa en god vinst till sina ägare. Gentemot landstinget ansvarar de endast för att uppdraget utförs enligt avtal.

Inskränkningar i det kommunala självstyret

Inskränkningar i det kommunala självstyret måste vara väl motiverade och dokumenterade. I regeringsformen (14 kap. 3 §) anges att ”en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den” (DS 2016:28). Utifrån denna så kallade proportionalitetsprincip krävs således mycket starka skäl för att begränsa det kommunala självstyret.

De borgerliga partiernas angivna huvudskäl för att genom obligatoriska vårdval och etableringsfrihet ändå inskränka detta självstyre är att medborgarnas rätt till fritt vårdval är viktigare. Detta argument saknar dock verklighetsförankring eftersom det fria vårdvalet fanns redan innan lagen om obligatoriska vårdvalssystem i primärvården infördes. Det finns därför goda skäl att ifrågasätta om det fria vårdvalet kan åbe-

ropas som skäl för att inskränka det kommunala självstyret när det gäller så avgörande frågor som omfattning och lokalisering av den vård landstinget finansierar med skattemedel. Vid införandet av obligatoriskt vårdval i primärvården var också 19 av 21 landsting och sjukvårdsregioner emot denna inskränkning.

Regeringen (S + MP) har också konstaterat att obligatoriet är en begränsning av ”huvudmännens möjligheter att utforma och utveckla egna modeller för en god primärvård som innebär möjlighet för medborgarna att få en god vård efter behov” (Regeringens skrivelse 2014/15:72). I direktiven till utredningen *Ordning och reda i vården* anges mot denna bakgrund att ”Utredaren ska i enlighet med 14 kap. 3 § i regeringsformen beakta proportionalitetsprincipen beträffande eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i sina redogörelser, analyser och förslag” (Kommittédirektiv 2017:128).

De borgerliga partiernas verkliga motiv för att införa obligatoriska vårdvalssystem i primärvården är sannolikt att alla landsting oberoende av om de önskar eller inte önskar detta måste prioritera en finansiering av privat vinstdriven vård. Eller som det moderata oppositionsrådet Hans Swedell i Norrbottens läns landsting uttryckte det ”Man måste förstå vilken miljö vi lever i. Här i Norrbotten har det alltid varit röd majoritet. Av egen kraft kommer den aldrig att införa fritt vårdval. Regeringen måste lagstifta för att bryta upp den socialdemokratiska dominansen” (Dagens Medicin 37/08).

Privatisering leder till en kontraktskultur

Den privata vinstdrivna vården styrs genom förfrågningsunderlag och kontrakt. I jämförelse med offentlig drift kan detta bidra till att tydliggöra uppdraget. Erfarenheterna visar dock att det inte är de ansvariga politikerna utan experter på upphandling som utformar dessa ofta mycket komplexa avtal mellan uppdragsgivaren (landstinget) och de privata vårdgivarna.

Samtidigt är det en begränsning av styrmöjligheterna att alla krav måste preciseras i förväg i förfrågningsunderlag och kontrakt (SKL *Förutsättningar för uppföljning* 2012). De ansvariga politikerna kan till exempel inte, när brister upptäcks i den privat drivna vården, – som vid offentlig drift – direkt påverka verksamheten genom olika korrigerande beslut och insatser. Allt måste här i stället redan i förväg vara reglerat i avtal/kontrakt. Många privata vinstdrivna vårdgivare söker samtidigt efter lönsamma luckor i avtalen/kontrakten med landstinget. Möjligheterna att hitta dessa luckor är vanligen goda eftersom det är svårt – ofta nära nog omöjligt – att täcka in allt inklusive oförutsedda händelser i avtalen. Välkända exempel på detta är när landstinget i Stockholms län tvingades betala fantasisummor för stödstrumpor och för byte av en dörr på Nya Karolinska sjukhuset på grund av brister i avtalen.

I de diskussioner som följer om hur avtalen ska tolkas och vad som är ett avtalsbrott är det ofta administratörer och jurister snarare än de ansvariga politikerna som får en förstärkt roll i dialogen med vårdföretagen.

Den samhällsorganisation som utvecklas på detta sätt blir ”alltmer en kontraktskultur där ingen längre känner ett ansvar för helheten eller sådant som inte är reglerat i kontraktet” (Carl Tham, 2002).

Insynen i den offentligt finansierade vården begränsas

Det är vidare väl känt att möjligheterna till insyn begränsas vid privat jämfört med offentlig drift. Samtidigt anges i kommunallagen (3 kap. 19a §) att landstinget genom avtal med den privata utföraren ska tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över. I praktiken är detta ofta omöjligt bland annat på grund av affärssekretess.

Ett ovanligt tydligt åskådliggörande av denna insynsbe-
gränsning är besluten om OPS-upphandlingen (offentlig pri-
vat samverkan) av Nya Karolinska sjukhuset där det initialt
saknades insyn gällande såväl förhandlingar som avtal. ”Det
dröjde år och flera utlåtanden från Kammarrätten innan mer-
parten – men inte allt – i det enorma avtalet offentliggjor-
des.” ”När medier, allmänhet och opposition på ett sådant sätt
stängs ute från granskning blir de demokratiska förlusterna
enorma” (Mi Lennhag *SvD* 11/10-16).

SJUKVÅRDENS DEMOKRATISKA FÖRANKRING UNDERGRÄVS

Begränsad dialog mellan sjukvårdspolitiker och medborgare

Medborgarnas möjligheter – makt – att påverka vårdssystemet finns huvudsakligen inom den demokratiska processen. Detta förutsätter en bred och levande dialog mellan sjukvårdspolitiker och allmänhet. Denna demokratiska dialog är ofta ganska begränsad trots att just sjukvårdsfrågorna enligt medborgarnas kontinuerliga bedömning är en av de viktigaste – ofta den viktigaste – politiska frågan. Några av skälen till denna alltför begränsade dialog kan till exempel vara att:

Landstingspolitikerna trots sitt huvudansvar för hälso- och sjukvården är relativt okända för allmänheten. När sjukvårdspolitiska frågor diskuteras i tv och radio är det ofta av politiker på riksnivå. De har vanligen begränsade kunskaper och erfarenheter när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor eftersom ansvaret för dessa frågor i hög grad ligger hos landstingen. Resultatet blir en förenklad sjukvårdspolitisk debatt. Den bidrar också till att valet av landstingspolitiker blir en återspeglning av valet till riksdagen snarare än en bedömning av det egna landstingets vårdpolitik.

Formerna för en lokal dialog mellan landstingets politiker och en intresserad allmänhet är ofta outvecklade.

Det saknas tydliga politiska alternativ för den framtida sjukvårdspolitiken. De avgörande ideologiska skillnader som finns mellan partierna tonas ofta ner och landstingspolitikerna framstår då mer som förvaltare av områdets sjukvård.

Den sjukvårdspolitiska debatten och dialogen med medborgarna måste leva också mellan de allmänna valen.

Ökat demokratisk gap mellan politiker och medborgare

Regeringsformens portalparagraf slår fast (1 §) ”all offentlig makt i Sverige utgår från folket” samt i 4 § att ”riksdagen är folkets främsta företrädare”. När det finns ett gap mellan en väldokumenterad och över tid stabil kraftig majoritet bland befolkningen som har en viss uppfattning samtidigt som ansvariga politiker för en helt annan politik brukar man tala om ett ”demokratiskt gap”. Det demokratiska gapet bör speciellt uppmärksammas när den förda politiken står i strid med de övergripande mål som angivits för en av medborgarna skattefinansierad verksamhet.

Ett sådant demokratiskt gap finns sedan början av 1990-talet när det gäller frågan om den skattefinansierade sjukvården ska drivas i syfte att ge vinst eller vara icke vinstdriven. En stor majoritet inom befolkningen (60–80 procent) anser att den offentligt finansierade vården bör drivas utan vinstsyfte enligt i stort sett alla opinionsundersökningar som över

tid gjorts av väletablerade opinionsundersökningsföretag och forskare vid bland annat universiteten i Umeå och Göteborg. Här några exempel:

- 77 procent av medborgarna anser att privata företags vinster inom välfärden ska gå tillbaka till verksamheten – inte till aktieägarna. 63 procent av de som röstat borgerligt var skeptiska till vinster i välfärden. 2 procent av de som röstat på socialdemokraterna ansåg att vårdföretagen helt skulle kunna bestämma vad de gör med vinst i välfärdsföretag (Enkätundersökning utförd av Novus, beställd av LO och redovisad i en LO-rapport om vinster i välfärden 24/9 2012).
- 55 procent – en majoritet bland väljarna – anger dessutom att de är ”mer benägna rösta på ett parti som var tydligt med att vilja begränsa vinstutdelningen från skattefinansierad verksamhet” – Endast 8 procent anger att de är mindre benägna rösta på ett parti som önskar begränsa vinstutdelningen från skattefinansierad verksamhet (Enkätundersökning utförd av Novus, beställd av LO och redovisad i en LO-rapport om vinster i välfärden 24/9 2012).
- Under vårdvalets två första år minskade förtroendet för den privata vårdens kvalitet. 2010 var det 24 procent av alla svenskar som ansåg att offentligt finansierad vård blir bäst om den drivs i privat regi. 2012 var det 18 procent. Samtidigt ökade andelen som tyckte att offentligt driven vård ger bäst kvalitet från 46 procent (2010) till 61

procent (2012) (Mats Olsson forskare vid Kairos Future i *Dagens Samhälle* 15/5 2012).

- En opinionsundersökning som omfattade 1 700 lokalpolitiker visade dessutom att också det politiska stödet på lokal nivå var mycket begränsat. Tre av fyra av de lokalpolitiker som svarat på enkäten ansåg att vinster i välfärden bör begränsas eller stoppas. En majoritet av politikerna från samtliga borgerliga partier utom Moderaterna delade också denna uppfattning (Dagens Arena 22 november 2012, baserad på undersökning redovisad i *Dagens Samhälle*).

Dessa opinionsundersökningar ger en samstämmig bild av medborgarnas uppfattning när det gäller vinstdriven vård. Om man på motsvarande sätt undersökt medborgarnas uppfattning om vårdföretagens etableringsrätt för offentligt finansierad vård skulle sannolikt det demokratiska gapet varit än tydligare. Hur många skulle svara ja på följande fråga: ”Anser Du att offentligt finansierade vårdcentraler ska placeras där det är lönsammast för vårdföretagen utan hänsyn till befolkningens vårdbehov?” Många skulle dessutom tycka att frågan var helt absurd. Men inte desto mindre är det en i hög grad relevant fråga i dagens svenska sjukvård.

Trots denna entydiga och starka opinion emot en vinststyrd offentligt finansierad vård har de borgerliga partierna i riksdagen med stöd av Sverigedemokraterna drivit en politik i precis motsatt riktning. En vårdpolitik som syftar till snabbast möjliga expansion av privat vinstdriven offentligt finansierad vård.

Detta demokratiska gap förklarar varför man i så hög utsträckning använder ett lurigt och missvisande politiskt språk när det gäller världens marknadsorientering och privatisering.

Vilseledande språkbruk undergräver demokratin

Ordens makt över tanken är stor. I all marknadsföring och propaganda är valet av positiva förstärkningsord – och undvikande av negativt laddade ord – av avgörande betydelse för försäljningsresultaten. Detsamma gäller vid marknadsföring av dagens dubbla systemskiften i världen. Detta kan ur ett demokratiskt perspektiv vara ett allvarligt problem eftersom en förutsättning för en fungerande demokrati är att medborgarna förstår vad som sägs och skrivs. Medborgarna måste kunna lita på att politikerna menar vad de säger och öppet redovisar sina åsikter och förslag. Detta är speciellt viktigt när det är en stor skillnad mellan vad medborgarna önskar och vad ansvariga politiker föreslår. Samtidigt är det just när dessa skillnader är stora som många politiker upplever ett särskilt stort behov av att inte tala i klartext. Pr-konsulter köps in som utvecklar och marknadsför ett språkbruk som minskar risken för protester genom att ge vissa ord en ny innebörd samtidigt som andra ord "suddas bort". Detta är ingen ny företeelse men det orwelliska språkbruket har nått helt nya nivåer vid den offentligt finansierade världens kommersialisering. Följande exempel visar på några sätt att vilseleda medborgarna:

”Bannlysta” ord

Ord som kan uppfattas som negativt laddade för flertalet medborgare bör undvikas och så ofta det är möjligt i stället ersättas med något positivt laddat ord.

Den *privata vinstdrivna vården* beskrivs till exempel aldrig i dessa termer trots att ett huvudsyfte med dagens systemskifte är att öka utbudet av just denna vård. Skälet är givetvis att det finns en kraftig och stabil majoritet bland medborgarna som inte förordar en privat vinstdriven vård. I stället talar man om ”alternativa vårdgivare” eller ”mångfald”.

”*Vinstintresse*”. Den politiska debatten handlar förvisso i hög grad om ”vinster i välfärden.” I de analyser och utvärderingar från olika myndigheter som gäller denna vinstdrivna vårds expansion finns dock knappast ordet ”vinstintresse” nämnt över huvud taget trots att det är den främsta drivkraften för den offentligt finansierade vårdens kommersialisering.

”*Riskkapitalister*”, det vill säga de som äger flertalet av de stora vårdbolagen. Eftersom detta ord har en negativ kapitalistisk klang för många som önskar en vård efter behov snarare än lönsamhet talar man hellre om ”små vårdgivare som drivs av eldsjälur” och ”kvinnliga entreprenörer”. Detta trots att dessa vårdgivare inte alls har samma betydelse för vårdens utformning som de stora vårdbolagens ägare.

”*Marknadskrafter*” talar man tyst om trots att det är just dessa krafter som dagens systemskifte vill förstärka. Än mindre får man i klartext betona att marknadskrafterna vanligen gynnar redan privilegierade grupper, och att de delvis ersätter en demokratiskt styrd vård.

Denna teknik att systematiskt och genomgående undvika vissa ord har nyligen i USA tagits till en än högre nivå av president Trumps administration som till och med beslutat förbjuda myndigheterna att använda vissa ord som exempelvis "utsatt" (vulnerable) och "mångfald" (diversity) (CNN 2017). Men även utan formella beslut har de svenska borgerliga politikerna med få undantag undvikit vissa ord lika konsekvent som om det även här fanns en beslutad lista över förbjudna ord.

Signalspråk

De som förespråkar en ökad marknadsorientering och privatisering av den skattefinansierade vårdens drift använder ofta starkt negativa uttryck för att beskriva den demokratiskt styrda offentliga vården. En politiskt styrd resursfördelning beskrivs i nyliberala kretsar i enlighet med detta som en "*kommandoekonomi*" och den offentliga vården som ett "*offentligt monopol*".

Nyspråk där vanliga ord får en ny innebörd

Lagen om obligatoriska vårdvalssystem i primärvården innebär inte, som man skulle kunna tro av namnet, en utvidgad rätt att välja vårdgivare. Det är i stället en lag för att ensidigt främja en ökad privat vinstdriven offentligt finansierad vård. I de lands- ting som inte önskar prioritera denna kommersialisering av vården men som ändå som en följd av obligatoriet tvingats införa den är LOV en lag för "tvångsprivativering".

"*Ökad valfrihet*" används som synonym till ökat utbud av privat vinstdriven vård. Fler offentliga vårdgivare inom till

exempel primärvården i Stockholms city där de privata vårdgi-
varna helt dominerar beskrivs däremot sällan i termer av ökad
valfrihet. Anledningen till att man valt ett nyspråk i just dessa
fall är uppenbar. Valfrihet uppskattas av nästan alla medborg-
are medan få önskar en vinststyrd vård.

Avgränsa ett ords betydelse

"Reform" och "förnyelse" betyder med dagens språkbruk mark-
nadsorientering och privatisering, trots att orden i sig inte inne-
bär någon viss typ av reform. En reformvänlig politik är till
exempel numera sällan beteckningen för en politik som strävar
efter att utveckla den offentligt drivna vården.

Dubbeltänkande

Dubbeltänkande innebär att man utan problem kan presen-
tera två helt motstridiga mål utan att erkänna en mållkonflikt.
Detta kan t.o.m. gälla lagstiftning. Ett exempel är att samti-
digt hävda att offentligt finansierad vård ska lokaliseras utifrån
befolkningens vårdbehov (enligt hälso- och sjukvårdslagen)
och att den ska lokaliseras där det är mest lönsamt för de vinst-
drivna vårdföretagen (i enlighet med lagen om vårdvalssystem
och rätten till etableringsfrihet).

