

Jämlik vård – en handlingsplan

Jämlik vård – en handlingsplan

Göran Dahlgren & Lisa Pelling

Illustrationer: Robert Nyberg

P R E M I S S

Bättre och mer jämlik vård – en handlingsplan

© Göran Dahlgren, Lisa Pelling & Premiss förlag 2020

Illustrationer omslag och inlaga: Robert Nyberg

Grafisk form: Conny Lindström

www.premissforlag.se

Premiss förlag är en del av Arenagruppen

Arena Idé och Nätverket för Gemensam Valfärd

Innehåll

Marknadsliberalismens tidevarv — 7

Syftet med denna skrift — 11

Vårdens mål och etiska principer — 13

 Hälso- och sjukvårdslagen — 13

 Vårdens etiska plattform — 14

Utvecklingen inom den öppna vården är bakvänd — 19

 Myndigheters och forskares utvärderingar av systemskiftet — 20

Vägen framåt – tio förslag för en bättre och mer jämlik vård — 29

1 Avveckla företagens etableringsfrihet – inför etableringskontroll — 30

2 Avveckla LOV i primärvården – utveckla den icke vinstdrivna vården — 37

3 Avveckla LOV i den öppna specialistsjukvården – upphandla enligt LOU — 47

4 Avveckla skattefinansierade ”nätläkare” – utveckla integrerad digital vård — 50

5 Avveckla startlagen för privatisering av sjukhus – inför en stopplag — 55

6 Avveckla vårdens marknadsstyrning – utveckla den behovsstyrda vården — 57

7 Förstärk försvaret för en ökad offentlig finansiering av vården — 69

8 Särskilj offentligt och privat finansierad vård — 76

9 Utveckla primärvården speciellt i underförsörjda områden — 81

10 Skärp hälso- och sjukvårdslagen — 91

Coronapandemins vårdpolitiska effekter — 95

En avslutande kommentar — 103

Referenser — 105

Marknadsliberalismens tidevarv

I början av 1990-talet öppnades den svenska skattefinansierade välfärdssektorn – sjukvård, skola och omsorg – för privata vinstdrivna företag. Inom hälso- och sjukvården sker denna utveckling mot en alltmer privatiserad drift och finansiering successivt där det ena steget möjliggör nästa steg. När konkurrens införs mellan vårdgivarna öppnar det för privata vårdföretag som i sin tur öppnar för privat finansiering genom olika typer av privata sjukvårdsförsäkringar. Göran Dahlgren förutsåg och tydliggjorde denna privatiseringsprocess i boken *Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare* (utgiven av Natur och Kultur 1994).

Denna ökade marknadsisering av vården innebär, som Peter Hultqvist skriver i sin bok *Hundra procent socialdemokrati*, att det blir ”svårare att hävda medborgarintressen som handlar om

exempelvis jämlik och rättvis fördelning. Men det blir också i förlängningen svårare att genom politiska beslut driva igenom förändringar som utmanar privata intressen” (Hultqvist 2020, sid. 66).

Den offentligt drivna vården drivs samtidigt i allt högre grad efter företagsekonomiska principer enligt den så kallade new public management-filosofin. Offentliga vårdcentraler och specialistmottagningar förväntas nu finansiera sin verksamhet genom att sälja sin vård på en konkurrensutsatt marknad. Lönsamhet blir därmed allt viktigare även inom den offentligt drivna vården.

**”Marknaden garanterar frihet
från jämlikhet och broderskap.”**

Gubbstruten

Krav på lönsamhet har således spritt sig som ett virus i alla delar av den öppna skattefinansierade vården. Detta trots att lönsamhet aldrig angivits som ett villkor eller mål för den skattefinansierade vården. Tvärtom är just ett huvudsyfte med en

skattefinansierad vård att den inte ska styras av vinstintressen och lönsamhetskrav.

Ur ett vårdpolitiskt och professionellt perspektiv innebär detta systemskifte en radikal synvända. När lönsamhet blir en styråra inom vården blir ”i tysthet” vissa områden och patientgrupper lönsamma medan andra klassas som olönsamma. Vårdpersonalen måste tänka på olika insatsers lönsamhet och ”räkna pinnar” för att säkerställa tillräckliga intäkter.

För medborgarna och den enskilde patienten handlar det dock inte om en synvända utan snarare om en ”bindel för ögonen”. Gemene man vet ju inte om hen är lönsam eller inte på den nya vårdmarknaden. Man kan inte heller få reda på sin lönsamhet genom att kontakta ansvariga politiker, läkare eller ringa 1177. Officiellt gäller att all offentligt finansierad vård ges utifrån behov och på lika villkor för hela befolkningen. I verkligheten upplever hälften av befolkningen att vården inte ges på lika villkor, enligt Socialstyrelsens rapport *Öppna jämförelser 2020*.

Syftet med den här skriften

I denna skrift presenteras en vårdpolitisk handlingsplan för en bättre och mer jämlik vård. Det är en långsiktig strategi för vidareutvecklingen av en behovs- och icke vinststyrd vård. Ofta saknas denna typ av strategier. I de tre regioner som Socialstyrelsen nyligen studerat var det bara omkring 20 procent av vårdcentralerna som hade någon form av handlingsplan för jämlik och jämställd vård (Socialstyrelsen 2020).

Det är vår förhoppning att de fakta om utvecklingen under den senaste tioårsperioden som redovisas och de tio förslag som presenteras kan ge inspiration och stöd till några av de många politiker, vårdanställda, frivilligorganisationer, fackligt aktiva och medborgare som i dag kämpar för en bättre och mer jämlik vård. Vi hoppas också att denna handlingsplan ska bidra till en ökad kunskap och bredare debatt om dagens och morgon-

dagens vårdpolitik inom olika studieförbund, pensionärsföreningar och politiska föreningar.

De fakta och erfarenheter som redovisas är främst hämtade ur rapporter och analyser från myndigheter som Socialstyrelsen, Riksrevisionen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) och Konkurrensverket. Dessa rapporter har kompletterats med analyser av fristående forskare och erfarenheter från professionella grupper verksamma inom vården.

Denna skrift är en uppdaterad kortversion av Göran Dahlgrens bok *När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ*, utgiven på Premiss förlag 2018.

Vårdens mål och etiska principer

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN

Vid vår bedömning av vilka effekter av de senaste årens utveckling som beskrivs som positiva respektive negativa utgår vi från hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om ”en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen” och att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (HSL 3 kap. 1 §).

Förutsättningarna att löpande belysa sociala skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet är fortfarande mycket begränsade bland annat på grund av att det saknas socialt relaterade vårddata. Det finns en märklig diskrepans mellan hur starkt såväl politiska som professionella grupper betonar betydelsen av en jämlik vård och hur sällan dessa grupper efterlyser data som gör det möjligt att belysa just dessa skillnader. Myn-

digheten för vårdanalys har dock i flera rapporter påtalat att det finns en brist på kvalificerade jämlikhetsanalyser i uppföljningen av hälso- och sjukvården. (Se till exempel Vårdanalys rapport 2019:8.)

**”Av alla former av ojämlikhet
är ojämlik sjukvård den mest upprörande
och inhumana.”**

Martin Luther King Jr

VÅRDENS ETISKA PLATTFORM

För att förtydliga och förstärka hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål och riktlinjer har riksdagen fastställt en etisk plattform för prioriteringar i hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60). De två överordnade etiska principerna för all offentligt finansierad sjukvård gäller oberoende av om den drivs i offentlig eller privat regi:


Människovärdesprincipen som slår fast att alla människor är lika mycket värda och har rätt till vård oavsett ålder, kön, utbildning, social eller ekonomisk ställning. Motsatsen till

denna princip är när medborgarnas lika människovärde överflyglas av deras ojämnt fördelade marknadsvärde. Varje bedömning som utgår från att en grupp eller enskild patient är lönsam respektive olönsam är därför inom vårt skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystem djupt oetisk.

Behovs- och solidaritetsprincipen som anger att ”hälso- och sjukvårdens resurser bör fördelas efter behov. Om prioriteringar måste ske bör mer av vårdens resurser gå till de mest behövande med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.” Denna princip ”innebär också en strävan efter att utfallet av vården ska bli så likvärdigt som möjligt” (citat ur prop. 1996/97:60, s. 18). Motsatsen till denna behovs- och solidaritetsprincip är när vården styrs av det som vårdgivarna anser är mest lönsamt.

Både människovärdes- och behovs- och solidaritetsprincipen har lagfästs i hälso- och sjukvårdslagen (3 kap. 1 §). Statens medicinsk-etiska råd (SMER) har i en nyligen publicerad rapport (2019:2) betonat vikten av att dessa etiska principer som ”utgör grunden för den svenska hälso- och sjukvårdens uppdrag” även ska beaktas vid politiska beslut om styrmedel inom sjukvården.

Tyvärr präglas inte dagens systemskifte av dessa övergripande mål och etiska principer. Det måste därför, som utredaren Anna Nergårdh argumenterar i utredningen *God och nära vård*,



SOM VÅRDPOLITIKER
ÄR DET VÄL ÄNDÅ
BRA ATT HA EN ETISK
KOMPASS?

BEHÖVS JU
INTE NÄR JAG
HAR VINST-
MAXIMERING
SOM STYRÅRA!

”bli tydligare för invånarna på vilka grunder vi prioriterar våra begränsade resurser” (SOU 2020:19, sidan 384).

Utifrån HSL:s och den etiska plattformens värdegrund bedömer vi dels utvecklingen under det senaste årtiondets marknadsorienterade vårdpolitik, dels föreslår vi en handlingsplan med tio konkreta policyförslag för en bättre och mer jämlik vård.

Utvecklingen inom den öppna vården är bakvänd

”Framtiden blir dag för dag alltmer avlägsen.”