Förskönande omskrivningar och uttryck

Ansvariga politiker och politiskt smidiga utredare använder
ofta ett positivt ord för att beskriva negativa erfarenheter. Ett
allvarligt problem beskrivs då i termer av att det finns "en stor

förbättringspotential” eller att man har att göra med en ”viktig utmaning”.

De som driver kommersiella vårdföretag kallas aldrig försäljare av vård trots att detta vore ett normalt språkbruk på en kommersiell marknad där man talar om bilförsäljare, försäljare av telefonabonnemang eller teaterbiljetter. I stället talar man om ”välfärdsentreprenörer” och ”välfärdsföretag”.

Att normalisera ett kommersiellt språkbruk inom den offentligt finansierade vården

I dagens marknadsorienterade systemskifte blir hälso- och sjukvårdssektorn en ”vårdmarknad” där patienterna blir ”kunder” som inte längre erhåller utan ”konsumerar vård” som ”produceras av läkare och annan vårdpersonal”.

Med detta kommersiella språkbruk normaliseras vårdens marknadsorientering genom att gränsen mellan marknadens affärsverksamhet och den skattefinansierade vårdens normer blir allt otydligare.

ÖKAD PATIENTMAKT FÖR RESURSTARKA MEN MINSKAD FÖR RESURSSVAGA

Ökad delaktighet och möjlighet att påverka den vård som erbjuds är ett viktigt vårdpolitiskt mål. Ökad patientmakt är också ett uttalat syfte när marknadsorienterade styrsystem införs.

I syfte att stärka patienternas ställning i vården utarbetades också en särskild patientlag (Sfs 2014:821) som trädde i kraft 1 januari 2015. I en utvärdering av denna lag från Myndigheten

för vårdanalys (2017:2) konstaterades att patientens ställning inte stärkts sedan patientlagen infördes: ”Patientens ställning är oförändrad eller försvagad.”

I ett internationellt perspektiv är patienternas delaktighet inom svensk sjukvård mindre än i många andra OECD-länder: ”Sverige uppvisar genomgående sämre resultat i jämförelse med övriga OECD-länder när det gäller ett antal mätningar av patientupplevelse, som till exempel att känna sig tillräckligt involverad i de beslut som tas om den egna vården eller få information på ett sätt som är lätt att förstå” (OECD 2013).

Ökad marknadsorientering av vården där patienten blir en aktiv kund och pengarna till vårdgivarna följer kundens val av vårdgivare har setts som ett effektivt sätt att öka patientens makt. Varje vårdgivare är ju av lönsamhetsskäl intresserad av att behålla och få nya patienter. Riksrevisionen (2014:22) konstaterar också ”att vårdvalsreformen har inneburit att makt förskjuts från politiker och tjänstemän till medborgarna som det var tänkt” (Regeringens kommittédirektiv 2017:128).

I OECD:s analys (OECD 2013) av den svenska sjukvården varnar man dock för att reformer präglade av ökad konkurrens och privatisering kan minska vissa patientgruppers makt: ”Ytterligare åtgärder kan bli nödvändiga för att säkerställa att nyligen genomförda reformer inte innebär en lägre prioritering av utsatta gruppers tillgång till en patientcentrerad och integrerad vård”.

De ”olönsamma” patienterna torde löpa störst risk att förlora makt och inflytande vid en ökad vinststyrd och marknadsorienterad vård. De är vanligen kortutbildade låginkomstta-

gare med stora vårdbehov som redan före dagens systemskifte ofta hade svårt att hävda sina intressen och kräva sin rätt inom vården. Samtidigt är det rimligt att anta att de ”lönsamma” patienterna får än större möjligheter påverka sin vård. ”En lönsam kund/patient har alltid rätt.” Detta är ofta patienter med längre utbildning och goda ekonomiska resurser som dessutom har en större förmåga – makt – att uttrycka och hävda sina krav på vården. En ökad marknadsorienterad och vinststyrd vård innebär därför med stor sannolikhet en allt ojämligare patientmakt mellan resursstarka och resurssvaga patienter.

Rösta med fötterna

Ett återkommande argument för marknadsorienterade reformer är att de ger patienterna ökade möjligheter påverka vården genom att ”rösta med fötterna”. Denna medborgarnas makt anses dessutom öka när deras val av vårdgivare styr fördelningen av resurser.

När det gäller utbudet av vård, vårdens lokalisering och andra strukturella förändringar har medborgarnas möjligheter att påverka vården minskat eftersom en minskad demokratisk styrning inte kan ersättas av en ”rösta med fötterna”-styrning. Vart ska man till exempel gå för att markera att man önskar en ny vårdcentral till ett underförsörjt område? I vårdval med etableringsfrihet bestäms ju detta av vårdföretagen utifrån en lönsamhetsbedömning. Enda möjligheten att påverka detta för patienterna – liksom för befolkningen i stort – är inom ramen för den demokratiska processen.

VÅRDFÖRETAGENS MAKT ÖKAR

Formell maktöverföring från landsting till kommersiella vårdföretag

De stora vinnarna när det gäller makten över vården är de kommersiella vårdföretagen och deras ägare. De har genom vårdval och etableringsfrihet – som tidigare belysts – fått rätt att bestämma såväl volym som lokalisering av offentligt finansierad vård. Detta är givetvis en oerhörd framgång ur ett kommersiellt perspektiv vilket också framgår av näringslivets intensiva motstånd mot varje försök att införa en behovsbaserad styrning i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens intentioner. I praktiken innebär detta att vinstintressen i hög grad styr vården omfattning, inriktning och fördelning. En av de största bristerna i de analyser som görs av såväl myndigheter, enskilda forskare och olika intresseorganisationer är att man vanligen helt undviker att belysa hur kravet på vinst påverkar verksamheten. Detta trots att just en god företagsekonomisk vinst är ett av de viktigaste styrmedlen för all privat vinstdriven vård.

Ökad kommersiell makt över vårdpolitiken

Vårdföretagen och deras företrädare inom Svenskt Näringsliv har lyckats få den vårdpolitiska debatten att i hög grad handla om vårdföretagens villkor snarare än om exempelvis vårdpolitiska jämlikhetsmål. I dag är de kommersiella vårdgivarna inte bara en leverantör av tjänster som landstinget köpt. De är också – liksom de privata försäkringsbolagen – en för-

handlingspartner när det gäller utformningen av vårdpolitiken. I samarbetet med de borgerliga partierna har de dessutom i hög grad varit rådgivare och tagit fram konkreta vårdpolitiska förslag som sedan legat till grund för beslut på framför allt nationell nivå.

Denna dialog mellan vårdföretagens representanter och ansvariga politiker har förstärkts av att politiker från båda blocken gått direkt från centrala politiska uppdrag till rollen som marknadsförare av privat vinstdriven vård. Detta sker genom uppdrag för olika konsultföretag eller genom anställningar i vårdföretagens ledningsfunktioner. Filippa Reinfeldt (M), före detta landstingsråd i Stockholms läns landsting, och Göran Högglund, före detta socialminister (KD), har till exempel bägge gått direkt från sina politiska uppdrag till ledande positioner inom vårdföretaget Aleris.

På nationell nivå finns en ny lag som gör det möjligt att förhindra statsråd och statssekreterare att bli lobbyister över en natt när de avslutat sina politiska uppdrag. Den rödgröna regeringen har uppmanat kommuner och landsting att införa liknande regler för vissa politiker som ur ett kommersiellt perspektiv haft en central position. Ingen kommun eller landsting har ännu hört sammat denna uppmaning. (*Dagens Samhälle* nr 25 2018)

”Too big to fail”

Inom vissa branscher har privata företag blivit så dominerande och viktiga för samhällsekonomin att de inte kan tillåtas gå

i konkurs eller kraftigt begränsa sin verksamhet. Det gäller till exempel affärsbankerna som vid ekonomiska kriser får stöd av staten/skattebetalarna då de är "too big to fail". Dessa marknadsdomanter har också ett stort inflytande över den förda politiken inom sina intressesfärer.

De kommersiella vårdbolagen och deras företrädare inom Svenskt Näringsliv ökar på samma sätt sitt inflytande över vårdpolitiken allteftersom de svarar för en allt större del av den offentligt finansierade vården. Politiska beslut som kan hota deras kommersiella intressen kan då bemötas med allt större kraft samtidigt som landstinget blir alltmer beroende av deras tjänster. Om huvuddelen av en viss typ av vård drivs av privata vinstdrivna företag till exempel inom primärvården och den öppna specialistvården ökar självklart vårdföretagens möjligheter att påverka vårdpolitiken.

Intensiv marknadsföring

De kommersiella intressenterna satsar stora resurser på en aktiv marknadsföring riktad såväl till politiska och andra beslutsfattare som till allmänheten. Deras kampanjer för ökad offentligt finansierad vinstdriven vård och kritik av alla förslag som hotar deras kommersiella intressen har sannolikt betytt än mer opinionsmässigt än de borgerliga partiernas opinionsbildande verksamhet. Vårdföretagarna finns i frontlinjen för denna marknadsföring i såväl dagspress som på nätet.

Pr-företag har också ofta haft en ledande roll i krishantering och mediehantering när vårdföretag tappat i förtroende bland allmänhet och vårdpolitiker på grund av kvalitets- eller

andra brister. De största pr-företagen inom vårdbranschen är Nowa kommunikation och Gullers grupp (*Dagens Samhälle* nr 25 2017).

Minskad professionell makt

En målsättning med marknadsorienterade system som till exempel uppdelningen av den offentliga vården i beställare och utförare var att begränsa läkares och andra professionella gruppers makt över vården och vårdpolitiken. Socialdemokraterna såg detta som ett steg mot ökad demokratisk styrning medan de borgerliga såg det som ett steg mot ökad marknadsorientering. Med facit i hand var det entydigt den borgerliga förhoppningen som realiserades.

De professionella medicinskt utbildade yrkesgruppernas inflytande över vården minskade ytterligare när new public management-filosofin slog igenom fullt ut inom den offentliga vården. Lönsamhetskrav och detaljstyrning av verksamheten stod här ofta i strid med gällande etiska principer samtidigt som det administrativa arbetet ökade på bekostnad av tid för patienterna. Ett företagsekonomiskt synsätt med krav på intäkter som kunde finansiera verksamheten kom t.o.m. att hota de rent medicinska prioriteringarna.

Den analys av NPM:s effekter inom vården som *DN*-journalisten Maciej Zaremba gjorde i en serie artiklar frigjorde en intensiv protestvåg mot denna företagsekonomiska styrning av den offentliga vården. (Senare publicerade i boken *Patientens pris* 2013.) Utredningar tillsattes och politiska löften gavs

om en avveckling av NPM men alternativen var och förblir otydliga.

De internationella organens makt ökar

Hälso- och sjukvårdspolitiken ska i princip vara en nationell angelägenhet. Ett konstant tryck för att främja en ökad marknadsorientering finns dock också exempelvis inom EU. Med en ökad kommersialisering av den offentligt finansierade vården ökar påverkan såväl från olika internationella handelsavtal som från EU:s krav på fri rörlighet av varor och tjänster. En omfattande debatt har till exempel funnits när det gäller de tidigare aktuella förhandlingarna om ett *Transatlantic Trade and Investment Partnership* (TTIP). En central fråga ur ett vårdpolitiskt perspektiv var om det företagsdominerade organet för att reglera tvister mellan företag och stat (investor-state dispute settlement) kunde förhindra en avprivatisering och begränsa den demokratiska styrningen av offentliga verksamheter (Kishimoto, S och Petitjean, O 2017).

Hälso- och sjukvårdens ”varufiering” innebär också att internationella kommersiella regelverk i ökad omfattning överordnas den nationella hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål och etiska principer. De diskussioner som förs om inrättandet av en kommersiellt präglad internationell domstol som ska kunna åtala regeringar som för en politik som allvarligt försämrar villkoren för privata företag kan här få avgörande sjukvårdspolitisk betydelse. I debatten har till exempel hävdats att den typen av domstol skulle kunna förhindra ett land från att

återta offentligt finansierad vård från privat till offentlig drift.

Sammanfattning: Ur ett demokratiskt perspektiv innebär dagens systemskiften att den demokratiska styrningen minskar medan den kommersiella styrningen ökar. Det finns därmed ”en risk att de mål och värden som enligt demokratiska beslut ska styra välfärden kommer att urholkas” (SOU 2016:78).

DEL 3

VÄGEN FRAMÅT

AVVECKLA VINSTINTRESSEN
- UTVECKLA VÅRDEN

”Vi är fast beslutna att stoppa
vinstexperimentet i svensk välfärd.”

Stefan Löfven (S) m.fl, *DN-debatt* (5 juli 2018)

Kapitel 20

Från vinststyrd till behovsbaserad vård – tio strategiska förslag

I vårdpolitiken saknas ofta tydliga långsiktiga visioner mot vilka verksamheten inom olika områden styrs. Landstingspolitikerna blir alltmer förvaltare av en komplex verksamhet där dagens problem kräver all uppmärksamhet.

Dagens dubbla marknadsorienterade systemskifte är ett undantag. Det har med stor ideologisk övertygelse tydliggjort ett långsiktigt alternativ till den traditionella vårdmodellen där marknadskrafter och vinststyrd vård får ett allt större utrymme. Den nyliberala visionen är frihet från offentlig styrning och ökade möjligheter att välja privata vårdgivare och på sikt få privata sjukvårdsförsäkringar som ersätter stora delar av dagens starkt omfördelande solidariska finansiering.

Vad som nu krävs är en minst lika stark social välfärdsideologi som tydliggör ett långsiktigt alternativ till denna nyliberala vision. Den röda tråden i de strategiska förslag som redovisas i detta kapitel är att avveckla vinsten som styråra och vidareutveckla den behovsbaserade vården. Det innebär en vård där det verkliga syftet med verksamheten står i fokus, inte företagsekonomisk lönsamhet. Det innebär att läkare, sjuksköterskor och

andra professionella grupper har möjlighet att fullt ut bidra till bästa möjliga resultat inom givna finansiella ramar. De ska inte som försäljare av vård jaga optimala intäkter. De förslag om avveckling av vinststyrd vård och utveckling av den offentliga och icke vinststyrda privata vården som redovisas i denna skrift underlättar – är ofta en förutsättning för – en bättre och jämlikare vård.

Vid utformningen av en långsiktig verklighetsförankrad strategi för den svenska sjukvården är det två policyområden som måste få hög prioritet om vården ska bli bättre och jämlikare. Det ena huvudområdet handlar om vårdens kompetensförsörjning, om vårdpersonalens arbetsvillkor, löner och arbetsmiljö. Det andra huvudområdet handlar om vårdens driftsformer, styrning och finansiering. Båda dessa områden måste samtidigt ges högsta prioritet. De fungerar endast som en positiv förändringskraft tillsammans. Brist på kompetent personal begränsar eller omöjliggör en god vård även när vårdens styrsystem är utmärkta och behovsbaserade. Ökade personella och finansiella resurser till vinststyrda vårdssystem bidrar inte heller till en bättre och jämlikare vård. Tvärtom leder de bort från en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen.

Samtidigt är det viktigt att inse att det inte i något av dessa två policyområden finns några enkla snabba lösningar på de stora problem som präglar dagens sjukvård. Det krävs ett långsiktigt förändrings- och utvecklingsarbete styrt av en gemensam vision om en bättre och jämlikare vård.

Bristen på olika personalkategorier som specialistsjuksköterskor och allmänläkare måste mötas med långsiktiga utbildningsinsatser och bättre arbetsvillkor. Det senare är av avgörande betydelse för att kunna behålla personal och få redan utbildade att söka tjänster inom den offentligt finansierade vården. Personalbrist leder till omedelbara kriser och problem som uppmärksammas av såväl vårdpersonalen som patienterna och ansvariga politiker. En rad initiativ har också tagits för att förbättra situationen. Den rödgröna regeringen har till exempel i 2018 års budgetproposition aviserat en satsning med två miljarder per år under perioden 2018 till 2021 för förbättrade arbetsvillkor, arbetssätt och kompetensutveckling (Sveriges Kommuner och Landsting 2018 b).