Tikkanens gubbar

Dagens dubbla systemskifte inom den offentligt finansierade vården leder till en bakvänd utveckling, där hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen blir alltmer avlägset.

MYNDIGHETERS OCH FORSKARES UTVÄRDERINGAR AV SYSTEMSKIFTET

De viktigaste effekterna av det pågående systemskiftet med så kallade vårdvalssystem och etableringsfrihet inom den öppna vården är att:

– *Primärvården har utökats med drygt 250 nya offentligt finansierade privata vinstdrivna vårdcentraler.* De positiva effekterna av denna förstärkning av primärvården motverkas av den marknadsstyrda fördelningen av denna offentligt finansierade vård. Primärvården har enligt flertalet studier blivit allt mer ojämlig.

– *De med små vårdbehov gynnas snarare än de med större vårdbehov.* Personer med små ”lönsamma” vårdbehov har under den senaste tioårsperioden vanligen ökat sitt vårdutnyttjande mycket mer än de som har stora ”olönsamma” vårdbehov. Svårt sjuka upplever också att de har sämre tillgänglighet till vården än andra patienter. Detta strider mot hälso- och sjukvårdslagen. Den föreskriver att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (HSL 3 kap. 1 §).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har identifierat vården till personer som behöver ett multidisciplinärt omhändertagande som ett nationellt riskområde som ska prioriteras i tillsynsarbetet. (Referenser: Vårdanalys rapporter 2013:1, 2015:1, 2015:9, 2020:3. Riksrevisionens rapport 2014:22. SOU 2020:19.)

Vårdval Sverige

VI HAR
VALT GRUPPEN
RIKA OCH FRISKA
PATIENTER!

VI
OCKSÅ!!!



– *Skillnaderna i den öppna vårdens tillgänglighet ökar mellan stad och landsbygd.* De som redan bor nära en vårdcentral och specialistmottagningar har fått ytterligare vårdgivare i sin närmiljö. De som bor långt från en vårdcentral har däremot inte fått någon förbättring eller tvärtom fått ännu längre till närmaste vårdcentral. Denna utveckling strider mot HSL:s övergripande mål om en god behovsbaserad vård ”på lika villkor för hela befolkningen” (3 kap. 1 §) samt kravet att ”Landstinget ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att den ges nära befolkningen” (7 kap. 2a §). (Referenser: Vårdanalys rapport 2012:1, Konkurrensverket rapport 2012:1 och 2014:2, Riksrevisionens rapport 2014:22, SOU 2020:19.)

– *Skillnaderna i tillgång till god vård ökar mellan städernas hög- och låginkomstområden.* Flertalet nya vårdcentraler har etablerats i storstadsregionernas mer välbärgade delar trots att behovet av en förstärkt primär- respektive specialistvård är mycket större i städernas låginkomstområden. Denna resursfördelning strider mot HSL:s krav att ”landstingen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård” (7 kap. 2§). (Referenser: Riksrevisionen rapport 2014:22, Agerholm 2016.)

– *Höginkomsttagare snarare än låginkomsttagare gynnas av dagens marknadsorienterade reformer.* Vårdutnyttjandet har sedan vårdval infördes ökat mer bland personer med hög

inkomst än bland dem med lägre inkomst. Detta strider mot HSL:s krav på en ”god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen” (3 kap. 1 §). (Referenser: Dahlgren C m.fl., (2013), Beckman m.fl. (2013), Vårdanalys rapport 2013:1, Riksrevisionen rapport 2014:22, SOU 2018:55.)

– *Ökad privat drift av skattefinansierad vård ökar möjligheterna att köpa sig förbi – få en ”gräddfil” – till privat drivna offentligt finansierade vårdgivare.* Privata vårdgivare vars verksamhet i huvudsak är offentligt finansierad kan – i motsats till offentliga vårdgivare – ge förtur till patienter med en privat sjukvårdsförsäkring. Det innebär att de offentligt finansierade patienterna vanligen får vänta längre på den vård de behöver. Det kan även innebära att i huvudsak offentligt finansierade privata vårdgivare kan ge förtur till privatfinansierade försäkringspatienter med mindre vårdbehov i stället för att prioritera skattefinansierade patienter med större vårdbehov. Dessa ”gräddfiler” strider både mot HSL:s krav på en behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen och mot kravet att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (HSL 3 kap. 1 §). (Referens: Vårdanalys rapport 2020:3.)

– *Primärvårdens upplevda kvalitet har inte förbättrats genom ökad privat drift.* De skillnader till fördel för privat drivna vårdcentraler som redovisas i till exempel Svenskt kvalitetsindex beror inte på att de drivs i privat regi. De beror på att privata

vårdgivare – till skillnad från offentliga – främst är lokaliserade i områden med ett relativt större vårdutbud och med mindre vårdbehov. När man tar hänsyn till dessa skillnader i var vårdcentralerna är etablerade finns inga generella skillnader i vårdkvalitet mellan privat och offentligt drivna vårdcentraler. (Referens: Vårdanalys rapport 2012:1.)

– *Vårdens kontinuitet har försämrats.* Andelen med fast läkare är mycket låg i Sverige och har dessutom minskat från från 55 procent (2013) till 42 procent (2016). Motsvarande andel med fast läkarkontakt i länder som Norge, Nederländerna, Tyskland, Frankrike och Storbritannien låg under samma tidsperiod på mellan 80 och 90 procent (Vårdanalys 2016:5, s. 45).

– *Väntetiderna har blivit längre.* Det har blivit svårare att få tider hos sin husläkare under den senaste tioårsperioden. De med kort utbildning väntar i genomsnitt längre än de med högre utbildning. Väntetiderna till specialistvård är med några undantag fortsatt mycket långa.

SYSTEMSKIFTET INOM VÅRDEN PRÄGLAS AV ETT SVAGT OCH MINSKAT FÖRTROENDE

– *Förtroendet för hälso- och sjukvården minskar.* I början av 1990-talet hade enligt den nationella SOM-undersökningen 80 procent av befolkningen ett ganska eller mycket stort förtroende för vården. Motsvarande andel 2017 var 65 procent (Vårdanalys 2018:4, s. 55). En tydlig minskning av förtroendet för vården har också skett under de senaste tio åren. Myndig-

heten för vårdanalys (PM 2016:5) konstaterar att ”andelen som tycker att sjukvårdssystemet fungerar bra har minskat avsevärt sedan 2010”. Även enligt SKR:s hälso- och sjukvårdsbarometer minskade medborgarnas förtroende för sjukvården i sin helhet mellan 2010 och 2017, från 65 till 61 procent. (Vårdanalys 2018:4, s. 57).

Det finns följande stora skillnader i förtroende utifrån olika perspektiv på sjukvården:

– *Förtroendet för sjukhusvården är större än för primärvården.* Andelen av befolkningen som har stort förtroende för sjukhusvården var 70 procent 2017 jämfört med 60 procent för vårdcentralerna (Vårdanalys rapport 2018:4, s. 57).

– *De som uppger att de har en dålig hälsa har ett lägre förtroende för vården än de som ett bra eller ganska bra hälsotillstånd.* Bland de relativt friska har 75 procent ett stort eller ganska stort förtroende för vården jämfört med 40 procent bland de som har upplevd dålig hälsa (SKR 2019).

– *En hög andel privata vårdgivare ökar inte invånarnas förtroende för vården.* Det i jämförelse med sjukhusvården låga förtroendet för vårdcentralerna har ökat något mellan 2010 och 2012 men har därefter successivt minskat något fram till 2017 (Vårdanalys 2018:4, s. 57).

– *Hög- och medelinkomsttagare har ett större förtroende för vårdens kvalitet än låginkomsttagare.* Andelen hög- och medelinkomsttagare som litar på vården i deras närområde var (2016)

58 procent jämfört med 47 procent bland låginkomsttagare enligt SKR:s Hälso- och sjukvårdsbarometer (Dagens Samhälle nr 7 2016).

– Befolkningens förtroende för vårdpersonalen är enligt en mindre panelstudie mycket högt (93 procent), men betydligt lägre för vårdsystemet (53 procent) och mycket lågt för politikerna (16 procent). Förtroendet för landstingspolitiker är mindre än för politiker på kommunal respektive nationell nivå. Resultaten från denna begränsade panelstudie ”stöds av det generella mönster som framkommer av andra studier och förtroendemätningar” (Vårdanalys 2018:4, s. 62–64).

– *Läkarna har blivit mindre positiva till hälso- och sjukvårdssystemet.* Andelen läkare som anser att hälso- och sjukvårdssystemet på det stora hela fungerar bra minskade från drygt 40 procent (2012) till 20 procent (2015). ”Knappt en av fem läkare i primärvården anser att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra och andelen har halverats på tre år” (Vårdanalys rapport 2015:9, s. 14).

Det minskade förtroendet för vården är allvarligt. ”Om vi inte lyckas återvinna det förtroendet kan detta i förlängningen komma att riskera medborgarnas förtroende för vår offentligt finansierade välfärdsstat” (SOU 2020:19, s. 384).

VÅRDENS SYSTEMSKIFTE



SYSTEMSKIFTET GYNNAR KOMMERSIELLA INTRESSEN OCH RESURSSTARKA PATIENTER MED SMÅ VÅRDBEHOV

Det finns många olika orsaker till denna mycket oroande utveckling inom den skattefinansierade öppna vården som strider mot såväl angivna mål som hälso- och sjukvårdslagens intentioner och etiska principer. De utvärderingar som gjorts av det senaste årtiondets marknadsorienterade reformer visar att denna enspåriga privatiseringspolitik i hög grad bidragit till denna negativa utveckling.

Denna bakåtvända utveckling är ett uttryck för en politisk vilja som främst önskar gynna de redan gynnade. En enkel intressentanalys visar – som belysts ovan – att dagens marknadsorienterade systemskifte främst gynnar kommersiella intressenter och personer med högre utbildning/lön som bor i urbana områden och som har relativt små vårdbehov. Omvänt innebär denna vårdpolitik att de sociala och geografiska skillnaderna ökar vilket missgynnar låginkomstgrupper med stora vårdbehov som bor i underförsörjda urbana områden eller i glesbygdsregioner.

Det krävs nu ”en skärpt nationell styrning för att åstadkomma en kunskapsbaserad och jämlik vård” (SOU 2017:48, s. 18).

Vägen framåt

– tio förslag för en bättre och mer jämlik vård

De vårdpolitiska handlingsplaner som redovisas i detta avsnitt bör ses som en del av en långsiktig strategi för att successivt avveckla den marknadsstyrda vården och vidareutveckla en behovsstyrd vård.

Vårt bidrag till att främja denna utveckling är följande tio strategiska vårdpolitiska förslag som bidrar till en bättre och mer jämlik hälsa genom att:

- avveckla vinstintressen och utveckla en behovsstyrd vård (förslag 1, 2, 3, 4, 5, 6)
- främja en fortsatt ökad offentlig finansiering av vården och bryta sambandet mellan privat drift och privat finansiering (förslag 7 och 8)

- utveckla primärvården speciellt i underförsörjda landsbygds- och glesbygdsregioner samt i urbana låginkomstområden (förslag 9)
- skärpa hälso- och sjukvårdslagen (förslag 10).

**”För att komma till källan
måste man simma mot strömmen.”**

Stanislaw Jerzy Lec

FÖRSLAG 1: AVVECKLA FÖRETAGENS ETABLERINGSFRIHET – INFÖR ETABLERINGSKONTROLL

Bakgrund:

Etableringsfrihet infördes 2010 som en del av vårdvalsreformen inom primärvården och den öppna specialistsjukvården. Den innebär att offentligt finansierad vård vid privat drift kan lokaliseras där det är lönsammast, oberoende av befolkningens vårdbehov i olika områden. Vårdföretagens krav på optimal vinst överordnas befolkningens vårdbehov. Ansvariga vårdpolitiker kan inte styra lokaliseringen av den vård de finansierar med skattemedel. Detta strider mot gällande hälso- och sjukvårdslag som slår fast att den offentligt finansierade hälso- och

sjukvården ska planeras ”med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård” (HSL 7 kap. 2 §).

En inte alltför djärv gissning är att en stor majoritet inom befolkningen också anser att placeringen av den vård de finansierar via skatter bör styras av befolkningens behov av vård och inte av vårdföretagens lönsamhetsbedömningar.

En majoritet i riksdagen bestående av de borgerliga partierna och Sverigedemokraterna anser trots detta att företagens vinstmöjligheter bör överordnas befolkningens behov av vård vid lokalisering av skattefinansierad vård.

Effekter:

De viktigaste effekterna av företagens etableringsfrihet inom den öppna skattefinansierade vården är att:

Skillnaderna i vårdutbud och vårdutnyttjande har ökat mellan stad och landsbygd

De geografiska skillnaderna i vårdens tillgänglighet ökar:

– Nästan alla (88 procent) av de nya vårdcentraler som etablerades under vårdvalsreformens första år lokaliserades i urbana och andra områden med ett redan bra serviceutbud. De som innan etableringsfriheten infördes bodde nära en vårdcentral fick nu ytterligare en vårdcentral i sitt närområde. Det fåtal som väljer att byta vårdcentral inom detta närområde kan då

vinna 2–3 minuter i restid med bil (Vårdanalys 2012:1, Konkurrensverket 2012:1).

– Personer som bor i en storstadskommun får mer vård än befolkningen i övrigt vid behandling av bland annat stroke, diabetes, MS och Parkinsons sjukdom (Socialstyrelsen 2020).

– Många som bor mycket långt från en vårdcentral fick samtidigt ännu längre till närmaste vårdcentral. Enligt Riksrevisionens granskning av vårdvalsreformen (2014) fick 196 områden med sammanlagt 260 000 invånare ännu längre till närmaste vårdcentral. Försämringen av vårdens tillgänglighet har främst skett i områden där befolkningen har låg inkomst och stora vårdbehov (Riksrevisionen 2014:22).

Kompetensförsörjningen i landsbygd/glesbygd har försvårats.

Genom dagens relativa överetablering av vårdcentraler och specialistmottagningar i attraktiva storstadsområden blir det ännu svårare att rekrytera läkare och annan kvalificerad personal till underförsörjda landsbygdsområden. Detta ökar samtidigt behovet av hyrläkare i dessa områden. Detta begränsar vårdens kontinuitet och ökar kraftigt dess kostnader i underförsörjda landsbygdsområden. Samtidigt är specialistmottagningarna extremt ojämnt fördelade över landet med en stark koncentration till storstädernas centrala och mer välbärgade områden. Utredningen ”Bra och nära vård” betonar också att

vården i dag är ”ojämnt fördelad över landet med en opropor­tionell stor tillgång i storstäder och en låg tillgång i glest befol­kade områden där det finns stora behov som inte möts” (SOU 2020:19, s. 332).

Dessa geografiska skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet återspeglas i de skillnader i förtroende för vården som finns i olika delar av Sverige. Det högsta förtroendet fanns enligt SKR:s hälso- och sjukvårdsrapport 2019 *Vården i siffror* i Jönköping, Kalmar och Halland medan det lägsta förtroendet registrerades i Norrbotten, Västernorrland och Gävleborg.

”Vårt parti står helt bakom glesbygdsbornas krav på en bättre och mer tillgänglig primärvård – men givetvis bara om det är lönsamt för vårdföretagen.”

GD

Urbana låginkomstområden missgynnas

Under lång tid har det funnits en mycket ojämlik fördelning av vårdcentraler och specialistmottagningar mellan städernas hög- och låginkomstområden. Utgår man från de mycket större vårdbehoven i låginkomstområden borde det finnas många fler

vårdcentraler/primärvårdsläkare i dessa områden per 10 000 invånare jämfört med höginkomstområden. Sjukdomsördan är till exempel tre till fyra gånger högre i socialt utsatta förortsområden som norra Botkyrka och Rinkeby i Stockholm jämfört med höginkomstområden som Östermalm. I verkligheten finns det tvärtom fler läkare per 10 000 invånare i storstädernas hög- än i deras låginkomstområden.

Företagens etableringsfrihet har ytterligare ökat dessa skillnader mellan urbana hög- och låginkomstområden. ”Marknadskrafterna leder till ett svagt utbud i områden där behoven av hälso- och sjukvård är stora” (SOU 2019:42, sid. 207). En rad utvärderingar har belyst dessa ökande skillnader i möjlighet till god vård:

– ”Nya vårdcentraler har i större utsträckning etablerats i områden där vårdbehoven är lägre och invånarna är socioekonomiskt starkare än genomsnittet” (Riksrevisionens rapport 2014:22, se även SOU 2017:56).

– Vid en analys av tre landsting konstaterades att det knappast fanns något samband mellan behovet av en förstärkt primärvård och lokaliseringen av nya vårdcentraler sedan lagen om obligatoriska vårdvalssystem trädde i kraft 2010. Däremot fanns ett starkt samband mellan antalet nya vårdcentraler och områden med en hög medelinkomst (Riksrevisionen 2014:22).



DET LÖNAR SIG
VISST DÄLIGT MED
VÅRD-CENTRALER I VÅRT
FÖRKORTSOMRÅDE MED SÅ
STORA VÅRD-BEHOV...

JA, VI ÄR
JU MARKNADS-
KRAFTLÖSA!

I Stockholms läns landsting förstärktes etableringsfrihetens segerregerande effekter av att den borgerliga majoriteten i landstinget samtidigt med att vårdval infördes tog bort de extra resurser som tidigare utgått till vårdcentraler i socialt utsatta områden.

Samtidigt har inom Vårdval Stockholm varje år förts hundratals miljoner kronor från låg- och medelinkomstområden till höginkomstområden (se utvärderingar av Vårdval Stockholm av Rehnberg m.fl. 2010 och Dahlgren m.fl. 2013).

Det finns också studier som visar att de privata vårdföretagen undviker att lokalisera sin offentligt finansierade verksamhet i områden med en hög andel äldre eller ensamstående föräldrar (Isaksson m.fl. 2015)

Handlingsplan:

Återinför en etableringskontroll som möjliggör att offentligt finansierade vårdcentraler i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens krav kan lokaliseras där de bäst behövs.

Sverige är i dag det enda landet i Västeuropa med en skattefinansierad vård som inte har etableringskontroll inom den öppna vården. Svenska privata vårdcentraler har ”större frihetsgrader än i andra länder när det gäller var man kan etablera sin verksamhet” (Vårdanalys PM 2017:1, s. 8).

FÖRSLAG 2: AVVECKLA LOV I PRIMÄRVÅRDEN – UTVECKLA DEN ICKE VINSTDRIVNA VÅRDEN

Bakgrund:

Lagen om vårdvalssystem (LOV) som trädde i kraft 2010 är en av de mest genomgripande reformer som genomförts inom den öppna vården sedan sjukvårdsreformen i början av 1970-talet. LOV innebär att alla kommersiella vårdgivare som uppfyller vissa krav erhåller en prioriterad icke tidsbunden – evig – offentlig finansiering av sin verksamhet. Priskonkurrensen mellan vårdgivarna ersätts med en kvalitetskonkurrens som i praktiken är mycket begränsad eftersom det vanligen saknas uppgifter om vårdens medicinska kvalitet inom den öppna vården. Det är dessutom osannolikt att medborgarnas val av fast läkare någonsin kommer att kunna baseras på kvalitetsbedömningar av enskilda läkare. Kvalitetskonkurrensen begränsas ytterligare av att nästan alla väljer den vårdcentral som ligger närmast bostaden och därefter sällan byter vårdcentral annat än när man flyttar till ett nytt område.