I denna skrift är fokus på det andra stora policyområdet, vårdens styrning och driftsformer. De tio strategiska förslag som redovisas nedan ska ses som steg mot en bättre och jämlikare vård och hälsa. Det handlar om att bryta de senaste årtiondenas utveckling med en vård på alltmer olika villkor. Detta förutsätter en långsiktig strategi för att stärka en god vård på lika villkor för hela befolkningen som är minst lika genomtänkt som dagens marknads- och privatiseringsreformer. De tio strategiska vårdpolitiska förslag som presenteras i detta kapitel bidrar till en bättre och jämlikare vård genom att:

1. Avveckla vinstintressen och utveckla en behovsstyrd vård. (Förslag 1, 2, 3, 4, 5, 6)
2. Främja en fortsatt ökad offentlig finansiering av vården

och bryta sambandet mellan privat drift och privat finansiering (Förslag 7 och 8)

3. Utveckla en lokalt anpassad primärvård i underförsörjda landsbygds/glesbygdsområden och urbana låginkomstområden (Förslag 9)
4. Stärka den demokratiska förankringen och styrningen av vården (Förslag 10).

Åtgärdskompassen för samtliga dessa fyra policyområden är riktad mot hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Det är en färd mot framtiden där det både gäller att ”bromsa” vårdens kommersialisering och ”gasa på” med insatser som bidrar till en bättre och jämlikare vård. Färdvägen och hastigheten beror på vilka hinder det finns på vägen. Det ska vara en trygg färd där befolkningens förtroende för föraren är stort.

Den stora utmaningen för dagens och morgondagens sjukvårdspolitiker är att konkretisera och försvara målet om en jämlikare vård i en tid när klasskillnaderna i samhället ökar utan att det utlöser kraftfulla politiska motåtgärder. Där det t.o.m. ibland anses lite gammaldags och bakåtsträvande att i praktiken hävda kravet på en jämlik vård. Det finns då starka skäl påminna om och föra vidare Martin Luther Kings budskap: ”Av alla former av ojämlikhet är orättvisor i vården de mest chockerande och omänskliga.” (King M.L. 2015). Detta budskap används i den engelska kampanjen mot en privatisering av deras offentliga sjukvård – NHS (National Health

Service). Samma budskap präglar även de förslag som presenteras i denna skrift när det gäller att avveckla vinstintressen och utveckla en bättre och jämlikare vård.

Vinster i vården

Debatten om vinstbegränsning i den privata vinstdrivna offentligt finansierade vården har varit så dominerande och intensiv att de alternativ som finns i form av offentligt driven vård knappast belysts över huvud taget. Att återta privat driven vård till offentlig drift har inte setts som en möjlighet trots att en sådan åtgärd skulle garantera att de resurser som avsatts till vård också fullt ut skulle användas inom vården. Ur ett vårdpolitiskt medborgar- och patientperspektiv är detta en allvarlig brist. Begränsas perspektivet till att jämföra privata vinstdrivna företags olika vinstnivåer begränsas i hög grad också möjligheterna att utveckla en bättre och jämlikare vård. Internationella erfarenheter, bland annat från Skottland, visar också såväl på möjligheter som på positiva effekter av att återföra privat vinstdrivna sjukhus till offentlig drift. I årsrapporten för 2011/12 från National Health Service i Skottland konstateras att avvecklingen av vårdens marknadsstyrning och återtagandet av privat drivna sjukhus i offentlig drift har haft bland annat följande positiva effekter: kortare väntetider, högre patientsäkerhet, förbättrad tillgänglighet och minskat behov av sluten vård. Utifrån dessa och andra länders erfarenheter när de återtagit privat driven vård i offentlig regi vore det naturligt att detta alternativ även analyserades och diskuterades i samband

med diskussioner om vinstdriven sjukvård. Men den debatten lyser med sin frånvaro.

I stället har de kommersiella vårdföretagen och deras företrädare inom Svenskt Näringsliv lyckats vända debatten så att varje förslag om vinstreglering eller icke vinstdriven vård diskuteras utifrån ett kommersiellt perspektiv i stället för ur ett vårdpolitiskt. Samtidigt målar man upp en bild av kaos och sämre vård om vårdföretagen skulle tvingas investera eventuella övervinster i verksamheten i stället för att dela ut dem till ägarna.

Genom att sjukvården nu lyfts ut ur propositionen om vinstbegränsning för företag verksamma inom den offentligt finansierade välfärden finns nu tid och möjligheter att fundera på såväl effekter av som alternativ till en vinstbegränsning. Är det till exempel realistiskt att anta att sjukvården får ett kraftigt resurstillskott om man kräver att eventuella övervinster ska återinvesteras? Är det inte mer troligt att vårdföretagen då anpassar sin verksamhet – och kreativa bokföring – så de inte får några övervinster? Skulle vårdföretagen anstränga sig för att få stora övervinster när de inte kan ta ut dem som vinst? Om svaret på denna sistnämnda fråga är nej kommer inte heller några nya finansiella resurser att frigöras som kan återinvesteras i vårdverksamheten och därmed försvagas också argumentet att vinstbegränsning skulle tillföra vården stora nya resurser.

Det är samtidigt viktigt att inse att vinsten även vid normala vinstnivåer är en ”styråra” för all vinstdriven vård. De vinstdrivna vårdföretagen kommer även vid ”normala vinstnivåer” att försöka prioritera lönsamma snarare än olönsamma områ-

den, insatser och patienter. Det är dessutom sannolikt att en angiven vinstnivå uppfattas som ett politiskt klartecken att privatisera alla offentliga sjukhus och vårdcentraler bara de accepterar att eventuella övervinster ska återinvesteras i verksamheten. En tänkt begränsning av den offentliga finansieringen av privat vinstdrivna vårdföretag kan då i stället komma att i praktiken främja en ökad kommersialisering av den skattefinansierade vården. Det finns därför goda skäl att inte fastna i en svår teknisk debatt om skilda vinstdefinitioner och effekter av olika ”lämpliga” vinstnivåer.

Det är inte heller meningsfullt att hävda att fokus ska vara på kvalitet i stället för driftsform. Ett skäl till detta är att det saknas relevanta kvalitetsmått bland annat för primärvårdens medicinska kvalitet. Ett annat skäl är svårigheterna att på ett rättvisande sätt tolka patienternas upplevelse av vårdens kvalitet. De privata vårdcentralernas ofta högre betyg i termer av patientupplevd vårdkvalitet än offentligt driven vård förklaras vanligen av skillnader i vårdutbud och befolkningens vårdbehov snarare än av driftsform. Det är självklart lättare som tidigare belysts i denna skrift att ge en god vård och service i ett höginkomstområde med ett stort vårdutbud och relativt begränsade vårdbehov än i ett låginkomstområde med ett mindre vårdutbud och där befolkningens behov av vård är mycket stort. Eftersom de privata vårdgivarna främst finns i ekonomiskt välbärgade områden medan de offentliga vårdgivarna i hög grad svarar för vården i låginkomstområden är det naturligt att de privata på denna punkt får högre betyg än de

offentliga. För att få en relevant jämförelse mellan driftsformerna krävs att man jämför den upplevda vårdkvaliteten vid offentlig respektive privat drift i samma typ av område. Detta kräver sannolikt ett tidskrävande utvecklingsarbete och kommer troligen också att aktivt motarbetas av olika kommersiella intressenter då de privata vårdgivarnas högre upplevda kvalitet där kraftigt skulle reduceras eller elimineras.

Det är därför nu hög tid att fokusera på möjligheter och effekter av att avveckla vinsten som styrråa inom den offentligt finansierade vården och återta privata vinstdrivna vårdcentraler och sjukhus till offentlig, ideell eller kooperativ drift. Detta kan ske inom ramen för den vanliga demokratiska beslutsprocessen med full respekt för ingångna avtal samt med hänsyn till - - företagens - och landstingens behov av en tillräckligt lång planerings- och omställningsperiod. Samtidigt begränsas vårdföretagens möjligheter att som i dag driva sina krav med hot: ”Om vi inte får behålla våra övertvinster lägger vi ner verksamheten.” Drivkraften i detta förändringsarbete måste vara en politisk vilja uttryckt i konkret handling. Denna vilja kan och bör präglade alla de partier som önskar främja en bättre och jämlikare vård. Alternativet är en fortsättning av dagens dubbla systemskifte där en marknads- och vinststyrd vård leder till ökad ojämlikhet genom att missgynna de områden och patienter som har störst behov av en bättre och jämlikare vård.

I detta kapitel redovisas tio förslag som bromsar eller helt avvecklar vårdens kommersialisering och som har det gemensamt att de bidrar till en bättre och jämlikare vård.

FÖRSLAG 1:
**INFÖR ETABLERINGSKONTROLL FÖR
ATT SÄKERSTÄLLA EN BEHOVSBASERAD
LOKALISERING AV VÅRDEN**

Motivering: Dagens etableringsfrihet inom den offentligt finansierade öppna vården ger vårdföretagen rätt att besluta var offentligt finansierad vård vid privat drift ska lokaliseras. Detta innebär att vårdföretagens krav på optimal vinst överordnas befolkningens behov av vård. Etableringsfrihet inom offentligt finansierad vård strider därför mot gällande hälso- och sjukvårdslag som slår fast att offentliga vårdresurser ska fördelas efter behov. I dag sitter de demokratiskt valda politikererna i landstingen på åskådarbänk. Det är orimligt att de inte kan göra mycket mer än att hålla tummarna för att åtminstone några av de vårdcentraler och specialistmottagningar vars verksamhet de finansierar ska lokaliseras där de behövs bäst. Denna vinststyrda vårdpolitik saknar en demokratisk förankring. Medborgarna betalar inte landstingsskatt för att optimera vårdföretagens vinst utan för att kunna få en bra och behovsbaserad vård.

Sällan har behovet av en demokratisk styrning av den offentligt finansierade vården känts mer angelägen. Ojämligheterna inom vården växer. Gapet mellan stad och land och mellan urbana hög- och låginkomstområden växer både när det gäller tillgång och kvalitet på öppen vård. Trots det förkastar de borgerliga partierna varje förslag om att lokalisera vården där den bäst behövs om detta skulle begränsa de vinstdrivna vårdföretagen.

tagens kommersiella intressen. Kravet på en demokratisk styrning i form av en etableringskontroll måste därför stå högt på den politiska dagordningen för de politiska partier som önskar främja en bättre och jämlikare vård. En etableringskontroll är också nödvändig för att landstingen ska kunna erbjuda vård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens krav och övergripande målsättning.

Denna form av demokratisk styrning av offentligt finansierad vård har funnits i Sverige och finns sedan länge i flertalet västeuropeiska länder.

Genomförande: Den juridiska förankringen av rätten till fri etablering tycks vara något oklar. Det finns inget krav på att tillåta fri etablering i lagen om vårdvalssystem eller lagen om obligatoriska vårdvalssystem i primärvården. Trots det anses fri etablering av många vara en integrerad del av vårdvalsystemen.

Ett alternativ som bör prövas rättsligt är därför om ett landsting redan i dag kan besluta att införa etableringskontroll, det vill säga fatta beslut om var den vård landstinget finansierar ska lokaliseras oberoende av om den drivs i offentlig eller privat regi. Detta alternativ får givetvis särskild betydelse om den nuvarande majoriteten av de borgerliga partierna och Sverigedemokraterna har en fortsatt majoritet i riksdagen efter de allmänna valen i september 2018. Dessa partier anser ju att offentligt finansierad öppen vård vid privat drift ska lokaliseras där det är lönsammast oberoende av befolkningens vårdbehov.

Vid en S + MP + V-majoritet i riksdagen är självklart det bästa alternativet att besluta om en etableringskontroll som möjlig-

gör för landstingen att följa gällande hälso- och sjukvårdslag. Denna politik stöds också av en majoritet av befolkningen som förordar en behovsstyrd – i stället för en vinststyrd – offentligt finansierad vård. Samtidigt med ett riksdagsbeslut om etableringskontroll bör tydliggöras att all etablering av offentligt finansierade vårdgivare inom den öppna vården ska styras av hälso- och sjukvårdslagens krav på en behovsbaserad resursfördelning. Detta gäller oberoende av om vården drivs i offentlig eller privat regi.

FÖRSLAG 2:

AVVECKLA "TVÅNGS-LOV" INOM PRIMÄRVÅRDEN OCH UTVECKLA DEN ICKE VINSTDRIVNA VÅRDEN

Motivering: Vårdvalssystemens förväntade positiva effekter har – med undantag för ett ökat utbud – i stort sett uteblivit. De positiva effekterna av ett ökat utbud begränsas dessutom av en ur ett vårdpolitiskt perspektiv felaktig lokalisering där möjligheten att göra vinst överordnats befolkningens vårdbehov. Det är unikt att så omfattande reformer inte inneburit nästan några förbättringar. De negativa effekterna är däremot – som utförligt redovisats i denna skrift – omfattande och i strid med hälso- och sjukvårdslagens intentioner och etiska principer. I en tid när vårdbehoven ökar på grund av ett ökat antal äldre, ökade krav från såväl patienter som vårdpersonal och medicinsk-tekniska landvinningar är dessa reformers kostnadsdrivande effekter särskilt allvarliga, liksom att redan

oacceptabelt stora sociala skillnader i tillgänglighet och kvalitet förstärks. En avveckling av lagen om vårdvalssystem och lagen om obligatoriska vårdvalssystem i primärvården är därför en förutsättning för en framtida vårdpolitik för en bättre och jämlikare vård och hälsa. Det finns samtidigt goda skäl att överväga en avprivatisering och omlokalisering av framför allt de privata offentligt finansierade vinstdrivna vårdcentralerna för att frigöra resurser till en icke vinstdriven bättre och jämlikare vård.

Avprivatisering – en internationell trend

Internationellt finns sedan 2008 en trend att återta olika privatiserade verksamheter i offentlig drift. De flesta avser vatten och elförsörjning (578 fall). Under senare år – från 2015 – finns också 37 fall som gäller vård och social service. I de flesta fall återtas verksamheten när kontraktet med det privata företaget går ut eller avbryts. I några fall köpte det offentliga aktieinnehavet. Anledningar till att återta verksamheterna i offentlig regi är bland annat att kostnaderna vid egen regi minskar och att kvaliteten kan förbättras. (Kishionoto, S m.fl. 2017).

Den norska fastlegereformen – ett alternativ?

Den norska *fastlegereformen* som trädde i kraft 1 juni 2001 bör beaktas vid avvecklingen av vårdvalssystemen och utvecklingen av en icke vinstdriven vård.

Följande grundprinciper för den norska fastlegereformen redovisades av ordförande för de norska allmänläkarna Peter

Brolin i en intervju 17 maj 2018 presenterad på Svenska Läkarförbundets webbplats Trygg vård:

- Kommunerna beslutar om såväl omfattning som lokalisering av alla offentligt finansierade vårdcentraler.
- Verksamheten är inte kommersiell. Det är kommunerna som äger avtalet med vårdcentralerna. Det innebär att ”en enskild läkare eller vårdcentral aldrig kan sälja kontraktet vidare för egen ekonomisk vinning. Om en vårdcentral slår igen går helt enkelt avtalet tillbaka till kommunen. Det gör att det aldrig finns något affärsintresse för privata vårdgivare.”
- Nästan alla allmänläkare driver vårdcentralerna som en enskild verksamhet. ”Det var attraktivt för många allmänläkare att kunna etablera sin egen verksamhet och arbeta med egna patienter.” Detta har bidragit till ökat intresse för att arbeta inom primärvården samtidigt som kontinuiteten i vården förbättras. ”Vi allmänläkare byter väldigt sällan jobb, i genomsnitt har vi känt våra patienter i åtta år och vi träffar dem i genomsnitt tre gånger om året.” ”I dag är det endast cirka 15 procent av patienterna som vi remitterar vidare, resten tar vi hand om själva.” En genomsnittlig – ”fastläkare” har 1 100–1 200 patienter på sin lista. Endast enskilda privatpraktiserande läkare får skriva kontrakt med kommunerna – inte stora vårdbolag.
- Ersättningen till vårdcentralen/- ”fastläkarna” består av en ersättning per listad patient som betalas av staten och en

patientavgift. Staten betalar dessutom för speciellt kostsamma insatser.

Förutom de positiva effekter som redovisats ovan konstaterade Brolin att man lyckats rekrytera allmänläkare till i stort sett alla vårdcentraler och att 70 procent av allmänläkarna är nöjda med sitt lands sjukvårdssystem. Vårdens kvalitet har också förbättrats. Samtidigt konstateras att arbetsbördan ökat och att allmänläkarna inom primärvården arbetar i snitt 56 timmar i veckan. Detta gör det allt svårare att rekrytera ”fastläkare.” En utveckling mot större vårdcentraler pågår som kan bidra till en mer rimlig arbetsbörda.

Ur ett svenskt perspektiv med 21 olika landsting/regioner är det naturligt att landstingen kan anpassa fastlegesystemet till lokala förhållanden och prioriteringar. Det gäller till exempel uppdragets omfattning och utformning av ersättningssystemen. Samtidigt krävs en nationell reglering eller lagstiftning för att främja en bättre och jämlikare vård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål och etiska principer. Liksom i det norska fastlegesystemet bör därför i hälso- och sjukvårdslagen slås fast att landstingen genom etableringskontroll säkerställer en behovsbaserad lokalisering av alla offentligt finansierade vårdcentraler. Samtidigt bör tydliggöras att den offentligt finansierade vården inte ska drivas i syfte att ge optimalvinst till ägarna enligt aktiebolagslagen utan inom givna finansiella ramar optimera en behovsbaserad god och lättillgänglig jämlik vård. I praktiken innebär det

att dagens vinststyrda privata vård ersätts med en vård som i huvudsak bedrivs i offentlig regi eller som ett privat bolag med särskild vinstbegränsning. Vinsten i dessa SVB-bolag är enligt redan befintlig lagstiftning begränsad till 2 procent plus statslåneräntan. Ersättningen till vårdgivarna baseras på befolkningens och patienternas vårdbehov och vårdpersonalen erhåller en fast lön. Vårdpersonalens möjligheter att påverka verksamheten bör vara större än vid en privat kommersiell verksamhet där kravet på optimal vinst begränsar handlingsfriheten till företagsekonomiskt lönsamma insatser. Uppföljning och utvärdering av verksamheten fokuserar på vårdens kvalitet, resultat och effekter i termer av ökad jämlikhet i ett socialt och geografiskt perspektiv.

Det bör dock fortfarande finnas möjlighet att under kortare tid upphandla privat kommersiellt bedriven vård för att till exempel kapa köer eller förstärka vården i underförsörjda landsbygdsregioner och urbana låginkomstområden. I dessa fall handlar det inte om att överlåta driften av offentligt drivna vårdcentraler till privata vinstdrivna vårdföretag. Vårdföretagen har i detta fall själva byggt upp sin verksamhet på vanligt kommersiellt sätt utan offentliga subventioner och övertagande av välutbildad personal och listade patienter.

En överordnad princip för denna övergång från en vinst- till behovsstyrd vård är att det även under ett övergångsskede leder till en bättre och jämlikare vård.

Genomförande: Dagens system med tvångsprivativering av den offentligt finansierade primärvården måste upphöra.

Vid en avveckling av lagen om obligatoriska vårdvalssystem i primärvården bör man särskilja beslut om nyetablering från beslut om offentlig finansiering av redan etablerade privata vinstdrivna vårdcentraler.

Vid nyetablering av vårdcentraler bör de principer gälla som redovisats ovan. Landstingens möjligheter att inom dessa ramar utforma verksamhet och ersättningsystem bör vara stora men får givetvis inte strida mot gällande hälso- och sjukvårdslags mål och etiska principer. I de fall landstinget beslutar att upphandla privat vinstdriven vård för att kapa köer eller förstärka vården i underförsörjda områden bör det ske enligt en förenklad lag för upphandling av välfärdstjänster.

Vårdföretag som blivit fällda för olaglig skatteplanering och ålagts betala Skatteverket resterande skatt utesluts från möjligheten till offentlig finansiering av sin verksamhet. Detta sker i enlighet med lagen om vårdvalssystem (prop. 2008/09:29) som anger att den upphandlande myndigheten får utesluta en sökande som ”inte har fullgjort sina åligganden avseende socialförsäkringsavgifter eller skatt i hemlandet eller i annan stat inom EES”. Uppgifter om detta bör landstinget hämta från Skatteverket (Kommerskollegium 2011).

Avvecklingen av redan etablerade privata vinstdrivna vårdcentraler och utvecklingen av den icke vinststyrda vården bör ske i två etapper. Den första etappen innebär att landstingen i samband med den årliga bedömningen av vårdvalssystemet tidsbegränsar rätten till offentlig finansiering till exempelvis tre år, det vill

säga på samma sätt som vård upphandlad enligt LOU är tidsbegränsad. Samtidigt informeras de privata vårdföretagen om att – precis som vid vanlig upphandling – det inte finns några garantier om fortsatt offentlig finansiering efter denna treårsperiod. De vårdföretag som inte accepterar denna ”normalisering” av landstingens rätt att besluta om den vård de finansierar kan givetvis välja att omedelbart avveckla sin verksamhet. Finns behov av att driva denna verksamhet vidare sker det i offentlig eller privat icke vinstdriven regi.

Den andra etappen gäller vad som ska ske när avtalstiden löpt ut för en offentlig finansiering. Landstinget har då följande två alternativa möjligheter:

1. Fortsätta driva vårdcentraler i egen eller privat icke vinstdriven regi. I detta fall påminner omställningen från vinstdriven till icke vinstdriven vård mycket om motsvarande omställning från offentligt drivna till privat vinstdrivna vårdcentraler. I båda fallen erbjuds personalen fortsatt anställning hos den nya ägaren och de patienter som är listade vid den aktuella vårdgivaren informeras om ägarskiftet och möjligheten att behålla ”sin” läkare. Den avgörande skillnaden mellan dessa två reformer är att privatisering skett – och sker – genom en tvångslagstiftning som främst gynnar resursstarkare grupper och kommersiella intressen vilket strider mot gällande hälso- och sjukvårdslag. Övergången från privat till offentlig drift motiveras och baseras däremot på en strikt tillämpning av såväl hälso- och sjuk-

vårdslagen som de etiska principer som riksdagen fastställt för den offentligt finansierade vården.

Saknas förutsättningar att säkerställa en offentlig eller privat icke vinstdriven vård bör möjligheten att upphandla privat vinstdriven vård aktualiseras. Ur ett befolknings- och patientperspektiv får denna reform aldrig innebära en försämring utan alltid vara ett steg mot en bättre och jämlikare vård.

2. Omlokalisera vårdcentralen/resurserna inom länet/regionen till områden med större behov av en förstärkt primärvård, till exempel i glesbygd eller underförsörjda urbana låginkomstområden. Landstinget bör i första hand driva dessa omlokaliserade vårdcentraler i egen eller privat icke vinstdriven regi. Saknas förutsättningar för detta bör möjligheter finnas för upphandling av privat vinstdriven vård. (I övrigt ska samma principer gälla som angivits ovan.)

Vid beredningen av detta förslag bör tydligt anges att syftet är att frigöra resurser för att förstärka och utveckla primärvården och inte en åtgärd för att reducera anslagen till primärvården. Ett exempel på denna förstärkning är omfördelningen av resurser från hög- till låginkomstområden. I dagens vårdvalssystem pågår – som tidigare redovisats – bland annat i Stockholms län en motsatt omfördelning av finansiella resurser, det vill säga från låg- till höginkomstområden.

De förslag om ökad tillgänglighet som utredningen om ”Samordnad utveckling för god och nära vård” presenterat i sitt andra

delbetänkande juni 2018 bör prövas i positiv anda liksom de rekommendationer från tillitsdelegationen för att säkerställa att läkare och annan vårdpersonal har ett handlingsutrymme som ger möjlighet att utifrån professionella bedömningar och gällande etiska principer anpassa vården till olika patienters behov och önskemål. Förbättrad tillgänglighet i primärvården prioriteras till exempel genom att vårdcentralerna i princip ska vara öppna från 7 till 22. Primärvårdens uppgift att koordinera sina patienters kontakter med andra vårdgivare bör tydliggöras och periodiskt följas upp. Inom en femårsperiod ska alla ha en fast läkarkontakt samt vid behov även en fast kontakt när det gäller samordning av olika vård- och omsorgsinsatser. Varje allmänläkare ska vidare ha maximalt 1 500 patienter på sin lista. I glesbygder och socialt utsatta områden bör antalet listade per läkare sannolikt snarare vara omkring 1 000. Detta med tanke på de större och sammansatta vårdbehov som präglar dessa områden.

Möjligheterna att förverkliga detta beror i hög grad på om landstingen kan rekrytera tillräckligt många läkare och annan kvalificerad vårdpersonal. Speciella ansträngningar bör göras för att begränsa efterfrågan på hyrläkare och fristående digitala läkare och stimulera dem att söka tjänster inom den nya primärvården med dess större möjligheter för vårdpersonalen att påverka verksamheten. (Se vidare Förslag 9 om ett primärvårdslyft i underförsörjda landsbygds- och glesbygdsregioner samt i urbana låginkomstområden.)

FÖRSLAG 3:

AVVECKLA DEN OFFENTLIGA FINANSIERINGEN AV FRISTÅENDE DIGITALA VÅRDFÖRETAG OCH UTVECKLA DEN INTEGRERADE DIGITALA VÅRDEN

Motivering: Vårdvalssystemen har öppnat upp för en offentlig finansiering av digitala vårdföretag genom att de tecknar ett avtal med en privat vinstdriven vårdcentral som ingår i ett vårdvalssystem. Avtalet innebär att det digitala vårdföretaget får en närmast obegränsad dragningsrätt på offentliga finansiella vårdresurser.

De digitala läkarna ställer diagnoser, skriver remisser till specialistvård och underlag för sjukskrivningar baserade enbart på en digital kontakt. Risken för felaktiga diagnoser och överförskrivning av narkotika är därför högre än vid vanliga läkarbesök. Samtidigt splittrar det vården genom att de fristående digitala vårdgivarna i princip endast tar lätta fall, svårare fall hänvisas till en fysisk vårdcentral.

Regeringen (S + MP) har givit Göran Stiernstedts utredning i uppdrag att se över omfattningen av och inriktningen på digitala vårdtjänster. Resultatet från den utredningen ska redovisas i juni 2019. Redan dessförinnan bör åtgärder vidtas för att begränsa denna nya vårdforms negativa effekter. En successiv begränsning och avveckling av den fristående digitala vinstdrivna vården bör omedelbart inledas samtidigt som de frigjorda resurserna bidrar till en utveckling av en digital vård som är integrerad med den vanliga fysiska vården.

Genomförande: Utgår man från att vårdvalssystemet ska avvecklas innebär det att möjligheten till offentlig finansiering

via en privat vårdcentral inom vårdvalet upphör. Landstinget bör då avsluta den offentliga finansieringen av fristående digitala vårdföretag vars verksamhet inte är integrerad med vanliga konsultationer där läkare och annan vårdpersonal på plats kan undersöka patienterna. De frigjorda resurserna bör bidra till en:

1. Utbyggnad av en digital vård vid vårdcentraler och andra vårdgivare som utgör en integrerad del av den reguljära vården.
2. Läkarledd digital vårdupplysning som utgör en integrerad del av den vanliga vårdguiden (telefon 1177). Dessa digitala läkare bör varken ha rätt att skriva ut recept eller underlag för sjukskrivning. Deras roll är att bredda och fördjupa den rådgivning som i dag ges genom sin kompetens och användning av e-hälsans alla möjligheter.

Avvecklingen av offentligt finansierade fristående privata digitala vårdgivare är inte ett underkännande av digital vård i sig. Det är ett underkännande av att fristående digitala vårdgivare utan möjlighet att undersöka en patient på plats ställer diagnoser, remitterar patienter till specialister, skriver ut läkemedel och underlag för ersättning vid sjukdom. Avvecklingen av den offentliga finansieringen innebär samtidigt att offentliga resurser frigörs för en utveckling av en digital vård som är en integrerad del av vårdcentralernas och vårdupplysningens reguljära verksamhet.

FÖRSLAG 4:

AVVECKLA VÅRDVALSSYSTEMEN INOM DEN ÖPPNA SPECIALISTVÅRDEN OCH UPPHANDLA SPECIALISTVÅRD ENLIGT LOU

Motivering: Vårdval inom den öppna specialistsjukvården har framför allt införts i Stockholms läns landsting som i dag har omkring 35 vårdval. Skälen till att de bör avvecklas är i första hand att de bidrar till ökad vinstdrivande vård som är mycket kostnadsdrivande. Enligt oppositionslandstingsrådet Dag Larsson (S) i Stockholms läns landsting ökade kostnaderna för länet olika vårdval med 6,7 procent varje år jämfört med 1,5 procent för de stora sjukhusen (Larsson, D 2018).

Dessa vårdval i specialistsjukvården har också bidragit till en ökad geografisk och social ojämlikhet. Förutsättningarna för att lokalisera denna vård nära patienterna är dock mycket olika för olika specialiteter. Finns få vårdgivare inom en viss specialitet är det rationellt att de är lokaliserade dit det är lätt att resa för de som bor i olika delar av länet. Ofta innebär det en lokalisering i centrala Stockholm. Finns många mottagningar inom ett specialistområde bör de givetvis fördelas med hänsyn till förväntade behov i olika delar av länet.

Genomförande: En stor del av denna öppna specialistsjukvård bedrivs sedan länge i privat regi. Förutsättningarna för att överföra driften av dessa specialistmottagningar till offentlig regi är mycket begränsade. I detta fall bör därför avvecklingen av vårdvalssystemet och etableringsfriheten ske på ett delvis annat sätt än inom primärvården. Följande villkor och åtgärder bör beaktas:

- *Inför etableringskontroll* som lokaliserar vården med hänsyn till bästa möjliga tillgänglighet för alla medborgare i länet eller regionen. Detta bör vara huvudkriteriet vid lokalisering av nya mottagningar inom specialistområden med endast ett fåtal vårdgivare.

Finns många vårdgivare/mottagningar inom en viss specialitet bör de däremot i första hand lokaliseras med hänsyn till befolkningens vårdbehov i olika delar av länet.

- *Inför en tidsbegränsad rätt till offentlig finansiering* på två till fyra år inom ramen för gällande vårdval. Samtidigt bör införas såväl volym som kostnadstak för denna period.
- *Landstinget upphandlar enligt LoU* – efter att avtalet om offentlig finansiering löpt ut – de volymer av olika typer specialistvård som man bedömer krävs för de närmaste tre till fem åren. I de avtal som tecknas bör det finnas såväl volym som kostnadstak som periodiskt kan justeras. Dessutom ska utbildnings- och andra åtaganden preciseras i avtalen. De långsiktiga målen för verksamheten ska också anges i avtalen liksom när och hur de ska följas upp. Professionella peer reviews bör ingå som en viktig del av dessa uppföljningar.

FÖRSLAG 5:

ERSÄTT STARTLAGEN FÖR PRIVATISERING AV SJUKHUS MED EN STOPPLAG

Motivering: Offentligt finansierade sjukhus bör inte drivas i syfte att ge vinst till ägarna. Detta ansåg den socialdemokratiska regering som 2006 införde en så kallad stopplag för

privata vinstdrivna vårdföretag att ta över driften av akutsjukhus. De borgerliga partierna ersatte – när de fick regeringsmakten – detta med en startlag som tillät privata vårdföretag att ta över driften av alla typer av offentligt finansierade sjukhus. Den allmänna opinionens motstånd mot denna typ av privatisering har sannolikt bidragit till att inga större sjukhus privatiserats under perioden 2007 till 2018. Det finns dock en uttalad vilja bland de borgerliga partierna bland annat i Stockholms läns landsting att privatisera ytterligare ett eller flera akutsjukhus.

Genomförande: Inför i princip samma lagstiftning som den socialdemokratiska regeringen tillämpade när de införde stopplagen. Capio S:t Göran och andra offentligt finansierade sjukhus som drivs i privat regi ska fullfölja sina uppdrag enligt ingångna avtal. När avtalen går ut övergår de i offentlig eller icke vinstdriven privat regi.

FÖRSLAG 6:

BEGRÄNSA KONKURRENSIDEOLOGIN OCH UTVECKLA FORMERNA FÖR SAMORDNING OCH SAMVERKAN

Motivering: Den nuvarande konkurrensideologin är ett styrmedel för ökad privat vinstdriven vård. Krav på konkurrensutsättning av offentligt driven vård öppnar den offentligt finansierade vårdmarknaden för privata vinstdrivna vårdföretag.

Konkurrens ses också som nödvändigt för en fungerande marknad. Utvecklingen av vårdmarknader motverkar där-

för ofta en nödvändig samordning och samverkan inom vården. Konkurrens mellan vårdgivarna om patienter kan också begränsa möjligheterna till en god kontinuitet.