Inom primärvården måste alla regioner tillämpa LOV oberoende av om ansvariga politiker på regional nivå önskar det eller inte. Det innebär att privata vårdföretag alltid får förtur framför offentligt driven vård vid en utbyggnad av primärvården.

Kopplat till den etableringsfrihet som anses vara en del av vårdvalssystemet innebär det i praktiken att den offentligt finansierade privat drivna vården förstärks i lönsamma urbana områden samtidigt som möjligheterna minskar att förstärka den offentligt drivna vården där behoven är störst.

”Men folk gillar ju inte en tvingande privatiseringslag.”
”Inget problem när vi istället kallar den
lagen om vårdvalssystem .”

GD

Det finns även skäl betona att lagen om valfrihetssystem – namnet till trots– inte påverkar rätten att välja vårdgivare. Ett fritt val av vårdgivare har funnits sedan slutet på 1990-talet och denna rätt att välja vårdgivare är oförändrat stor före som efter införandet av vårdvalssystem. I dagens språkbruk innebär ökad valfrihet alltid ökad offentlig finansiering av privat vinstdriven vård. Ett ökat utbud av offentligt finansierad vård anses där-
emot inte öka valfriheten. Optimal valfrihet finns med detta språkbruk om all skattefinansierad vård drivs i privat regi. Med detta Orwellska nyspråk blir ”ökad valfrihet” detsamma som ”fler skattefinansierade privata vårdgivare”. I stället för ”ökad

privatisering” som många är emot kan man då tala om ”ökad valfrihet” som nästan alla uppskattar. Dessutom kan man hävda att de som är emot en ”vinstdriven privatisering av den skattefinansierade vården” är emot ”valfrihet i vården”. Ur ett kommersiellt perspektiv är det givetvis smart att tala om ökad valfrihet i stället för ökad privatisering.

Ur ett vårdpolitiskt perspektiv är det däremot viktigt att särskilja ”rätten att välja vårdgivare” från ”krav på ökad skattefinansierad privat vinstdriven vård”. Då kan man först konstatera att rätten att välja vårdgivare är en viktig kvalitet i ett skattefinansierat vårdssystem. Den avgörande frågan är sedan om detta fria vårdval ska finnas i ett behovs- eller vinst- och lönsamhetsstyrt vårdssystem. Om man sätter likhetstecken mellan valfrihet och vinstdriven privatisering har man utan debatt utgått från att rätten att välja endast finns i ett vinststyrt vårdssystem. Det är därför viktigt att betona att det fria vårdvalet i lika hög grad kan finnas i behovsstyrda vårdssystem. Valet av system och driftsform sker genom politiska val, inte genom medborgarnas val av vårdgivare. Utifrån detta vårdpolitiska synsätt vore ett mer rättvisande namn för ”lagen om vårdvalssystem” ”lagen för ökad skattefinansiering av privat vinstdriven vård”.

Lagen om valfrihetssystem är en unik svensk form för att säkerställa en ökad skattefinansierad finansiering av privat vinstdriven vård. En liknande lagstiftning för ökad skattefinan-

sierad privatisering torde inte finnas i något annat skattefinansierat vårdssystem i Europa.

Trots att varken internationella eller svenska erfarenheter fanns infördes denna omfattande reform inom den öppna vården nästan utan några analyser av sannolika effekter ur ett patient- och befolkningsperspektiv. LOV är en i hög grad kommersiellt och ideologiskt driven reform varför det är extra viktigt att analysera dess effekter ur ett patient- och befolkningsperspektiv.

Effekter:

De viktigaste vårdpolitiska effekterna av dagens tvångs-LOV inom primärvården är:

– *Ett ökat utbud av offentligt finansierade privata vinstdrivna vårdcentraler.* De positiva effekterna av denna förstärkning av primärvården har emellertid begränsats genom att företagets etableringsfrihet leder till att dessa nya offentligt finansierade vårdcentraler vanligen inte lokaliseras där behovet av en förstärkt primärvård är störst. (Se förslag 1.)

– *Krav på vinst blir en ”styråra” för den offentligt finansierade vård som drivs av privata vårdföretag.* Detta är helt i enlighet med aktiebolagslagens krav att optimal vinst för vårdföretagens ägare alltid ska vara ett överordnat mål. ”Lönsamma” patienter och insatser gynnas, ”olönsamma” missgynnas.

Vad som är tillräckligt lönsamt avgörs dels av ägarnas bedömning av vinstutsikter inom olika verksamhetsområden, dels av ersättningsens storlek till vårdgivarna. Införandet av vårdval förstärker i hög grad vinstens betydelse för prioriteringarna inom den offentligt finansierade vården.

Patienter med små snarare än med stora vårdbehov gynnas trots att det strider mot hälso- och sjukvårdens krav att ”att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges förtur i vården” (HSL kap. 3 1 §). Detta är en av de allvarligaste negativa effekterna av det pågående vinst- och lönsamhetsdrivna systemskiftet. Aktuella rapporter visar bland annat:

- att vårdkonsumtionen (besök hos läkare) ökat mer bland befolkningen i allmänhet och mindre bland grupper med stora vårdbehov (Vårdanalys 2013:1, Glenngård 2015 och Anell 2015).

- att vårdvalet främst gynnat de med små vårdbehov när det gäller konsumtion av vård (SOU 2019:42, Vårdanalys PM 2017:1 och rapport 2015:6).

- att vårdresurser omfördelas från personer med stora och komplexa vårdbehov till personer med enkla besvär som ofta inte hade behövt bedömas av läkare. (Se bl.a. Vårdanalys remissvar på SOU 2019:42.)

- att personer med mindre vårdbehov som har en privat sjukvårdsförsäkring kan få förtur – en gräddfil – till i huvudsak skattefinansierade vårdcentraler när de drivs i privat regi.

(Vårdanalys 2020:3). Vid offentlig drift kan man inte köpa sig förtur genom en privat sjukvårdsförsäkring. (Se vidare förslag 8 nedan.)

I Stockholms län har man däremot i utvärderingar av Vårdval Stockholm 2010 och 2013 registrerat att antalet besök ökat mer hos dem med stora behov (Rehnberg m.fl. 2010 respektive Dahlgren m.fl. 2013). Detta är förvånande eftersom man i Stockholm – i motsats till andra landsting/regioner – inte ger en högre ersättning för större socialt relaterade vårdbehov. Det betyder ju att lägre ersättning för vård av personer med stora vårdbehov skulle leda till ett högre vårdutnyttjande just för denna grupp. Ytterligare studier krävs för att avgöra om detta resultat är en effekt av en behovsstyrd vård eller förklaras av bristande resurser som tvingar fram onödigt många läkarbesök för ett givet vårdbehov.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har nyligen identifierat vården till personer med stora vårdbehov som ett ”nationellt riskområde som ska prioriteras i tillsynsarbete” (SOU 2020:19, s. 380).

Höginkomsttagare snarare än låginkomsttagare gynnas. En bedömning om vården är jämlik måste baseras på om vårdutnyttjandet motsvarar de ojämlika vårdbehoven i olika socioekonomiska grupper.

En rad studier tyder på en ett högre vårdutnyttjande relaterat till vårdbehoven bland hög- snarare än bland låginkomst-

tagare. I den statliga utredningen *God och nära vård* (SOU 2020:19, s. 299) gjorde man följande sammanfattning av kunskapsfronten: ”Ett antal undersökningar har visat att införandet av vårdval i större utsträckning gynnat socioekonomiskt starka grupper än svaga.” Denna bedömning baserades bl.a. på en forskningssammanställning från 2017 som omfattade ”sex vetenskapliga studier och nio offentliga rapporter”. Slutsatsen i denna rapport (Burström, m.fl. 2017) var ”att existerande utvärderingar visar på att införandet av vårdval främst gynnat dem i grupper med högre välstånd och låga vårdbehov även om effekterna var förhållandevis små” (SOU 2020:19, s. 299).

Någon heltäckande bild av dessa ökande klasskillnader för hela Sverige finns tyvärr inte, men studier i olika landsting och regioner visar att vårdvalet särskilt gynnat ekonomiskt starka grupper (Vårdanalys rapport 2015:6 respektive PM 2017:3).

LOV är ett av de största hindren för en jämlik vård. I arbetet med rapporten *Arbetsätt för jämlik vård* har Socialstyrelsen genomfört workshops och dialogmöten med representanter från nio regioner. De som deltog var personer i ledande positioner när det gällde vårdens styrning/ledning (verksamhetschefer, enhetschefer samt personer som satt på central nivå och arbetade med verksamhetsutveckling). I detta projekt medverkade även representanter från akut-, sluten- och öppenvård inklusive primärvård. På frågan om vilka de största

utmaningarna och orsakerna är till den ojämlika vården angavs LOV som ett av de största hindren för en jämlik vård (Socialstyrelsen 2020).

Utöver dessa direkt vårdrelaterade effekter innebär tvångs-LOV inom primärvården att den kommunala demokratin försvagas. Ansvariga regionpolitiker måste ju prioritera ökade resurser till privat vinstdriven vård även om en majoritet i regionstyrelsen önskar prioritera en utbyggd offentligt driven vård där den bäst behövs.

Samtidigt innebär en ökad privat drift av offentligt finansierad vård att:

- medborgarnas möjligheter att överklaga beslut minskar
- meddelarfriheten och yttrandefriheten begränsas
- insynen i den skattefinansierade vården hämmas genom att viktig information om verksamheten betraktas som affärshemligheter.