Konkurrensverket har som en central uppgift att säkerställa att konkurrensen mellan offentliga och privata vårdgivare sker på lika villkor. I dag ägnar man speciell uppmärksamhet åt att klarlägga om landstingen gynnar egenverksamheten genom till exempel subventionerade lokaler där privata vårdföretag får betala marknadshyror. Denna typ av konkurrens på olika villkor är enligt Konkurrensverket relativt ovanlig.

Vad Konkurrensverket däremot inte uppmärksammar är att de privata vinstdrivna vårdföretagen har stora fördelar jämfört med de offentliga vårdgivarna. Bland dessa fördelar kan nämnas:

- etableringsfrihet, det vill säga att de kan lokalisera all sin verksamhet i lönsamma områden medan offentliga vårdgivare ska lokalisera sin vård där behoven av en förstärkt primärvård är störst
- långsiktiga avtal som gör att de inte som de offentliga vårdgivarna drabbas av nedskärningar vid finansiella kriser
- rätt att ta emot lönsamma privatfinansierade patienter
- inget samhällsansvar och inget övergripande planeringsansvar. Den offentligt finansierade vården får ta hela detta ansvar inklusive att täcka upp för privata vinstdrivna vårdföretag som avslutar sin verksamhet p.g.a. bristande lönsamhet.

De privata vinstdrivna vårdföretagen har således mycket stora ”osynliggjorda” konkurrensfördelar jämfört med offentligt driven vård. Konkurrens på lika villkor blir därmed en illusion samtidigt som dagens konkurrensideologi blir ett effektivt styrmedel för ökad privat vinstdriven offentligt finansierad vård.

Genomförande: I regeringens direktiv till Konkurrensverket begränsas myndighetens roll inom hälso- och sjukvårdssektorn. Samtidigt åläggs myndigheten att fullt ut beakta de konkurrensfördelar som de privata vårdföretagen har i jämförelse med de offentliga vårdgivarna.

I direktiven till Socialstyrelsen anges samtidigt att de ska analysera hur krav på samordning, samverkan och kontinuitet ska kunna överordnas eller samordnas med krav på konkurrens. Detta uppdrag bör även omfatta en operativ modell där primärvårdsläkaren eller distriktssköterskan får en samordnande roll gentemot såväl andra vårdgivare som primärkommunala organ. Modeller av detta slag bör prövas i ett antal landsting och regioner för att därefter införas inom samtliga landsting.

FÖRSLAG 7:

FÖRSTÄRK FÖRSVARET FÖR EN ÖKAD OFFENTLIG FINANSIERING AV VÅRDEN

Motivering: En offentlig finansiering där medborgarna bidrar via skatt och utnyttjar vården efter behov är av helt avgörande betydelse för en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

I detta finansieringssystem finns ingen koppling mellan hur mycket man betalar in och vilken vård man kan få. Detta är motsatsen vad som gäller på en marknad där kundens köpkraft – plånbokens tjocklek – avgör vad hen har råd att köpa.

I dag hävdar alla partier att vården ska förbli offentligt finansierad. Samtidigt finns starka krafter som förordar en ökad privat finansiering av vården. En given utgångspunkt i de analyser som hävdar att det krävs en ökad privat finansiering är att skatten inte kan höjas. Däremot kan den sänkas genom bland annat nya jobbskatteavdrag. Ett huvudargument för ökad privat finansiering är att vi inte längre har råd med en i huvudsak offentlig finansiering när behoven av vård ökar genom ett ökat antal äldre, medborgarnas ökade krav på servicenivå och nya medicinska möjligheter att behandla olika sjukdomar. ”Välfärdens kostnadsökning kan inte betalas med skatter.” En ökad privat finansiering är ett sätt att ”hålla efterfrågan på hanterlig nivå” (Sanandaji, N, Heller Sahlgren, G 2018). Man förordar således att ”plånboken” i ökad utsträckning ska avgöra vem som har råd efterfråga den vård de anser att de behöver och som de bidragit till att finansiera via olika skatter. Den nyliberala tankesmedjan Timbro uppmanar också politikerna att ”öppna välfärden för medborgarnas pengar” (Uvell, M 2014).

Dessa nyliberala krafter får ofta ett stöd från ledande hälsoekonomer som ser sjukvården som en marknad. Det handlar om grundläggande värderingar. Ur ett vårdpolitiskt perspektiv är det naturligt att till exempel beskriva de höga privata sjukvårdskostnaderna i USA som ett avgörande hinder för att

resurssvagare grupper ska kunna få den vård de behöver. En av Sveriges ledande hälsoekonomer, professor Bengt Jönsson, och SNS dåvarande forskningschef Göran Arvidsson anser däremot att de höga privata kostnaderna för sjukvården i USA ”återspeglar dels en hög betalningsvilja för vårdtjänster, dels att det amerikanska vårdsystemet medger att motsvarande köpkraft kanaliseras till sjukvård” (Arvidsson, G, Jönsson, B 1997).

Det finns mot denna bakgrund ett stort behov av en vårdpolitisk skarp motivering till att offentlig finansiering är ett absolut villkor för en bra och jämlik vård. Det räcker inte med att bara hävda att vården ska vara offentligt finansierad när den finansiella krisen står inför dörren och allt fler politiker och ekonomer hävdar att det inte finns något alternativ till ökad privat finansiering om man ska kunna erbjuda en fortsatt god vård. Det krävs dessutom ett tydligt alternativ som visar att en fortsatt offentlig finansiering är möjlig även när kostnaderna för vården ökar.

Genomförande: Tillsätt en vårdpolitisk utredning med uppgift att belysa varför en fortsatt offentlig finansiering av vården är absolut nödvändig samt klarlägga vad som krävs för att säkerställa tillräckliga offentliga resurser för en bättre och jämlikare hälso- och sjukvård under de närmaste tio åren. Sekretariatet för denna utredning måste ha en bred professionell kompetens inom bland annat etik, medicin, vårdplanering, juridik och ekonomi.

I direktiven bör bland annat anges att utredningen ska:

- Analysera konsekvenserna av en finansieringsstrategi som utgår från att skatten inte kan sänkas i stället för att som i dag utgå från att den inte kan höjas. Samtidigt bör konsekvenserna av en skattehöjning belysas såväl i ett vårdpolitiskt som i ett samhällsekonomiskt perspektiv. En utgångspunkt för denna analys bör vara att en stor majoritet av medborgarna i åldern 16 år och äldre (nio av tio) föredrar ökad vårdkvalitet framför sänkt skatt om landstinget har ett mycket bra finansiellt resultat. 66 procent kan dessutom tänka sig att betala högre skatt för att alla ska få bättre vård (Synovate 2008).
- Klarlägg de fördelningspolitiska effekterna av en ökad andel privat finansiering av vården. Därvid ska speciellt uppmärksammas att varje omfördelning från offentlig till privat finansiering vid oförändrat vårdutnyttjande innebär att:
 - # Sjuka måste betala mer – friska mindre.
 - # Låginkomsttagare betalar mer – höginkomsttagare mindre.
 - # Kvinnor betalar mer – män mindre.
 - # Äldre betalar mer – yrkesverksamma mindre.
- Utredningen bör även ur ett rättsligt perspektiv belysa om och hur en omfördelning av betalningsbördan från friska till sjuka strider mot gällande hälso- och sjukvårdslag och de etiska principer för hälso- och sjukvården som riksdagen fastställt.
- Uppskatta effekterna på vårdens ekonomiska tillgänglig-

het, det vill säga vilka grupper som vid olika krav på privat finansiering och typer av vårdbehov inte längre har råd att efterfråga den vård de behöver. Det är väl känt att det finns ett direkt samband mellan graden av privat finansiering och möjligheterna att betala för den vård man behöver (Mossialos 2003). Redan vid dagens relativt låga privata vårdavgifter och högkostnadsskydd för vård respektive läkemedel har många låginkomsttagare någon eller flera gånger av ekonomiska skäl avstått från att efterfråga den vård de behöver och hämta ut de mediciner en läkare ordinerat. Höjda patientavgifter drabbar i första hand grupper med låga inkomster och stora vårdbehov, som till exempel ensamstående mammor med hemma-boende barn och de som erhåller försörjningsstöd (socialbidrag) samt äldre med låg pension (Burström, B, m.fl.). De ekonomiska hindren är störst inom tandvården där 20 procent av alla vuxna uppger att de avstått från tandvård på grund av de höga kostnaderna (Myndigheten för Vårdanalys 2016). En central uppgift för utredningen bör därför vara att analysera förutsättningarna för att införa ett högkostnadsskydd inom tandvården som innebär att ingen patient ska betala mer än maximalt 2 000 kronor för tandvård under ett år.

- Utredningen bör även beakta att även grupper med stora otillfredsställda vårdbehov bidrar via skatt till den vård de inte har råd att själva efterfråga.

- Det finns även skäl att belysa vid vilken nivå på den privata finansieringen som den medicinska fattigdomsfällan blir en realitet även i Sverige. När leder tvingande höga sjukvårdskostnader till att resurssvaga grupper hamnar i fattigdom eller blir ännu fattigare? I USA är en av de främsta orsakerna till personliga konkurser höga utgifter för vård.
- Belys möjligheter till ökade skatteintäkter utöver ökad sysselsättningsgrad och förlängt arbetsliv. En utgångspunkt bör därvid vara att skatternas omfördelande effekter förstärks. ” Sverige har idag det minst omfördelande skattesystemet från hög- till låginkomsttagare bland EU:s 15 kärnländer. (Andersson, U. 2018) Utredningen bör mot denna bakgrund – i nära samverkan med en övergripande utredning om framtida skattereformer – bland annat klarlägga de finansiella och samhällsekonomiska effekterna av bland annat skatt på fastigheter, arv och förmögenheter samt effekterna av att återgå till normala momsnivåer för restaurangbesök.
- Vidare bör utredningen belysa möjligheterna av att återta en eller flera av de skattelättnader som höginkomsttagare fått genom jobbskatteavdraget och öka skatten på kapitalinkomster.
- Speciell uppmärksamhet bör även ges skattefinansierade subventioner som i första hand gynnar resursstarkare grupper. Rut- och rotavdragen bör därvid omprövas så att de i första hand gynnar låginkomsttagare. Räntedragen bör successivt minskas liksom företagets rätt

till avdrag för anställdas privata sjukvårdsförsäkringar. En översyn och skärpning av kraven när det gäller olika typer av representation bör även göras.

- Dessa skattesubventionerade verksamheter utgår vanligen utifrån ett generellt regelverk. Generositeten i dessa avdragssystem står i bjärt kontrast till den individuella prövning som gäller olika bidrag till resurssvagare grupper eller förutsättningar att förstärka olika delar av vården. Det finns i tider av knappa resurser till vård, skola och omsorg knappast någon diskussion om samhället bör prioritera ökade resurser för att korta vårdköer eller behålla subventioner till städning i höginkomsttagares hem och företagens representationsmiddagar. Jämförelser som dessa avfärdas vanligen som ett utslag av "populism" trots att det gäller hur skattemedel bör användas.
- Det finns även goda skäl att ompröva den rödgröna regeringens avvaktande inställning till en internationell omsättningskatt på valutatransaktioner transaktioner, den så kallade Tobinskatten, som mött ett positivt intresse i flera västeuropeiska länder.
- Denna utredning om välfärdens framtida finansiering bör anlägga en helhetssyn där förlorade skatteintäkter genom olika avdrag finansiellt jämföras och prioriteras i relation till exempelvis ökade resurser till låginkomstgruppers tandvård och extra resurser till primärvården i socialt utsatta områden.
- Vidare bör ifrågasättas det rimliga i att nära nog alla ekonomiska långtidsanalyser av en mycket begränsad tillväxt

när det gäller den offentliga konsumtionen – offentliga medel till välfärden – men en mycket stark ökning av den privata konsumtionen. Denna typ av prioritering av privat snarare än offentlig konsumtion leder enligt den kända ekonomen John Kenneth Galbraith på sikt till ”privat överflöd och offentligt armod”.

Före detta statsministern Ingvar Carlsson (S) ger ett tydligt svenskt perspektiv på denna avvägning – eller snarare brist på genomtänkt avvägning – mellan offentlig och privat konsumtion: ”De flesta av oss hamnar under våra liv i situationer då vi behöver stöd. Arbetslöshet och sjukdom slår till utan förvarning. Många av oss lever så länge att vi blir beroende av vård och omsorg för att kunna avsluta våra liv på ett värdigt sätt. Barn har rätt till en bra uppväxt även om föräldrarna möter motgångar. Då finns ingen annan väg framåt än den gemensamma, där vi tillsammans tar ansvar för varandra. I dag stimuleras emellertid den privata konsumtionen medan den gemensamma sätts på undantag. Det vi konsumerar gemensamt anses mindre viktigt. Ändå handlar det om livsnödvändiga verksamheter som barnomsorg, skola, sjukvård, äldreomsorg” (Carlsson, I 2014)

Den demokratiska förankringen av denna avvägning mellan offentlig och privat konsumtion bör stå högt på den politiska dagordningen. Hur ser medborgarna på ökade resurser till skola, vård och omsorg jämfört med ökade resurser för olika typer av privat konsumtion? Finns behov av att tydlig-

göra kopplingen mellan ökad skatt och ökade resurser för till exempel sjukvården?

- Belysa hur en avveckling av dagens kostnadsdrivande dubbla systemskifte frigör stora ekonomiska och personella resurser som kan utnyttjas för att utveckla en bättre och jämlikare vård.

En utredning med denna inriktning kan bli en viktig motvikt till de traditionella rent ekonomiska och produktivitetinriktade analyser som ofta präglar debatten om välfärdens framtida finansiering.

FÖRSLAG 8:

LAGSTIFTA MOT BLANDFINANSIERING, DET VILL SÄGA SÄRSKILJ OFFENTLIGT OCH PRIVAT FINANSIERAD VÅRD

Motivering: Sambandet mellan privat drift och privat finansiering är en fråga som ägnats förvånansvärt lite uppmärksamhet såväl politiskt som av forskare. I studien *Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare* (Dahlgren G. 1994) konstaterades att det finns ett nära samband mellan det privata vårdutbudets storlek och möjligheterna att privatisera vårdens finansiering. Det krävs privata vårdgivare för att försäkringsbolagen ska kunna sälja privata sjukvårdsförsäkringar. I mitten av 1990-talet var en begränsande faktor att det privata vårdutbudet var för litet ”för att erbjuda ett allsidigt vårdutbud till perso-

ner med privata sjukvårdsförsäkringar. Med det ökade offentligt finansierade privata vårdutbud som karakteriserar utvecklingen – och den borgerliga vårdpolitiken – ökar givetvis också marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar” (Dahlgren, G 1994). Inom dagens svenska sjukvårdssystem konstaterar John Lapidus efter ingående studier att det ”finns hundratals privata vårdgivare som har dubbla avtal, ett med landstingen och ett annat med försäkringsbolagen” (Lapidus, J 2018).

Detta samband mellan en ökad privat vinstdriven offentligt finansierad vård och privata sjukvårdsförsäkringar är fortfarande ingen fråga som står högt på den politiska dagordningen trots att den på sikt sannolikt leder till en tudelad vård där de med privata sjukvårdsförsäkringar garanteras en bättre och snabbare vård än de som får en skattefinansierad vård. Utredningen bör mot denna bakgrund analysera om och hur de nuvarande privatiseringsreformerna på sikt leder till en tudelad vård – ett vårdssystem där den offentliga vårdens finansiering blir allt svårare att säkerställa medan kraven på subventionerade privata sjukvårdsförsäkringar växer allt starkare. Utredningen bör vidare belysa hur sambandet mellan ökad privat drift och ökad privat finansiering kan brytas.

Vid en analys av detta samband i ett svenskt perspektiv finns anledning att uppmärksamma följande skillnader mellan olika typer av privat vård:

Helprivat vård, det vill säga vård som är helt privat finansierad och drivs privat. Denna typ av vård är helt beroende av patien-

ter med privata sjukvårdsförsäkringar. Ingen begränsning av dessa helprivata vårdföretags möjligheter att ta emot privatfinansierade patienter har aktualiserats i Sverige. I ett internationellt perspektiv finns dock exempel på begränsningar som även påverkar de helprivata vårdgivarnas möjligheter att ta emot privatfinansierade patienter. I Kanada har man till exempel sedan länge en reglering som anger att privata sjukvårdsförsäkringar inte får täcka vård som erbjuds inom den offentligt finansierade vården. På detta sätt bryts sambandet mellan ökad privat drift och privat finansiering. I Sverige är det redan för sent att aktualisera en liknande reglering eftersom 650 000 personer redan tecknat en privat sjukvårdsförsäkring som ger förtur just till den typ av vård som finns inom det offentligt finansierade vårdssystemet.

De kommersiella förutsättningarna för att driva en helprivat vård är dock i Sverige begränsade eftersom många inte har råd betala ett marknadspris för den vård de behöver och alla har tillgång till och nästan alla väljer den offentligt finansierade vården med dess relativt låga patientavgifter. En kraftig expansion av den privatfinansierade vården kräver därför en expansion av privata vårdföretag vars verksamhet i huvudsak är offentligt finansierad. I detta perspektiv är vårdvalssystem och etableringsfrihet liksom privat drift av offentligt finansierade sjukhus av avgörande betydelse för en växande marknad för privata sjukvårdsförsäkringar.

Marknaden för den helprivata vården påverkas i första hand av den offentligt finansierade vårdens tillgänglighet och kva-

litet. Upplever resursstarka grupper att den offentliga vården inte erbjuder en bra vård ökar efterfrågan på helprivat vård. Samtidigt ökar missnöjet över att behöva betala skatt för en offentligt finansierad vård man inte använder. Krav växer fram att det bör finnas en möjlighet att lämna den skattefinansierade sjukvården. I Tyskland kan till exempel resursstarka personer avstå från att ingå i det offentliga vårdssystemet och i stället ordna sin vård helt via privata så kallade substituerande sjukvårdsförsäkringar (Lapidus, J 2018). Det kan finnas skäl att redan innan denna typ av krav aktualiseras i Sverige tydliggöra att valet att privat finansiera sin egen vård aldrig kan ge någon rätt att inte via skatt bidra till den offentligt finansierade vården.

En omedelbar effekt av att privat finansierade patienter får förtur och andra förmåner inom den offentligt finansierade vården är att det innebär att prioriteringen av knappa personella vårdresurser baseras på lönsamhetsbedömningar snarare än patienternas vårdbehov. Detta strider mot såväl gällande hälso- och sjukvårdslag som de etiska principer riksdagen fastställt. De som hävdar att privat finansierade patienter endast tas emot när de i huvudsak offentligt finansierade privata vårdgivarna har fria utnyttjade resurser talar mot bättre vetande. Ingen vårdgivare med stora utnyttjade resurser har långa köer. Och om det inte finns några köer, varför skulle någon vara intresserad av att betala privat för en vård man lika snabbt kan få nästan gratis? Hur kan man förklara långa köer om det finns utnyttjade resurser?

Privat drift av offentligt finansierade sjukhus. Dessa sjukhus har genom den borgerliga regeringens beslut 2006 rätt att ta emot patienter som betalar kontant eller via en privat sjukvårdsförsäkring. Försäkringsbolaget Skandia garanterar till exempel att den som behöver operation eller annan behandling ”garanteras att, inom 20 vardagar, bli inskriven på ett sjukhus i Skandias nätverk av privata vårdgivare. Om Skandia inte lyckas uppfylla detta är försäkringstagaren garanterad en ersättning på 300 kronor per vardag fram till dagen för inskrivning för operation eller sjukhusvård Detta kan jämföras med den offentliga vårdgarantin ”som utlovar samma sak inom ett halvår. Eller för att vara mer exakt inom 187 dagar” (maxväntetider på 7 dagar för att träffa en allmänläkare inom primärvården, max 90 dagar för att efter remiss träffa en specialist och ytterligare max 90 dagar innan behandlingen påbörjas.) (Lapidus, J 2018).

Offentligt drivna sjukhus har inte motsvarade rätt att ta emot privatfinansierade patienter. Privat drift av offentligt finansierade sjukhus öppnar således för privat finansiering samtidigt som de erbjuder en gräddfil för patienter med en privat sjukvårdsförsäkring.

Privat specialistvård som både tar emot privat och offentligt finansierade patienter är av strategisk betydelse för en ökad privat finansiering via olika typer av sjukvårdsförsäkringar. I dag kan man teckna privata sjukvårdsförsäkringar som ger försäkringstagarna direkt kontakt med olika specialister utan remiss (Lapidus, J 2018)

Privat drivna vårdcentraler med offentlig finansiering. Privata vinstdrivna vårdcentraler vars verksamhet är offentligt finansierad tar i dag ofta emot privatfinansierade patienter med förtur och/eller erbjuder andra speciella förmåner. Läkare kan i sina anställningskontrakt ha inskrivet att de under vissa dagar eller timmar tar emot privatfinansierade patienter. I vilken utsträckning de offentligt finansierade privata vårdcentralerna – i motsats till offentligt drivna vårdcentraler – tar emot privatfinansierade patienter är inte känt.

Vad man vet är att försäkringsbolagen som säljer privata sjukvårdsförsäkringar har olika typer av avtal med de privata vårdgivarna. Länsförsäkringar samverkar till exempel med Praktiker-tjänst och försäkringsbolaget If med Capio-koncernen.

Länsförsäkringar har omkring 900 avtal med privata vårdgivare men nekar att lämna ut information om med vilka vårdgivare de samarbetar. Det är dock klart att många av dessa vårdgivare har såväl offentligt som privat finansierade patienter (Lapidus 2015). Trygg Hansa erbjuder på sin hemsida ”ett rikstäckande och välrenommerat privat vårdnätverk” för dem som tecknar en privat sjukvårdsförsäkring.

I praktiken betyder detta att många privat drivna vårdcentraler och specialistmottagningar kan ha två köer till sina mottagningar. En snabbfil för patienter med privata sjukvårdsförsäkringar och en längre kö för de skattefinansierade patienterna.

Det faktum att privat drift öppnar för en privat finansiering ökar skälen för en begränsning av både privata sjukvårdsförsäkringar och offentlig finansiering av privata vinstdrivna

vårdföretags verksamhet. En ökad privat finansiering undergräver nämligen på sikt förutsättningarna för en solidarisk finansiering. De som betalar sin vård privat blir allt mindre benägna att dessutom via skatten betala för en vård de inte utnyttjar. Utvecklingen går emellertid i motsatt riktning. Den offentligt finansierade vinstdrivna vården ökar samtidigt som antalet personer med privata sjukvårdsförsäkringar ökat från 100 000 år 2000 till omkring 650 000 i början av 2018. Senare samma år har sannolikt över en miljon en privat sjukvårdsförsäkring sedan en stor facklig organisation (Unionen) erbjuder sina medlemmar en privat sjukvårdsförsäkring. Huvuddelen av dessa försäkringar har arbetsgivare och fackliga organisationer tecknat för sina anställda. De som inte har en arbetsgivare som erbjuder sina anställda en privat sjukvårdsförsäkring liksom de som är arbetslösa har sällan egna ekonomiska resurser för att ur egen ficka köpa en privat sjukvårdsförsäkring. Personer med större hälsoproblem eller hög ålder kan inte heller teckna en privat sjukvårdsförsäkring eftersom försäkringsbolagen vanligen inte accepterar dessa kostsamma personer. Möjligheterna att ”sortera bort” personer med en hög sannolikhet för att behöva mycket vård ökar över tid genom ökade möjligheter att identifiera olika ärftliga anlag för olika sjukdomar.

Privat finansierade patienter får samtidigt en snabbare vård – en ”gräddfil” – i jämförelse med offentligt finansierade patienter till offentligt finansierade privat drivna sjukhus och vårdcentraler. Detta förnekas rutinemässigt av ansvariga politiker och företrädare för de privata vårdföretagen. De hävdar att det

endast är när det finns en överkapacitet – ledig kapacitet – som man erbjuder vård till privatfinansierade patienter. Sannolikheten att det finns överkapacitet när samtidigt många offentligt finansierade patienter står i kö för att få behandling eller en operation borde dock vara obefintlig. Dessutom är det vanligaste skälet till att ta en privat sjukvårdsförsäkring just att få snabbare vård än när man står i kön för offentligt finansierade patienter. Argumentet om ledig kapacitet förefaller därför vara en kuliss som döljer att de offentligt finansierade patienterna får än längre väntetider när ett sjukhus av lönsamhetsskäl prioriterar privatfinansierade patienter. De personella resurserna är ju knappa och prioriterar en läkare att ge förtur till en privat finansierad patient betyder det ofta att en offentligt finansierad patient får vänta ännu längre. Denna typ av dubbla köer och en omfördelning av personella resurser torde i dag finnas på alla de hundratals i huvudsak offentligt finansierade privat drivna vårdgivare som har avtal både med landstinget och olika privata försäkringsbolag som säljer sjukvårdsförsäkringar.

Mot denna bakgrund är det viktigt att dels försöka bromsa utvecklingen när det gäller privata sjukvårdsförsäkringar, dels förhindra gräddfiler för privat finansierade patienter till offentligt finansierade sjukhus och vårdcentraler.

Genomförande: Det bör införas ett generellt förbud mot att ta emot privatfinansierade patienter vid alla offentligt finansierade vårdcentraler och sjukhus. Denna princip finns redan i praktiken inom den offentligt drivna vården. Offentliga

sjukhus har inga ”gräddfiler” för patienter med privata sjukvårdsförsäkringar eller som har råd och önskar att betala gällande marknadspris för vården kontant. En förutsättning för att erhålla offentlig finansiering av privat vinstdriven vård bör vara att samma regler gäller när den offentligt finansierade vården drivs i privat regi. Detta bör skrivas in i hälso- och sjukvårdslagen. Det finns även skäl att överväga andra metoder för att begränsa expansionen av privata sjukvårdsförsäkringar. Riksdagens beslut att införa förmånsbeskattning på de privata sjukvårdsförsäkringar som de anställda erbjuds genom arbetsgivare eller facklig anslutning är ett steg i denna riktning. Nästa bör vara att slopa företagens avdragsrätt när de erbjuder sina anställda en privat sjukvårdsförsäkring. Staten bör inte med skattemedel stimulera en expansion av privata sjukvårdsförsäkringar som på sikt undergräver möjligheterna att säkerställa en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen.

FÖRSLAG 9:

PRIMÄRVÅRDSLYFTET I UNDERFÖRSÖRJDA LANDSBYGDSREGIONER OCH URBANA LÅGINKOMSTOMRÅDEN

Det råder stor politisk enighet om att primärvården måste förstärkas. Denna målsättning har funnits under många årtionden utan några större förbättringar i verkligheten. Tvärtom har den offentliga finansieringen av primärvården minskat något mellan 2011 och 2015 uttryckt som andel av de totala sjukvårdskostnaderna (Myndigheten för vårdanalys 2017:5).

De senaste årens dubbla systemskifte har ökat utbudet av vårdcentraler men samtidigt gjort primärvården alltmer ojämlig. Marknadsorientering och avvecklingen av ett områdesansvar har dessutom begränsat primärvårdens uppsökande verksamhet och medverkan i det lokala folkhälsoarbetet.

Avvecklingen av den vinststyrda primärvården skapar nya och bättre förutsättningar för utveckling av en lokalt anpassad primärvård som kan möta befolkningens behov av såväl medicinskt förebyggande och behandlande som rehabiliterande verksamhet. Samtidigt skapas bättre förutsättningar för lokala tvärasektoriella insatser för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Detta förutsätter ett formellt områdesansvar för varje vårdcentral och andra vårdgivare inom primärvården. Detta behöver inte påverka – som ofta hävdas – det fria vårdvalet. Nästan alla väljer ju att gå till den vårdcentral som ligger närmast bostaden. Den hälft av befolkningen som inte listat sig vid någon vårdcentral registreras också vid den vårdcentral som ligger närmast bostaden. I de fall en patient väljer en vårdcentral utanför det egna upptagningsområdet är det inga problem att clara ersättningsarna. Det visar tidigare erfarenheter både när det gäller egna och utomlänspatienter.

Ett omfattande utredningsarbete pågår när det gäller den framtida primärvårdens uppdrag och utformning. En rad välmotiverade förslag har redovisats i utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård* som ett led i arbetet på ett nationellt grunduppdrag för primärvården (SOU 2018:39).

Behovet av en förstärkt primärvård är störst i urbana låginkomstområden och i underförsörjda landsbygds/glesbygds-

områden. Här krävs stora insatser utöver det nationella grunduppdraget för all primärvård samtidigt som dessa speciella insatser i hög grad bör anpassas till lokala förhållanden och problem. Nedan ges några exempel på insatser som bör aktualiseras tillsammans med lokala och andra förslag.

Primärvårdsluften i underförsörjda Lands- och glesbygdsområden

Klyftan mellan stad och lands/glesbygd växer när det gäller tillgång till god hälso- och sjukvård. Medan stödinsatser görs för att hela Sverige ska leva förs en vinstdriven sjukvårdspolitik som ensidigt gynnar redan gynnade urbana områden. Etableringsfriheten har i hög grad bidragit till att klyftan mellan stad och lands/glesbygd växer. De borgerliga partierna med Centerpartiet i spetsen driver här ett märkligt dubbelspel. Samtidigt som man med alla medel försvarar de offentligt finansierade vinstdrivna vårdföretagens rätt att välja bort för dem olönsamma underförsörjda lands- och glesbygdsområden betonar man vikten av en aktiv regionalpolitik för att ”hela Sverige ska leva”. Detta är ännu ett exempel på hur politiker i praktiken anser att vårdföretagens kommersiella intressen ska överordnas befolkningens behov av den vård de finansierar via skatter.

Ett beslut om etableringskontroll ger helt nya möjligheter att lokalisera vårdcentraler och annan primärvård till underförsörjda lands- och glesbygdsområden. Det räcker dock inte för att säkerställa en god lokalt anpassad primärvård i dessa områden. Inom ramen för en aktiv regional- och sjukvårdspolitik bör bland annat följande insatser aktualiseras:

- Speciella statsbidrag och/eller ökade resurser inom ramen för det kommunala skatteutjämningssystemet bör införas som ger dessa underförsörjda områden de finansiella resurser som krävs för att utveckla en lokalt anpassad primärvård som kan erbjuda en lika god vård som i resten av landet. Riksrevisionen (2014) har visat att det nuvarande glesbygdstötet har minskat risken för nedläggning av vårdcentraler. De ofta stora resurser som för närvarande går till att betala så kallade hyrläkare bör i takt med att deras insatser minskar odelat gå till att utveckla primärvården i underförsörjda områden.
- Läkare och annan kvalificerad vårdpersonal som arbetar i underförsörjda områden på landsbygden och i glesbygd bör erbjudas högre lön och längre semester samtidigt som dessa tjänster ur karriärsynpunkt värderas högt. De bör vidare erbjudas goda möjligheter att påverka verksamheten och under viss tid ägna sig åt lokalt baserad forskning och/eller lokala försöks- och utvecklingsinsatser. Utbildningen av speciella glesbygdsläkare bör speciellt beaktas och stödjas som en del av samhällets glesbygds-satsningar. Om dessa insatser inte är tillräckliga för att säkerställa en god kontinuerlig bemanning av vårdcentraler och andra vårdgivare inom primärvården bör någon form av obligatorisk tjänstgöring övervägas. Vid bedömning av behovet av primärvårdsläkare bör man med hänsyn till de större vårdbehoven och den begränsade tillgången till andra specialister utgå från ett lägre antal listade per läkare än normalt.

- Primärvården i de underförsörjda lands- och glesbygdsområdena måste vara anpassad till de olika förhållanden och problem som finns i dessa områden. Bland de insatser som speciellt bör prioriteras kan vara en utbyggd hemsjukvård med mobila vårdteam som har kompetens att ge viss avancerad sjukvård i hemmet. Det är vidare viktigt att det finns ett tekniskt stöd och resurser för att bygga upp en integrerad digital vård med en fast samordnande vårdkontakt. Utbildning såväl av berörd personal inom vården och hemtjänsten som av patienter är en förutsättning för att denna integrerade digitala vård ska fungera väl. Detta för att fullt ut och patientsäkert kunna utnyttja e-hälsovårdens alla möjligheter såväl mellan patient och vårdpersonal som mellan allmänläkare vid en vårdcentral och andra specialister i den öppna och sjukhusanknutna vården.
- Vårdens tillgänglighet bör främjas genom kostnadsfria transporter till närmaste vårdcentral eller sjukhus. Vid akuta fall bör det finnas en ambulansservice med optimala möjligheter till medicinska insatser under färden till närmaste sjukhus samt möjlighet till helikopter eller annan flygtransport i särskilt akuta fall där avståndet till närmaste sjukhus är stort eller det saknas möjlighet för vägtransporter.