Införandet av ”tvångs-LOV” togs utan att beakta dessa ur ett demokratiskt perspektiv allvarliga begränsningar jämfört med en fortsatt offentlig drift. Senare har vissa förändringar gjorts som något minskar dessa skillnader mellan offentligt och privat driven vård.

Handlingsplan:

Offentligt finansierade vårdcentraler bör drivas i offentlig eller privat icke vinstdriven regi. Det bör dock fortfarande finnas

möjlighet att under kortare tid upphandla privat kommersiellt bedriven vård för att till exempel kapa köer eller förstärka primärvården i underförsörjda landsbygdsregioner och urbana låginkomstområden.

Lagen om obligatoriska vårdvalssystem inom primärvården måste avvecklas. Därvid bör man särskilja beslut om nyetablering från beslut om offentlig finansiering av redan etablerade privata vinstdrivna vårdcentraler.

Nyetablering av offentligt finansierade privata vinstvårdcentraler upphör när LOV upphör att gälla.

Avveckling av LOV för redan etablerade vårdgivare bör ske i två etapper.

Den första etappen innebär att regionstyrelsen i samband med den årliga bedömningen av vårdvalssystemet tidsbegränsar rätten till offentlig finansiering till exempelvis tre år. Detta innebär en tidsbegränsning av samma slag som alltid finns vid vanlig upphandling av vård enligt LOU. Samtidigt informeras de privata vårdföretagen om att det inte finns några garantier om fortsatt offentlig finansiering när tiden för denna avtalsperiod löper ut.

Den andra etappen gäller vad som ska ske när avtalstiden löpt ut för de privat drivna offentligt finansierade vårdcentralerna.

Regionstyrelsen kan då meddela att den offentliga finansieringen upphör. Det innebär att vårdföretagen om de så önskar

kan etablera en ny helprivat vårdcentral och bedriva verksamheten på vanliga kommersiella villkor.

Avvecklingen av LOV är således inget förbud mot att driva privata vinstdrivna vårdcentraler – det är däremot ett beslut att inte längre finansiera denna privata vinstdrivna vård med skattemedel.

Regionstyrelsen måste samtidigt säkerställa ett ökat utbud av vårdcentraler i egen eller privat icke vinstdriven regi. I vissa fall kan det ske genom att överta driften av de vårdcentraler som tidigare drevs av privata vårdföretag. I andra fall används de frigjorda resurserna till att förstärka vården i underförsörjda områden. Kan man inte säkerställa en icke vinstdriven vård kan regionen upphandla privat driven vård.

En överordnad princip för denna övergång från en vinst- till behovsstyrd vård är att det även under ett övergångsskede innebär en bättre och mer jämlik vård.

FÖRSLAG 3: AVVECKLA LOV I DEN ÖPPNA SPECIALISTSJUKVÅRDEN – UPPHANDLA ENLIGT LOU

Bakgrund:

Regionerna kan själva besluta om de önskar införa vårdval i specialistsjukvården. Nästan alla regioner har valt att endast införa något eller några vårdval. Undantaget är den borgerliga majoriteten i Region Stockholm som infört ett fyrtiotal vårdval.

Effekter:

Erfarenheter från Stockholms läns landsting (numera Region Stockholm) visar att införandet av vårdvalssystem inom den öppna specialistsjukvården bland annat har:

– *Minskat väntetider för ett första besök vid vissa specialistmottagningar men att väntetiderna till behandling är fortsatt långa.*

– *Ökat kostnaderna kraftigt och på ett för politikerna okontrollerbart sätt. Det är ju de privata vårdgivarna och inte finansären/regionerna som bestämmer omfattningen av denna skattefinansierade vård. De privata vårdgivarna önskar naturligtvis öka sina intäkter och därmed möjligheterna till vinst. Deras intäkter är regionernas kostnader. Det är oklart om man kan begränsa kostnaderna genom att införa ett volymtak eftersom vårdföretagen lätt kan starta upp en ny specialistmottagning.*

– *Ökat de geografiska skillnaderna i vårdens tillgänglighet.* Privat drivna specialistmottagningar har genom etableringsfriheten rätt att lokalisera sin offentligt finansierade vård där det är lönsammast, vilket leder till ökande skillnader i tillgång till olika specialistmottagningar mellan storstäderna och övriga landet och mellan urbana i hög- och låginkomstområden.

– *Gynnat hög- snarare än låginkomsttagare.* Höginkomstgrupper utnyttjar i högre grad än låginkomstgrupper den öppna specialistsjukvården (Vårdanalys PM 2017:3, SOU 2019:42, Svenskt Näringsliv 2016).

– *Öppnat gräddfiler för patienter med privata sjukvårdsförsäkringar.* De privat vinstdrivna offentligt finansierade specialistmottagningarna erbjuder – i motsats till offentligt drivna specialistmottagningar – ”gräddfiler” för patienter som har en privat sjukvårdsförsäkring eller önskar och har råd att betala gällande marknadspris kontant (se vidare förslag 8 nedan).

– *Möjligheterna för utbildning av läkare samt klinisk och folkhälsovetenskaplig forskning har försämrats* speciellt i Stockholm genom en ökad privatisering av den öppna specialistsjukvården och bristande politisk styrning. Många privata vårdgivare har inte kapacitet att bedriva detta arbete som dessutom ofta inte ses som en tillräckligt lönsam verksamhet. Detta strider mot HSL:s krav att det i landstinget ska ”finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring” samt för ”läka-

res specialisttjänstgöring”. Landsting/regioner ska vidare enligt HSL ”medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete” (HSL 18 kap. 2 §).

Handlingsplan:

Avveckla vårdval inom den öppna specialistsjukvården, förstärk den offentligt drivna specialistsjukvården kompletterat med upphandling enligt LOU. Eftersom en stor del av den öppna specialistsjukvården sedan länge bedrivs i privat regi är det varken möjligt eller önskvärt att helt överföra driften av hela denna specialistsjukvård till offentlig eller ideell regi. En upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) kan då tillämpas på samma sätt som i de regioner som valt att inte införa vårdval i den öppna specialistsjukvården. Detta innebär att dagens fria dragningsrätt på offentliga resurser upphör och ersätts av en bedömning av befolkningens behov av olika typer av öppen specialistvård.

Utöver dessa insatser bör:

– *De okontrollerade kostnadsökningarna begränsas* genom att ett volym- och/eller kostnadstak införs under övergångsperioden till offentlig upphandling och ökad offentlig drift. Genom etableringskontroll (se förslag 1 ovan) kan vårdgivare förhin-

dras expandera verksamheten genom nyetableringar när man nått volymtaket vid redan befintliga mottagningar.

– Den geografiska placeringen av specialistmottagningar måste styras av bästa möjliga tillgänglighet mätt i restid och avstånd.

– *Den öppna specialistvården utvecklas i underförsörjda områden/regioner.* Detta kan ske genom att etableringskontroll införs som begränsar överutbudet i vissa storstadsområden. Samtidigt utvecklas den integrerade digitala vården liksom samarbetet mellan primär och annan specialistvård.

FÖRSLAG 4: AVVECKLA SKATTEFINANSIERADE ”NÄTLÄKARE” – UTVECKLA INTEGRERAD DIGITAL VÅRD

Bakgrund:

Offentligt finansierade privata vårdföretag kan i dagens vårdvalssystem ge/sälja rätten till offentlig finansiering till fristående digitala vårdföretag. Detta kan ske utan kontakt och godkännande av finansiären, det vill säga ansvariga vårdpolitiker på regional nivå. Denna villkorslösa prioriterade skattefinansiering av de fristående nätläkarnas verksamhet har möjliggjort

en mycket kraftig expansion av de fristående privata nätläkarföretagens verksamhet under senare år.

Effekter:

– *Minskade resurser för den vanliga primärvården* genom att finansiella resurser tas från vårdcentraler och andra primärvårdsverksamheter. Samtidigt används knappa läkarresurser till en rådgivning för lättare vårdbehov som i många fall kunna ges av kvalificerade sjuksköterskor. Den kraftiga ökningen av fristående nätläkare ”innebär att resurser omfördelas från personer med stora komplexa behov till personer med enkla besvär som ofta inte hade behövt bedömas av läkare” (Vårdanalys remissvar på SOU 2019:42).

De fristående nätläkarnas kunder är vanligen personer under 50 år som bor i storstadsområden med ett redan stort utbud av vårdcentraler och specialistmottagningar.

– *Ifrågasatt patientsäkerhet.* Vid vård och förskrivning av läkemedel som uteslutande sker digitalt utan direkt koppling till en fysisk undersökning har patientsäkerheten ifrågasatts. Många regioner saknar dessutom avtal med nätläkarföretagen varför de inte kan göra en kvalitetsuppföljning av deras verksamhet. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har därför angivit de fristående digitala vårdgivarnas verksamhet som ett speciellt bevakningsområde.

– *Oetiska reklamkampanjer.* De digitala vårdföretagens mycket omfattande reklamkampanjer har kritiserats eftersom de strider mot Läkarförbundets etiska principer.

Det finns därför goda skäl att kritiskt granska och ompröva dagens obegränsade prioriterade offentliga finansiering av de fristående nätläkarföretagens verksamhet. Samtidigt krävs en kraftigt förstärkt digital vård som är integrerad med vård vid vårdcentraler, specialistmottagningar och sjukhus.

– *Förbättrad krisberedskap.* Under coronapandemin när många är rädda att bli smittade vid ett besök på en vårdcentral har digitala vårdkontakter varit av stort värde. Detta återspeglas i kraftigt ökade digitala vårdkontakter såväl med vårdcentraler och sjukvårdsupplysningen (1177) som med fristående privata nätläkare. Coronapandemin har varit – och är fortfarande – en drivkraft för en snabb utveckling av en integrerad digital och fysisk vård.

Handlingsplan:

Avveckla den nuvarande prioriterade obegränsade offentliga finansieringen av fristående digital vinstdriven vård.

Fastställ att endast skattefinansiera digital vård som utgör en integrerad del av den vanliga fysiska vården. Det måste med andra ord finnas en direkt koppling mellan patienternas fasta fysiska läkarkontakt och den offentligt finansierade digitala vården.

GRUPPEN RIKA MULTIFRISKA
ÄR NUMERA VÅR PRIMÄRA
INTÄKTSKÄLLA!



Det bör vidare slås fast i vårdvalssystemets regelverk att ägare till privata vårdcentraler inte – som i dag – kan ge/sälja rätten till offentlig finansiering till fristående digitala vårdföretag. Varje beslut om offentlig finansiering av digitala vårdföretag måste regleras i avtal med finansiären, det vill säga ansvariga vårdpolitiker på regional nivå. Detta bör även gälla när till exempel apotek köper upp en fristående digital vårdgivare. I detta fall bör staten dessutom utreda om man bör tillåta att det är samma ägare som förskriver respektive säljer läkemedel.

De resurser som frigörs genom att avveckla den offentliga finansieringen av fristående nätföretag bör användas för en snabbare vidareutveckling av den digitala vården inom det vanliga fysiska offentligt finansierade sjukvårdssystemet. Det bör vidare utvecklas nationella riktlinjer för vilken vård som ur ett patientsäkerhetsperspektiv kan ges utan en vanlig fysisk konsultation med läkare eller sjuksköterska. Samtidigt bör regleras vilka läkemedel, intyg och remisser till specialistvård som kan skrivas ut utan att fysiskt träffa och undersöka patienten. Ett finansiellt tak för den digitala vården kan också vara motiverat för att säkerställa att inte lättare fall prioriteras högre än patienter med större vårdbehov som kräver vanliga fysiska undersökningar.

FÖRSLAG 5: AVVECKLA STARTLAGEN FÖR PRIVATISERING AV SJUKHUS – INFÖR EN STOPPLAG

Bakgrund:

En stor över tiden stabil majoritet inom befolkningen anser att de sjukhus de finansierar med sina skattebetalningar inte ska drivas i privat regi vars överordnade mål är att ge optimal vinst till ägarna. Ett sannolikt skäl för denna uppfattning är risken att privata, vinstdrivna sjukhus kan bidra till ökad ojämlikhet även inom den slutna vården.

Den borgerliga majoriteten i Stockholms läns landsting delade inte denna bedömning utan överlät i slutet av 1990-talet driften av det skattefinansierade S:t Görans sjukhus till en privat vårdgivare. Detta bidrog till att den socialdemokratiska regeringen reglerade rätten för privata vinstdrivna företag att ta över driften av offentliga akutsjukhus genom först en temporär, senare en icke tidsbunden stopplag. När de borgerliga partierna övertog regeringsmakten 2006 ersattes stopplagen med en ”startlag” (prop. 2006/07:52).

Effekter.

Startlagen för privatisering av offentligt finansierade sjukhus innebär:

– att driften av alla offentliga sjukhus inklusive universitetssjukhus kan överlämnas till kommersiella vårdföretag med bibehållen offentlig finansiering av verksamheten. Det överordnade målet för dessa sjukhus blir – enligt aktiebolagslagen och riskkapitalisternas krav – god vinst till ägarna.

– att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar kan erhålla snabbare och bättre vård vid i huvudsak offentligt finansierade sjukhus som drivs i privat regi. Med den skattefinansierade vården som bas blir dessa vårdföretag en drivkraft mot en alltmer tudelad och ojämlig vård.

Trots en uttalad vilja bland de borgerliga partierna att privatisera akutsjukhus har – sannolikt av opinionsskäl – denna privatisering av offentliga sjukhus varit mycket begränsad sedan startlagen infördes 2007.

**”Frågan är om sjukhus ska vara
eller icke vara en vara”**

Galenskaparna

Handlingsplan:

Inför en lagstiftning som i skärpt form påminner om den så kallade stopplag som infördes av en socialdemokratisk regering i början av 2000-talet. Det innebär att offentligt finansierade sjukhus inte får drivas i syfte att ge vinst till privata ägare.

De nuvarande offentligt finansierade privata vinstdrivna sjukhusen ska kunna fullfölja sina uppdrag i enlighet med ingångna avtal. När denna avtalsperiod löper ut bör dessa sjukhus drivas i offentlig eller icke vinstdriven privat regi.

I ett internationellt perspektiv kan bland annat konstateras att Skottland i början av 2000-talet – med mycket positiva effekter – återtog privat vinstdrivna sjukhus till offentlig drift. I Nederländerna finns sedan länge – och oberoende av skiftande politiska majoriteter – en lag som förbjuder vinstdrivna sjukhus.

FÖRSLAG 6. AVVECKLA VÅRDENS MARKNADSSTYRNING – UTVECKLA DEN BEHOVSSTYRDA VÅRDEN

Bakgrund:

En beskrivning av vårdens styrning bör både inriktas mot vem som styr och mot vårdens styrmedel. Frågan om vem som styr –

makten över vården – uppmärksammas sällan i de offentliga utredningar och analyser som görs av vårdens styrning.

Vid diskussioner om olika styrmedel utgår man ofta utan närmare analys från ett marknadsorienterat synsätt där både offentliga och privata vårdgivare säljer vård på en konkurrensutsatt vårdmarknad. Verksamheten finansieras genom intäkterna från denna försäljning. Det leder till krav på lönsamhet trots att den offentliga vården inte har lönsamhet som mål.

Makten över vården

Dagens marknadsorienterade systemskifte innebär stora förändringar av maktens fördelning – vem som styr – i den offentligt finansierade vården.

Utvecklingen under den senaste tioårsperioden kan sammanfattas i följande trender:

– *Den demokratiska styrningen har begränsats.* Medborgarnas och ansvariga politikernas möjligheter att påverka den skattefinansierade vårdens omfattning och fördelning har minskat. Den demokratiska beslutsprocessen beskrivs till och med ibland som problemet snarare än lösningen.

– *De kommersiella vårdföretagens makt över den skattefinansierade vårdens omfattning och fördelning har ökat.* ”Under de knappa tjugo år som gått sedan vinstintresset släpptes loss i den offentligfinansierade välfärden har i Sverige vuxit fram ett väl-

färdsindustriellt komplex som ingen längre verkar kunna rå på ...” ”Allt starkare intressen har fått alltmer att förlora på en begränsning av vinstdriften i den offentliga välfärden” (Göran Rosenberg i Expressen 2013-05-04).

De kommersiella intressenterna har samtidigt vunnit ”makten över språket” i den vårdpolitiska debatten. Vi har tidigare belyst hur ”valfrihet” ersatt ordet ”privatisering”. Normaliseringen av onormala marknadsreformer inom den skattefinansierade sjukvården sker i hög grad genom att använda marknadens snarare än sjukvårdens normala termer och ord. Ett exempel är att läkare och vårdcentraler nu sägs ”producera” och ”leverera” vård” till sina ”kunder”. Dessa kunder ”konsumerar” sedan denna vård. Detta marknadsspråk ersätter ett vanligt vardagsspråk där ”vårdcentraler och läkare ger vård till sina patienter”.

Samtidigt undviker eller ”dimmar” man ord och begrepp som kan upplevas som negativa. Man varken talar eller skriver om ”vinstdriven privat vård” trots att ”for profit private care” är det självklara och okontroversiella uttrycket internationellt för denna driftsform. I stället använder man ord som ”mångfald”, ”alternativa driftformer” eller ”oberoende producenter”. Ord som ”optimal vinst” ”vinststyrd vård” och ”vinstintresse” är ofta helt bortsuddade till och med i statens offentliga utredningar. En vanlig teknik är också att vinkla perspektiven. Vid

en beskrivning av privatiseringens drivkrafter kan man då tala om kvinnliga entreprenörer som brinner för att förbättra vården hellre än de stora riskkapitalbolag som köper och säljer skattefinansierade vårdföretag för att det är mycket lönsamt.

I försvaret för en gemensam hälso- och sjukvård måste vi återerövra ett klarspråk där ”en spik är en spik” och som utgår från medborgarnas och vårdpersonalens vardagspråk.

– *Den medicinskt professionella makten har begränsats genom krav på lönsamhet, byråkratiska regelverk och detaljstyrning.* Externa konsulter har samtidigt fått allt större betydelse, särskilt när de är kopplade till kommersiella intressen. Under coronapandemin har dock läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal inom den offentliga vården återfått en del av sin förlorade professionella makt när man förstod att privatiseringar, externa konsulter och marknadsreformer inte kunde möta dessa akuta problem. (Se även avsnittet nedan om coronapandemins vårdpolitiska effekter.)

– *De resursstarka gruppernas och patienternas makt och möjligheter att påverka vården har ökat samtidigt som de minskat för resurssvagare grupper och patienter.* Ett vanligt argument för dagens marknadsorienterade reformer är att de ger medborgarna möjlighet att ”rösta med fötterna”. Dessa möjligheter är emellertid mycket begränsade i ett vårdssystem där man till exempel flyttat makten att besluta var nya skattefinansierade

vårdcentraler ska ligga från den demokratiska beslutsprocessen till vårdföretagens styrelserum.