Målsättningen för denna lands- och glesbygdssatsning är att boende i dessa områden ska ha tillgång till en lika god och kontinuerlig vård som redan finns för de som bor i storstadsregio-

nerna. För att detta mål ska uppnås krävs att sjukvårdspolitiken ses som en viktig del av den regionalpolitik vars mål är att ”hela Sverige ska leva”.

Primärvårdsluften i städernas låginkomstområden

Tillgången till och kvaliteten på vården i låginkomstområden där befolkningen har stora ofta socialt relaterade vårdbehov är ofta sämre än i medel- och höginkomstområden. Dessa skillnader mellan låg- och höginkomstområden förstärktes när vårdvalssystem och etableringsfrihet enligt lag skulle införas i alla landsting och sjukvårdsregioner. Möjligheterna att bryta denna negativa utveckling ökar vid en avveckling av dessa reformer. Det krävs nu en politisk vilja och förmåga att ta till vara dessa möjligheter och utveckla en lokalt anpassad primärvård som erbjuder en minst lika god hälso- och sjukvård som i ekonomiskt mer privilegierade områden. Detta bör bland annat innebära att:

- Vårdcentraler och andra vårdgivare inom primärvården bör ges ett tydligt områdesansvar samtidigt som det fria vårdvalet bibehålls. Detta är erfarenhetsmässigt inget problem eftersom flertalet väljer närmaste vårdcentral och rutiner redan finns för ersättning i de fall patienten väljer en vårdgivare i ett annat område eller landsting.
- De finansiella resurserna för primärvården i dessa låginkomstområden måste vara i relation till befolkningens

större och mer sammansatta vårdbehov. Det måste finnas finansiella resurser för att kunna anställa fler distriktsköterskor, socialarbetare, psykologer, läkare med socialmedicinsk kompetens samt kvalificerade tolkar än det normalt finns inom andra urbana primärvårdsområden.

- Boende i dessa låginkomstområden bör ha fri primärvård, det vill säga inte behöva betala några patientavgifter vid primärvårdsbesök. Fri primärvård finns redan i Södermanlands läns landsting och i länder som England och Danmark. På sikt bör det också införas i samtliga landsting och sjukvårdsregioner. Erfarenheterna från en fri primärvård i låginkomstområden kan vara av värde vid införande av samma reform i hela landet.
- Antalet listade patienter per läkare bör vara avsevärt lägre än i andra delar av landstinget med hänsyn till vårdbehovens storlek och komplexitet. I dag är det ofta tvärtom.
- Läkare och annan kvalificerad personal som arbetar i dessa områden bör – liksom i glesbygden – erbjudas högre lön, längre semester och stora möjligheter till att bedriva lokalt forsknings- och utvecklingsarbete. Det bör också ges stora möjligheter att påverka det reguljära arbetets inriktning. En längre tids tjänstgöring i dessa områden – till exempel fem år eller mer – bör ses som extra meriterande.
- Det utåtriktade uppsökande arbetet utvecklas med inriktning mot bland annat nyblivna mödrar med invandrabakgrund, socialt utsatta familjer och ensamstående med stora otillfredsställda vårdbehov. I detta utåtriktade

arbete bör någon form av socialmedicinska team finnas där läkare och annan vårdpersonal med socialmedicinsk kompetens samarbetar med personal inom bland annat socialtjänsten.

- Förebyggande insatser måste ges en hög prioritet såväl i det reguljära mötet med patienter som söker vård som i de grupp- och samhällsinriktade förebyggande åtgärderna. Vid varje vårdcentral i dessa socialt utsatta områden bör finnas en person med viss folkhälsoutbildning som ansvarar för att utveckla och i samarbete med primärkommunala och andra intressenter driva det förebyggande arbetet. Folkhälsoutbildad personal vid samhällsmedicinska center eller liknande bör löpande stödja och stimulera det lokala folkhälsoarbetet.
- Grupp- och samhällsinriktade förebyggande insatser bör finansieras från en separat behovsbaserad folkhälsobudget. Behovskriterier bör i detta fall vara andelen barn i området samt förekomst av de viktigaste risk- och friskfaktorer som hälso- och sjukvården själv eller i samverkan med andra kan påverka. Periodiska uppföljningar av uppnådda resultat bör finnas som underlag vid beslut om nästa års folkhälsobudget.
- Det förebyggande arbetet måste ges en tydlig och operativ jämlikhetsinriktning. Arbetssätt och insatser bör utformas så att man i möjligaste mån även når de grupper som är svårast att nå.

Målsättningen när det gäller vårdens behandlande och rehabiliterande insatser bör vara att befolkningen i dessa låginkomstområden ska ha minst lika bra tillgång till en behovsbaserad vård av minst samma goda kvalitet som i dag redan finns i medel- och höginkomstområden.

I det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet bör målsättningen vara att förbättra hälsans villkor speciellt för utsatta grupper så att de sociala skillnaderna i riskexponering och ohälsa minskar.

FÖRSLAG 10:

FÖRSTÄRK SJUKVÅRDSPOLITIKENS DEMOKRATISKA FÖRANKRING

Vården är den fråga väljarna anser viktigast inför de allmänna valen i september 2018 (enligt DN/Ipso DN 2018-06-28). Ökande inslag av marknads- och vinststyrd vård minskar ofta sjukvårdspolitikens redan svaga demokratiska förankring. Björn Elmbrant beskriver sambandet mellan marknadsstyrning och demokrati med följande ord: ”De värden som finns inbyggda i den demokratiska processen – deltagande, insyn, legalitet, troghet, och folklig förankring – blir i praktiken inte lika angelägna om nationen domineras av marknadens och ekonomismens värden. Det blir svårt att undvika att det blir en tunn och formell demokrati i motsats till visionen om en demokrati med många som deltar och en livlig debatt, en stark demokrati” (Elmbrant, B 2001).

De förslag som redovisas nedan är två bidrag till de många insatser som krävs för att förstärka sjukvårdspolitikens demo-

kratiska förankring i en verklighet som alltför ofta sorterar bort de ”marknadskraftlösa” och styrs av andra målsättningar och etiska principer än de som riksdagen fastställt för all offentligt finansierad vård.

Skärp hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Motivering: Hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen har med ökad marknadsorientering och vinstdriven privatisering blivit alltmer av ett ”rundningsmärke.” ”Skarpa” kommersiella lagar överordnas denna ramlag vars övergripande mål har karaktär av riktningsangivelse. Det finns inte heller några påföljder när politiska beslut på nationell eller regional/landstingsnivå strider mot hälso- och sjukvårdslagens mål och intentioner. Enskilda personer kan inte heller kräva överprövning av ett beslut (så kallat förvaltningsbesvär) eftersom lagen inte är en rättighetslag utan en lag som anger landstingets skyldigheter att tillhandahålla en god vård.

Ett första krav är givetvis att följa gällande hälso- och sjukvårdslag. På sikt krävs dock en skärpning av hälso- och sjukvårdslagen i en alltmer kommersialiserad omvärld utan krav på jämlikhet och solidarisk finansiering.

Genomförande: En parlamentarisk utredning bör tillsättas med uppgift att säkerställa en utformning av hälso- och sjukvårdslagen som garanterar att dess övergripande mål om en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen i praktiken blir styrande för all offentligt finansierad vård. Speci-

ell uppmärksamhet bör ägnas möjligheterna att säkerställa att dessa övergripande mål aldrig kan underordnas kommersiella villkor och regelsystem. Ett sätt att skärpa HSL kan eventuellt vara att omvandla valda delar till en rättighetslag, det vill säga en lag som tydliggör befolkningens och enskilda patienters rätt till en god behovsbaserad vård på lika villkor för alla. Bryter landstingen mot denna rätt kan detta tas upp till rättslig prövning till exempel i en förvaltningsdomstol.

De etiska principer för all offentligt finansierad vård som riksdagen fastställt bör skrivas in i den nya skärpta hälso- och sjukvårdslagen. Dessa etiska principer bör både ses som en utgångspunkt för vårdpolitiken och som en ”nödbroms” när viktiga etiska värden ser ut att gå förlorade. (Falkenström, E, och Höglund, A.T. (2018). I motiveringen till detta tillägg bör innebörden av dessa principer konkretiseras.

Behovet av en förstärkt etisk kompass speciellt inom den politiska och administrativa ledningen ökar vid marknadsorienterade vårdreformer. En ingående extern studie inom Stockholms läns landsting visade bland annat ”att marknadstänkandet påverkade vårdgivarnas högsta chefer – av vilka flera var läkare – på ett sådant sätt att ekonomiska intressen sattes före patienternas behov och före en god och säker vård på lika villkor för hela befolkningen.” ”Den dominerande bilden som framträdde var att ledningsorganisationen undandrog sig etiskt ansvar för sina egna uppgifter med ledning och styrning av hälso-och sjukvården. Fokus på rätten för näringsidkare att fritt etablera sig på en vårdmarknad och avsaknad av omsorgs-

etiska förhållningssätt i ledningsorganisationen har sannolikt bidragit till etikens svaga ställning.” (Falkenström, E, och Höglund A,T. (2018).

Utredningen bör vidare få i uppdrag att föreslå hur kontrollen av att dessa etiska principer i praktiken präglar de vårdpolitiska förslag som tas fram på nationell respektive landstings/regional nivå ska utföras. Detta skulle kunna ske genom att landstingen och regeringen inrättade ”etiska råd” på regional respektive nationell nivå. Dessa etiska råd skulle kunna ha samma uppgift att granska vårdpolitiska förslag i relation till gällande etiska principer som lagrådet på nationell nivå har när det gäller att granska och yttra sig över olika lagförslags förenlighet med gällande lagstiftning.

Utred förutsättningarna för skilda dagar för val till riksdagen respektive kommunfullmäktige och landsting

Motivering: Vård, skola och omsorg hör till de frågor väljarna anser viktigast i dagens allmänna val. Det politiska ansvaret för dessa frågor ligger främst på kommun- och landstingsnivå. Trots det är det i hög grad politiker på nationell nivå som diskuterar dessa frågor i tv och i andra former under en valkampanj. Deras insikter och kunskaper inom dessa områden är av naturliga skäl mindre än bland kommun- och landstingspolitiker. Dessutom är det viktigt kunna att bedöma och utkräva politiskt ansvar riktat mot ansvariga politiker.

Det demokratiska gapet mellan medborgarna och deras valda politiska företrädare är i många centrala frågor stort. Det

är ytterligare ett skäl att förstärka den demokratiska dialogen och förankringen av välfärdspolitiken genom ett särskilt kommunal- och landstingsval.

Genomförande: En utredning bör tillsättas för att belysa förutsättningarna för att införa skilda valdagar till riksdag respektive kommunfullmäktige och landsting. Denna utredning bör även få i uppdrag att föreslå andra eller kompletterande åtgärder för att stärka den demokratiska förankringen och dialogen med medborgarna i centrala välfärdspolitiska frågor även mellan de allmänna valen.

Avslutande kommentar

I arbetet med denna bok har jag förvånats över att dagens dubbla systemskifte i så hög grad bygger på myter. De faktiska positiva effekterna ur ett medborgar- och patientperspektiv av dessa kostsamma reformer är så marginella att man nästan får ett intryck av att avsaknaden av negativa effekter ses som en stor positiv effekt.

En annan personlig reflektion är att så få av de förslag som aktualiseras i denna skrift diskuteras i den allmänna vårdpolitiska debatten. En möjlighet är givetvis att de inte är så relevanta som jag antar. Ett annat skäl kan vara att förslagen ofta hotar kommersiella och resursstarka gruppers intressen och att oppositionen är splittrad och därför saknar tydliga alternativ.

En tredje fundering är hur politiska värderingar och normer under de senaste årtiondena kunnat förskjutas så mycket till höger när det gäller vårdens kommersialisering. Detta trots allmänhetens oförändrat starkt negativa inställning till en vinststyrd vård och trots att det är en utveckling som ofta strider mot hälso- och sjukvårdslagen och dess etiska principer.

I denna skrift har jag utgått från hälso- och sjukvårdslagens skarpa jämlikhetsmål. För att styra vården åt det hållet gäller den kända engelska strategin ”att sätta de sista främst” (*putting*

the last first). Det är motsatsen till dagens systemskiften som ofta ”sätter de första främst” (*putting the first first*). Det är min förhoppning att de fakta och förslag som redovisas kan inspirera och bli ett stöd för några av de många som i dag arbetar för en bättre och en mer jämlik vård och hälsa.

Referenser

- Affärsvärlden* 2015) Alla vill in till festen. *Affärsvärlden* nr 24, 10/6 2015.
- Aftonbladet* 25/10 2014.
- Aftonposten* (2009) Skottland tok sykehusene tilbake. 17/7 2009.
- Agerholm, J (2016) *Analyzing equity in outpatient care in Stockholm County and the impact of using different data sources*. Thesis for doctoral degree (PhD) Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden 2016.
- Ahlzén, Rolf, Berggren, Lars, Metsini, Alexandra, Olsson, Louise, Tegberg, Åke/HTA-enheten CAMTÖ/Region Örebro län (2018) Vetenskapligt stöd saknas för digitala diagnoser. *DN Debatt* 18/4 2018.
- Albinsson, G (2013) Förbättrad tillgänglighet eller förändrad registrering? *Tidskrift för svensk förening för allmänmedicin* nr 3 2013 årgång 34.
- Almkvist, H t.f. hälso- och sjukvårdsdirektör SLL intervju i *Dagens Nyheter* 12 mars 2015 rubricerad Sparkraven ska inte drabba patienterna.
- Anjou, L *Svenska Dagbladet* 9/12 2011. (L. A. är forskare vid Företagsekonomiska Institutionen vid Stockholms universitet).
- Andersson, U. (2018) *Sjuka och arbetslösa ska inte betala mer i skatt*. *DN debatt* 1 juli 2018.
- Andersson, F (2002) *Konkurrens på kommunala villkor. Om konkurrensutsättning på gränsen mellan marknad och byråkrati*. Rapport nr 7, Svenska Kommunförbundet.
- Anell, A (2010) *Värden i vården* – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Anell, A (2011) Hälso- och sjukvårds-

- tjänster i privat regi, i Hartman, L. (red) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* s. 181–214. SNS Förlag.
- Arvidsson G, Jönsson, B (1997) *Politik och marknad i framtidens sjukvård*. SNS förlag. 1997.
- Attendos hemsida (2018) <https://www.attendo.se/om-attendo> hämtad 2018-06-04.
- Barr, B, Bembra, C, Whitehead, M, Duncan, W.H. (2014) The impact of NHS resource allocation policy on health inequalities in England 2001–11; Longitudinal ecological study. *BMJ – British Medical Journal* 348/2014.
- Beckman, A, Anell, A (2013) *Changes in health care utilization following a reform involving choice and privatization in Swedish primary care: a five year follow up of GP-visits*.
- Burström, B (2002) Increasing inequalities in health care utilization across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy* 62:117–129, 2002.
- Burström, B, Schultz, A, Burström, K m.fl. (2007) *Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län*. Rapport 2007:5 Centrum för folkhälsa, enheten för socialmedicin och hälsoekonomi.
- Carlsson, I (2014) *Lärdomar – personliga och politiska*. Norstedts förlag 2014.
- Crouch, C (2011) *Postdemokrati*. Bokförlaget Daidalos.
- Culyer, A.J. (1992) i Culyer A.J., Evans RG, Graf von den Shulenburg m.fl. (1992) *Svensk sjukvård – bäst i världen?* SNS Förlag. Stockholm 1992.
- Dagens Eko (2012)/Pontus Mattsson. Sveriges Radio P1 25/4 2012.
Dagens Medicin (2006:23)
Dagens Medicin (2008:37)
Dagens Nyheter 23/4 2014
Dagens Nyheter 12/11 2015

- Dagens Samhälle* (2012:19) Höginkomsttagarna tvivlar på privat vård.
nr 19/ 2012.
- Dagens Samhälle* (2015:17) Intervju publicerad av Janne Sundling. *Dagens Samhälle* nr 17/ 2015.
- Dagens Samhälle* (2015:36)
- Dagens Samhälle* (2015:39)
- Dagens Samhälle* (2017:25)
- Dagens Samhälle* (2017:38)
- Dahlgren, C, Brorson, H, Severius, S, Goude, F, Rehnberg, C (2013) *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm*.
- Dahlgren, G (1994) *Framtidens sjukvårdsmarknader – Vinnare och förlorare*. Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med Institutet för Framtidsstudier. Dahlgren, G (2010) Vård på lika villkor drivkrafter och motkrafter. *Socialmedicinsk Tidskrift* häfte 1: 2010.
- Dahlgren, G (2014 b) I *Utveckla vården- avveckla vinstintressen*. En skrift från Gemensam Välfärd. :Tolvnitton förlag AB.
- Dahlgren, G, Halldin, J, Landell, N (2017) *Anmälan till IVO angående digitala vårdgivare baserade i Jönköpings län*. 28 december 2017
- Devereaux, P.J., m.fl. (2002) A systematic review and meta analysis of studies comparing mortality rates of private for profit and private not for profit hospitals. *CMAJ*; 166(11)
- Devereaux, P.J., D. Heels-Ansdell, C. Lancchett m.fl.. (2004) Payments for care at private for profit and private nonprofit hospitals: a systematic review and meta analysis. *CMAJ* 170(12)
- Dixon, A, Robertsson, R Appleby, J, Burge, P, Devlin, N, Magee, H (2010) *Patient Choice – How patients choose and how providers respond*. London: The Kings Fund 2010.
- Doorslaer, E, Masseria, C, Koolman, X. (2006) for OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 174: 177–183, 2006.
- Einevik-Bäckstrand, K. (2001) *Myter och fakta om privat bedriven vård och omsorg i Sverige*. Stockholm: Privatvårdens arbetsgivarförbund.