Vid en analys av dagens marknadsorienterade reformer är det därför viktigt att beakta att avregleringar och privatiseringar innebär att man ”överlåter makt till privata vinstaktörer”. Denna ”maktförskjutning är många gånger avtalsreglerad och kan ta många år att ändra på”. Det är hög tid att i grunden ifrågasätta hela denna utveckling och dessutom tydliggöra att det är dags för staten och medborgarintresset att ta tillbaka makt och inflytande. Som Peter Hultqvist skriver: ”Vi måste stärka demokratins verkansrets i kommuner, regioner och stat – inte försvaga den” (Hultqvist 2020, sid. 128–129).

**” Men vart ska man gå för att få en vårdcentral
i vårt underförsörjda område?”**

GD

Vinst och lönsamhet

Det överordnade målet för alla privata aktieföretag oberoende av om de säljer sjukvård eller bilar måste enligt aktieföretagslagen vara optimal vinst till ägarna. Är det riskkapitalbolag som äger vårdföretagen gäller samma eller än högre vinstkrav.

Inom den offentliga vården har samtidigt krav på lönsamhet

blivit ett allt viktigare mål. Drivkraften bakom denna kommersialisering av den offentliga vården är den så kallade new public management (NPM)-filosofin som innebär att även offentligt drivna vårdcentraler och specialistmottagningar i allt högre grad ska agera som företag på en konkurrensutsatt marknad. Det innebär att vinstintressen och lönsamhetskrav nu är en allt viktigare ”styråra” för all offentligt finansierad vård. Ett företagsekonomiskt synsätt växer fram som ofta skymmer sikten. Det betyder inte att man inom dagens marknadsorienterade vårdssystem inte eftersträvar bästa möjliga vård men en förutsättning är att denna vård är lönsam.

Detta är ett fundamentalt annat synsätt än inom en anslagsfinansierad offentlig vård där man inom givna resursramar utan några krav på lönsamhet kan eftersträva bästa möjliga vård.

Trots den helt centrala roll som krav på vinst och lönsamhet har som styrmedel på den nya vårdmarknaden nämns knappast dessa dominerande drivkrafter i analyser av vårdens styrmedel. Det är en allvarlig brist och ännu ett tecken på de skygglappar som präglar dagens vårdpolitik.

Ersättningsystem

Inom ramen för en marknadsorienterad styrning av den offentligt finansierade vården ägnas stor uppmärksamhet åt utformningen av ersättningen till vårdgivarna. Den helt dominerande

modellen för finansiering inom primärvården är att huvuddelen av ersättningen utgår som en viktad ersättning per listad patient. Utöver ålder viktas man ersättningen med hänsyn till socioekonomiska faktorer och/eller vårdbehov (CNI- respektive ACG-viktning). Dessutom utgår i många regioner en viss ersättning per besök. Denna besöksersättning utgör i alla regioner utom Stockholm en relativt liten del av den totala ersättningen. I Stockholm utgör denna besöksersättning 40 procent av den totala ersättningen. Slutligen har en del landsting också en målinriktad ersättning som vanligen motsvarar 2 till 3 procent av den totala ersättningen.

Effekter:

– *Det professionella handlingsutrymmet minskar.* Krav på vinst och lönsamhet innebär alltför ofta att läkare och annan kvalificerad vårdpersonal kan få svårt att prioritera viktiga men olönsamma insatser. Det betyder att möjligheterna att säkerställa en behovsbaserad vård minskar. Samtidigt finns erfarenhetsmässigt en risk att kraven på intäkter minskar fokus på sjukvårdens verkliga mål.

– *De ekonomiska incitamenten – snarare än professionella bedömningar – blir allt viktigare styrinstrument.* Den skattefinansierade offentligt drivna vården styrs alltmer som ett kommersiellt vårdföretag.

– *Patienterna blir kunder på en vårdmarknad.* Ur ett marknadsliberalt perspektiv är det viktigt att beskriva patienter som kunder på en marknad. Det ger intryck av en stärkt patientmakt genom att man med skattemedel köper den vård man behöver. Pengarna följer ju patientens val av vårdgivare.

Ur ett patientperspektiv upplevs verkligheten vanligen mycket annorlunda. Få patienter går till sin läkare för att köpa en viss typ av vård. Man söker en läkare eller sjuksköterska för att få en professionell bedömning av vilken vård man behöver. Man vet varken vad olika vårdinsatser kostar eller storleken på den ”peng” som följer ens val av vårdgivare. Detta är knappast en situation som illustrerar kundens/patientens stora makt på den nya vårdmarknaden. Få torde känna sig som resursstarka kunder om de varken vet vad de ska köpa, hur mycket det kostar eller hur mycket pengar de har för att betala med. Vårdgivaren vet däremot vilken vård patienten ska köpa, vad den kostar och hur mycket han får betalt. Det innebär ökad kommersiell makt.

– *Dialogen mellan ansvariga politiker och olika professionella grupper försvåras.* Samtal ersätts av skrivna avtal. Spänningen mellan politiker och utförare ökar. Externa konsulter tas in som politikernas förlängda arm in i verksamheten, ofta utan nära samråd med ansvarig vårdpersonal.

När problemen blir akuta finns en tendens bland många ansvariga politiker att skylla på utförarna. De följer inte avta-

len. Vårdpolitiken får inte ifrågasättas. Uppdragen i avtalen med vårdgivarna är alltid rätt även när vårdpersonalen konstaterar att de är orealistiska och leder till kaos.

– *Förutsättningarna för samordning och samverkan begränsas.* Kraven på konkurrens försvårar den absolut nödvändiga samordningen mellan olika vårdgivare och huvudmän. Vården fragmenteras när den borde integreras.

– *Ensidiga förmåner för privata vinstdrivna företag.* En viktig del av marknadsideologin är att det ska vara konkurrens på lika villkor mellan olika utförare. I verkligheten har dessa reformer tvärtom inneburit en konkurrens på mycket ojämlika villkor mellan offentligt och privat driven skattefinansierad vård. Ett exempel är att de privata vårdgivarna – i motsats till de offentliga vårdgivarna – har rätt att lokalisera skattefinansierad vård där det är lönsammast. De privata vårdgivarna har också – i motsats till de offentliga – långsiktiga avtal som skyddar dem från plötsliga nedskärningar vid finansiella kriser.

– *Kostnadseffektiviteten minskade med ökad privatisering och marknadsorientering.* HSL anger att ”offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet” (4 kap. 1 §). Effektiviteten ska mätas i graden av måluppfyllelse vid givna resurser. Det pågående systemskiftet är inte kostnadseffektivt. Dess bidrag till en god vård på lika villkor för hela befolkningen är som tidigare belysts ofta negativt.

Det faktum att en insats i vissa fall kan göras till ett lägre pris än tidigare, det vill säga att produktiviteten ökar, visar inte att verksamheten är effektiv. Att göra fel sak med hög produktivitet är tvärtom ett slöseri med knappa resurser. Det är inte heller självklart att lägre produktivitet ur ett vårdpolitiskt perspektiv är ett misslyckande. Höjda löner för vårdpersonalen minskar till exempel vårdens produktivitet (allt annat lika).

Dagens marknadsorienterade styrning av den offentliga vården begränsar således det professionella beslutsutrymmet, fragmenterar vården, minskar vårdens kostnadseffektivitet samt försvårar samordning och samverkan. Dessutom ökar detta systemskifte kostnaderna för administration, juridisk expertis samt behovet av utbyggda finansiella kontrollsystem (SOU 2017:56).

Handlingsplan:

Det finns ingen quick fix för en övergång från ett vinst- och lönsamhetsstyrt vårdssystem till ett behovsbaserat system. Det kräver en långsiktig strategi som bland annat innebär att:

– *en sjukvårdspolitisk maktutredning tillsätts* med uppgift att klarlägga ”vem som styr vad” inom vården och hur makten över vården förändrats mellan olika aktörer under de senaste årtiondena. I denna analys bör även belysas betydelsen av en alltmer omfattande lobbyverksamhet där även före detta ledande vård-

politiker medverkar. Utredningen bör utifrån dessa analyser föreslå insatser som stärker den offentligt finansierade vårdens demokratiska förankring och styrning samt patientens förutsättningar till delaktighet i den egna vården.

– *vinst och lönsamhet avvecklas som ”styråra” inom den offentligt finansierade vården samtidigt som en behovsstyrd vård vidareutvecklas.* En viktig del i detta systemskifte är en avveckling av lagen om valfrihetssystem (LOV) med etableringsfrihet (se förslag 1–3 ovan).

– *new public management-filosofin avvecklas och ersätts av en tillitsbaserad styrning av vården* som säkerställer att olika professionella grupper kan ge bästa möjliga vård utan krav på att den dessutom måste vara lönsam. Inom ramen för tillgängliga ekonomiska resurser ska läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal garanteras ett beslutsutrymme där de fullt ut och enbart kan fokusera på att ge bästa möjliga vård. Erfarenheterna från Skottland som med gott resultat avvecklat NPM bör studeras. Där råder i dag en politisk och professionell enighet om att man inte ska återgå till ett marknadsorienterat vårdsystem (Taxén 2020).

– *försöksverksamhet inleds för att utveckla en resultatinriktad och behovsbaserad anslagsfinansiering* inom primärvården i socialt utsatta områden och underförsörjda landsbygds- och glesbygdsområden. Årsvisa uppföljningar görs av uppnådda resultat relaterade till angivna mål som ligger till grund för

nästa års anslag. I Skottland har man med goda resultat övergått från en intäktsfinansiering till en anslagsfinansiering (budget). (Den norska tankesmedjan For Velferdsstaten har beskrivit den skotska modellen, se bl.a. Berg m.fl. 2013-04-10). Om även de svenska erfarenheterna av en resultatinkriktad anslagsfinansiering är goda bör denna form av resursfördelning införas i hela primärvården och även utvecklas inom andra delar av vårdsystemet.