- Elmbrant, B. *Hyperkapitalismen*. Bokförlaget Atlas. Ennart H, Mellgren F (2017) *Sjukt hus – globala miljardsvindlierer från Lesotho till Nya Karolinska*. Ordfront förlag.
- EU (2014) Direktiv /25/EU
- Falkenström, E, Höglund, A.T. (2017) *Etisk kompass i ledning och styrning av vården*. Slutrapport AFA Försäkring 2017. Stockholms Centrum för forskning om offentlig sektor (SCORE).
- Falkenström E, Höglund A.T. (2018) ”*På spaning efter etik. Etisk kompetens och ansvarstagande för ledning och styrning av hälso-och sjukvården.*” Appell Förlag.
- Fisher N.A. (2017) CNN 17/12 2017.
- Folkhälsomyndigheten (2016) *Allmän hälsa (självrapporterad) efter ekonomi, kön och ålder*.
- Gauffin K, Hogstedt, C, Östergren P-O (2018) *Klass och hälsa*. Klass i Sverige, rapport 18. Katalys – institut för facklig idéutveckling. Glesbygdsverket (2007). *Glesbygdsverkets årsbok 2007*. Östersund.
- Grönvall L (2009). Förslag vid hearing arrangerad av Gemensam Välfärd om Vårdval Stockholm. Detta förslag togs senare upp i Socialstyrelsens arbete för en jämlikare vård och hälsa.
- Hanratty, B, Zhang, T, Whitehead, M (2007) How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, Volume 37, Number 1, 2007.
- Hartman, L. (red.) (2011) *Konkurrensens konsekvenser – Vad händer med svensk välfärd?* SNS Förlag 2011.
- Hollingsworth, B (2008) The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics* 7/11 2008:1128.
- Häger Glenngård, A (2015) *Primärvården efter vårdvalsreformen. Valfrihet, kvalitet och produktivitet*. Stockholm: SNS förlag. Inspektionen för socialförsäkringen (2014) *Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna*, rapport 2014:17.

- Isaksson, D, Blomqvist, P, Winblad, U (2016) Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. *BMC Health Services Research* 2016 16:28 Uppsala.
- Janlöv, N (2010) *Measuring efficiency in the Swedish health care sector – Levels, trade-offs and determinants*. Department of Economics, Lund University.
- Jordbruksverket (2012) *Allt om landet – Allt om service och infrastruktur på landsbygden*. Ref: Jordbruksverket 170L1:3.
- Kashefi B (2017) i *Dagens Samhälle* nr 29:2017.
- King, M,L. (2015) <http://quoteinvestigator.com/2015/10/22/mlk-health/>
- Kishionoto, S, Petitjean, O (2017) *Reclaiming Public services*. Transnational Institute, Amsterdam och Paris.
- Kommerskollegiet (2011) *Kommerskollegiets riktlinjer för upphandling enligt LOV*. Rapport 2011:01.
- Kommissionen för jämlik vård – Slutrapport (2015) *Ojämlig vård – ett hot mot vår sjukvård* (Ordförande Illijan Batljan).
- Konkurrensverket (2014:2) *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*.
- Konkurrensverket (2015) *Hyrläkare i primärvården*. Rapport nr 2015:10.
- Landstingsförbundet (2000) *Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården*. Dnr Lf 924/00.
- Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting (2002), Revisionskontorets rapport *Fortsatt avtalsuppföljning: S:t Görans sjukhus* Revisionskontoret RK 200203-18.
- Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting (2014) *Förutsättningar för en sammanhållen nätverkssjukvård med många vårdaktörer*. Projekt rapport 9/2014.
- Lapidus, J (2018) *Vårdstölden – hur den privata välfärden tar från det gemensamma*. Leopard förlag i samarbete med Katalys – Institut för facklig idéutveckling.

- Lapidus, J (2015) *Social Democracy and the Swedish welfare model*. Doktorsavhandling, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, Gothenburg studies in economic history 13, Göteborg 2015.
- Lennskog, M (2016) *Svenska Dagbladet/SvD* 11/10 2016.
- Lindberg, I (2018). Auktoritär liberalism är inte lösningen. I Gustavsson, S. m.fl. *Vad krävs för att rädda demokratin?* Premiss Förlag 2018.
- Marmot Review (2010) *Fair society, healthy lives*. Executive summary.
- Melinder (2011) Skillnader i hälsotillstånd för olika grupper med hänsyn till inkomst. *Socialmedicinsk tidskrift* 2011 årgång 88 häfte 4.
- Mossialos E, Thomson, S (2003) Access to health care in the European Union. I Gulliford, M, Morgan, M (red.) *Access to health care*, London: Routledge.
- Myndigheten för vårdanalys (2012:1) *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?* Rapport 2012:1.
- Myndigheten för vårdanalys (2013: 1) *Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården*. Rapport 2013:1.
- Myndigheten för vårdanalys (2013:4) *Vad vill patienten veta för att välja?* Rapport 2013:4.
- Myndigheten för vårdanalys (2014) Remissvar på Riksrevisionens rapport 2014:22
- Myndigheten för vårdanalys (2015:6) *Vårdval och jämlik vård inom primärvården*. Stockholm 5/10 2015.
- Myndigheten för vårdanalys (2015:9) *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv*. Stockholm 25/11 2015.
- Myndigheten för vårdanalys (2016) PM 2016:5 *Vården ur ett befolkningsperspektiv 2016. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Rapport 2016:5.
- Myndigheten för vårdanalys (2017 a) *Primärvården i belysning* PM 2017:5.
- Myndigheten för vårdanalys (2017 b) *Lag utan genomslag – utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2.

- Myndigheten för vårdanalys (2017 c) *Primärvården i belysning*
PM 2017:5.
- Myndigheten för vårdanalys (2017) *En primär angelägenhet – kunskaps-
underlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. Rapport
2017:3.
- Nilsson M, Wingborg M. (2017) *En splittrad och marknadsstyrd vård
i Det moderata skyltfönstret*. Red. Bengtsson J. Premiss Förlag 2017.
- Novus (2012). Enkätundersökning utförd av Novus, beställd av LO och
redovisad i LO-rapport om vinster i välfärden. 24/9 2012.
- OECD (2012) *Health data 2012*.
- OECD (2013) *Reviews of Health Care Quality – Sweden*.
- Regeringens kommittédirektiv 2015:22 *Ett nytt regelverk för offentlig
finansiering av privat utförda välfärdstjänster* Beslut 5 mars 2015.
- Regeringens kommittédirektiv 2015:92 *Offentlighetsprincipen i offentligt
finansierad privat utförd vård och omsorg samt utbildning inom vissa
skol- och utbildningsformer*.
- Regeringens kommittédirektiv 2017:24 *Samordnad utveckling av god
och nära vård*.
- Regeringens kommittédirektiv 2017:128. Till utredningen *Ordning
och reda i vården*.
- Regeringens tilläggsdirektiv 2014:3 till Ägarprövningsutredningen
2012:11.
- Regeringens proposition 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso-
och sjukvården*.
- Regeringens proposition 2004/05:85 *Ny aktiebolagslag*.
- Regeringens proposition 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem*.
- Regeringens proposition 2008/09:74 *Vårdval i primärvården*.
- Regeringens proposition 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vård-
garanti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.
- Regeringens proposition 2016/17:167 *Driftsformer för universitetssjukhus*.

- Regeringens skrivelse 2014/15:72. *Skrivelse angående regeringens bedömning av Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan* (RiR 2014:22).
- Rehnberg, C, Janlöv, N, Kahn, J, Lundgren, J (2010) *Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter*. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi Rapport 2010:12.
- Riksrevisionen (2014:22) *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22).
- Rockhoff JD, Matthews, GM ”Pfizer settles federal bribery investigation”, *Wall Street Journal* 07-08-2012.
- Schlesinger, M., H. Gray (2005) *Why non-profits matter in American medicine: A policy brief*, Washington: The Aspen Institute.
- Socialstyrelsen (1973) *Hälso- och sjukvård inför 80-talet*.
- Socialstyrelsen (2003) *Bedömning av behovet av läkare och sjuksköterskor. Teoretiska grunder*.
- Socialstyrelsen (2011a) *Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. Delredovisning*.
- Socialstyrelsen (2011b) *Lägesrapport 2011 Hälsa- och sjukvård och socialtjänst*.
- Socialstyrelsen (2012) *Uppföljning och ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m.*
- Socialstyrelsen (2014). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård socialtjänst: Lägesrapport 2014*.
- Socialstyrelsen (2015) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015*. (korrigerad version 3/3 2015).
- Socialstyrelsen (2018) *Öppna jämförelser 2017 – En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*.
- Statens offentliga utredningar/SOU 1984:39. Huvudrapport: *Hälso- och sjukvård inför 90-talet*

- Statens offentliga utredningar/SOU 1999:66 *God Vård på lika villkor? Om statens styrning av hälso- och sjukvården.*
- Statens offentliga utredningar/SOU 2003:23 *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa. Stockholm mars 2003.*
- Statens offentliga utredningar/SOU 2008:962 *Lagen om vårdvalssystem inom primärvården.*
- Statens offentliga utredningar/SOU: 2015:7 *Krav på privata aktörer i välfärden. Slutbetänkande av Ågarprövningsutredningen.*
- Statens offentliga utredningar/SOU 2015:78 *Upphandling och villkor enligt kollektivavtal.*
- Statens offentliga utredningar/SOU 2016:51 *Delegationen för tillitsbaserad styrning av vården.*
- Statens offentliga utredningar/SOU 2016:62 *Ökad insyn i välfärden.*
- Statens offentliga utredningar/SOU 2016:78 *Ordning och reda i välfärden. Delbetänkande från Välfärdsutredningen.*
- Statens offentliga utredningar/SOU 2017:53. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild.*
- Statens offentliga utredningar/SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform.*
- Statens offentliga utredningar/SOU 2018:55. *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv. Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning.*
- Statskontoret (2012:15) *Lagen om valfrihetssystem. Hur påverkar den kostnader och effektivitet i kommunerna? Rapport nr 2012:15.*
- Statskontoret (2013) *En avreglerad apoteksmarknad. Rapport 2013:7.*
- Svensk författningssamling/SFS 2008:962 *Lag om valfrihetssystem.*
- Svensk författningssamling/SFS 2010:243 *Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen.*
- Svensk författningssamling/SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag.*
- Svensk författningssamling/SFS 2014:82 *Patientlagen.*

- Svensk författningssamling/SFS 2016:749 *Lag om särskilt skydd mot repressalier* för den arbetstagare som slår larm om allvarliga missförhållanden.
- Svenska Arbetsgivarförbundet (2001) *Företagarnas villkor*. Stockholm
- Svenska Privatläkarförbundet (2016) information om *Nationella taxan* på <https://www.slf.se> uppdaterad 2016-10-03.
- Svenska Dagbladet/SvD* 2/10 2011.
- Svenska Dagbladet/SvD* 22/11 2011.
- Svenskt Näringsliv (2014) *Värdföretagarbloggen* 13 november 2014.
- Sveriges Kommuner och Landsting/SKL (2005) *Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*.
- Sveriges Kommuner och landsting/SKL (2011b). *Erfarenheter av konkurrensutsättning – En forskningsöversikt* sammanställd av Ola Mattisson, Ekonomihögskolan, Lunds universitet.
- Sveriges Kommuner och Landsting/SKL (2011d) *Offentligt och privat driven verksamhet. Vilka legala skillnader finns?*
- Sveriges Kommuner och Landsting/SKL (2012) *Vårdval i primärvården – Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*.
- Sveriges Kommuner och Landsting/SKL (2012) *Förbättringar för uppföljning* 2012.
- Sveriges Kommuner och Landsting/SKL (2014) *Vårdbarometern 2013*.
- Sveriges Kommuner och Landsting/SKL (2015) *Vårdbarometern 2014*.
- Sveriges Kommuner och Landsting/SKL (2016) *Vårdbarometern 2015*.
- Sveriges Kommuner och Landsting/SKL (2017) *Hälsa- och sjukvårdsbarometern 2016*.
- Sveriges Kommuner och Landsting/SKL (2018a) *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*.
- Sveriges Kommuner och Landsting/SKL (2018b) *Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om personalmiljarder*. Meddelande från styrelsen nr 3/2018.
- Sveriges läkarförbund (2009) *Vårdvalsenkät* 2009.

- Synovate (2008) *Svenska folket om finansiering av välfärden*. Beställd av Sveriges Kommuner och Landsting.
- Tham, C (2002) *Konkurrenssamhällets dogmer* LO Idédebatt nr 14 2002.
- Uvell, M (2014) *Innerst inne: vad svenska folket egentligen tycker*. Timbro förlag.
- Vägerö, D (2011) En folkhälsopolitisk kardinalfråga: ökade sociala skillnader i dödlighet under fyra decennier. *Socialmedicinsk tidskrift* 2011, Årgång 88, Häfte 4.
- Vård – Tidning för Vårdförbundet* publicerad 1/3 2018.
- Västra Götalandsregionen (2014) Hälso- och sjukvårdsavdelningen; Vårdvalsenheten/Område uppföljning och analys. *VG primärvård i förhållande till Riksrevisionens rapport – Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?*
- Waltersson Y (2012). Borgerliga politiker vill begränsa vinst i välfärden. *Dagens Arena* 22/11 2012.
- Wikström, G. (2014) *Aftonbladet* 18/10 2014 <https://www.aftonbladet.se/debatt/VALFARD/ARTICLE 19714057.AB>
- Zaremba, M m.fl. *Patientens Pris*. Weyler Förlag 2013.
- Öhrstadius K. (2018) Fakta i frågan: Har vårdköerna vuxit? *DN* 6/3 2018.
- Östling, L, Rosengren, B (2018) Politikerna är vårdens stora problem. *Svenska Dagbladet/SvD Debatt* 21/4 2018.

Kortfattad presentation av författarens professionella bakgrund

Göran Dahlgren har under drygt 45 år arbetat med hälso- och sjukvårdspolitiska frågor på såväl lokal och nationell som internationell nivå.

I Sverige har han bland annat varit departementsråd och chef för Socialdepartementets sjukvårdsenhet samt huvudsekreterare respektive sakkunnig i flera långsiktiga hälso- och sjukvårdspolitiska utredningar. 2003 tilldelades Göran Dahlgren Nordiska rådets folkhälsopris. Han har bland annat skrivit den uppmärksammade boken *Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare* (Natur och Kultur 1994).

Dahlgren är för närvarande gästprofessor vid University of Liverpool. Han har haft internationella uppdrag bland annat som policyrådgivare vid hälsoministeriet i Kenya respektive Vietnam samt inom Världshälsoorganisationen WHO. Dahlgren har erhållit flera internationella utmärkelser, bland annat från The Economic and Social Research Council i England (2015).