– *krav på samverkan regleras i lag* i enlighet med de förslag som finns i utredningen *God och nära vård* (SOU 2020:19). Ett nära fast samarbete utvecklas mellan sjukvården, äldreomsorgen och sociala organ samt med olika frivilligorganisationer och det lokala näringslivet.

– *områdesansvar införs inom primärvården* med oförändrat fritt val av vårdgivare.

– *samordnad informationsöverföring säkerställs och ett gemensamt journalsystem för sluten och öppen vård införs som även omfattar den kommunala hälso- och sjukvården.*

– *samarbetet mellan de som arbetar inom vården och ansvariga vårdpolitiker förstärks.* Uppdelning på beställare och utförare upphör. I stället betonas det gemensamma ansvaret för alla inom vården att säkerställa en god behovsbaserad vård. Inga viktiga vårdpolitiska beslut tas utan samråd med berörd personal.

Sammantaget innebär dessa förslag en vårdpolitisk ”synvända” som bygger på förtroende, solidaritet och samverkan i stället för kontroll, marknadskrafter och konkurrens.

FÖRSLAG 7: FÖRSTÄRK FÖRSVARET FÖR EN ÖKAD OFFENTLIG FINANSIERING AV VÅRDEN

Bakgrund:

En offentlig finansiering där medborgarna bidrar via skatt och utnyttjar vården efter behov är en förutsättning för en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Det är därför ”finansieringen av hälso- och sjukvården ska vara ett offentligt ansvar som finansieras gemensamt av landets invånare” (Prop. 1996/97:60, s. 6).

Trots detta finns allt oftare förslag på en ökad privat finansiering genom högre patientavgifter och olika typer av privata sjukvårdsförsäkringar. Samtidigt hävdas att skatterna generellt måste sänkas och olika avdrag på skatten ökas. Detta i en tid när vårdens totalkostnader ökar genom ett ökat antal äldre, nya behandlingsmöjligheter och ett uppdämt och ökat vårdbehov i spåren av coronapandemin. Regeringen har nyligen tillsatt en Valfärdskommission med uppgift att klarlägga och föreslå hur

bland annat den framtida sjukvården ska finansieras. Det ligger utanför denna skrifts ambitioner att presentera ett förslag till denna finansiering. Däremot finns starka skäl att betona att en ökad privatisering av vårdens finansiering framför allt genom högre vårdavgifter leder till både en ojämlig fördelning av sjukvårdskostnaderna och en sämre tillgång till vård för låginkomsttagare och andra grupper med stora vårdbehov.

Effekter

Välfärdskommissionen bör speciellt beakta att:

De sjuka betalar mer, de friska mindre vid en ökad andel privat finansiering av vården. Höjda vårdavgifter innebär vid ett oförändrat vårdutnyttjande att

- äldre och barn måste betala mer och yrkesverksamma mindre,
- kvinnor måste betala mer och män mindre,
- låginkomsttagare måste betala mer och höginkomsttagare mindre.

Orsaken till denna ojämlika fördelning av betalningsbördan är ett marknadstänkande där man betalar utifrån behovet av vård. Ju större vårdbehov, ju mer ska man betala. Detta är motsatsen till en solidariskt skattefinansierad vård där man betalar utifrån betalningsförmåga och erhåller vård efter behov. I denna solidariska finansieringsmodell finns således ingen

koppling mellan hur mycket man betalar och vilken vård man får. Detta är en absolut grundförutsättning för en jämlik vård eftersom de med stora vårdbehov ofta är de med mindre ekonomiska resurser.

En hög andel privat finansiering leder också till att många får stora ekonomiska problem när de tvingas betala mer än de har råd med för att kunna få den vård de själva eller deras barn behöver. Internationellt beskrivs detta som den ”medicinska fattigdomsfällan”. Den är i hög grad en realitet även i rika länder som USA med ett i hög grad marknadsstyrt och privatiserat vårdssystem (Whitehead, Dahlgren och Evans 2001).

Låginkomsttagare får inte den vård de behöver. Höga vårdavgifter innebär också att allt fler låginkomsttagare inte har råd att efterfråga den vård och de läkemedel de behöver. Detta leder till att de otillfredsställda vårdbehoven ökar. I andra fall innebär det att allt fler inte söker vård förrän läget är akut och möjligheterna till effektiva insatser minskat.

Vid en bedömning av denna ekonomiska tillgänglighet till vården måste man ta hänsyn till att den relativa fattigdomen har fördubblats i Sverige mellan 1991/93 och 2016 från 7,3 procent till 14,4 procent. Den största ökningen har skett bland ensamstående med barn där den relativa fattigdomen ökat från 11,3 till 33,4 under samma tidsperiod. Bland äldre (65+) lever var tredje ensamstående kvinna och var fjärde ensamstående

Blå skatteväxling!



SÄNKTA
SKATTER!

HÖJDA
ANGIFTER!

AB Skatt
& Blandat



man i absolut fattigdom (Therborn 2018). Det är utifrån fakta som dessa som behovet av solidarisk finansiering och mycket låga eller inga patientavgifter blir allt viktigare.

Handlingsplan:

Säkerställ att den nyligen tillsatta Valfärdskommissionen och andra utredningar klarlägger hur hälso- och sjukvårdens kraftigt ökade resursbehov på grund av fler äldre och nya behandlingsmetoder ska kunna skattefinansieras:

Utgångspunkter för dessa förslag bör vara att:

– *belysa behovet av en skatthöjning i ett vårdpolitiskt och samhällsekonomiskt perspektiv.* I stället för att som i dag ofta utgå från att skatten inte kan höjas bör utgångspunkten vara att skatten inte kan sänkas ytterligare för medel- och höginkomsttagare. En utgångspunkt för dessa analyser bör vidare vara att en stor majoritet av av medborgarna prioriterar ökad vårdkvalitet framför sänkt skatt.

– *klarlägga fördelningspolitiska effekter av en ökad andel privat finansiering av vården.* I det sammanhanget bör speciellt belysas de finansiella fördelningseffekterna av ökade avgifter, individuella sparkonton för vård och olika typer av privata sjukvårdsförsäkringar.

– *uppskatta effekterna av en ökad privat finansiering på vårdens ekonomiska tillgänglighet, det vill säga vilka grupper som*

vid olika grader av privat finansiering inte längre har råd att efterfråga den sjuk- och tandvård de behöver.

– *begränsa eller avveckla olika skatteavdrag som främst gynnar ekonomiskt resursstarka grupper.* I stället för att vi talar om ”avdrag” bör dessa skattefinansierade stöd till olika grupper benämnas ”bidrag”. Det är missvisande tala om ”avdrag” när främst resursstarka grupper erhåller en skattefinansierad förmån och ”bidrag” när det gäller skattemedel som främst utgår till resurssvaga grupper. En allmän policy bör tas fram som anger generella kriterier för alla former av skattefinansierat stöd till olika grupper.

– *belysa de välfärds- och fördelningspolitiska effekterna av skatt på fastigheter proportionell mot fastighetens värde, skatt på arv och förmögenheter samt en begränsning av skatteavdrag som rut och rot. Samtidigt bör aktualiseras en coronaskatt – typ värnskatten – för att bidra till finansieringen av de stora statliga insatser som krävs i pandemins spår.*

– *skärpa kampen mot skatteflykt och fusk.* Behovet av att intensifiera insatser mot skatteflykt ökar med ökad marknadsorientering och vinstdriven privat vård som finansieras med skattemedel. Vårdföretag som straffats för skattefusk bör bli diskvalificerade att bedriva offentligt finansierad vård under exempelvis en tioårsperiod.



FÖRSLAG 8: SÄRSKILJ OFFENTLIGT OCH PRIVAT FINANSIERAD VÅRD

Bakgrund:

Det finns ett nära samband mellan det privata vårdutbudets storlek och möjligheterna att privatisera vårdens finansiering. Vid privat drift av offentligt finansierad vård kan nämligen vårdgivaren – i motsats till offentliga vårdgivare – med förtur ta emot privatfinansierade patienter. Denna gräddfil till en privat i huvudsak skattefinansierad öppen specialist- och sjukhusvård öppnar för privata sjukvårdsförsäkringar.

I dag (juni 2020) har drygt 650 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. Den helprivata vården är mycket begränsad. Det innebär att de privat drivna men i huvudsak offentligt finansierade vårdgivarna är en förutsättning för en växande marknad för privata sjukvårdsförsäkringar. Denna koppling mellan privat drift och privat finansiering förnekas ofta men är glasklar inte minst för alla med en privat sjukvårdsförsäkring. Det helt dominerande skälet för en privat sjukvårdsförsäkring är ju att få snabbare vård än som vanlig offentligt finansierad patient.

Effekter

Ur ett vårdpolitiskt perspektiv innebär ett ökat antal personer med privatförsäkrade personer att:

– *Privatfinansierade patienter får en snabbare vård – en gräddfil – till privat drivna offentligt finansierade vårdcentraller, specialistmottagningar och sjukhus* (Vårdanalys Rapport 2020:3). Detta innebär att man kan ”köpa sig förtur” hos i huvudsak skattefinansierade privata vårdgivare. Om denna skattefinansierade vård i stället drivits i offentlig regi skulle varje försök att köpa en förtur i den reguljära vården avvisas och snarast betraktas som ett mutförsök. Det borde vara självklart att samma rättvisepprinciper ska gälla för all offentligt finansierad vård oberoende av om den drivs i offentlig eller privat regi.

– *Offentligt finansierade patienter får vänta längre på vård.* När privatfinansierad vård tar i anspråk vårdpersonal och andra resurser som annars hade använts till den offentligt finansierade vården ökar givetvis väntetiderna för skattefinansierade patienter (Vårdanalys Rapport 2020:3).

– *Personer med små vårdbehov prioriteras före patienter med stora vårdbehov.* Detta är sannolikt mycket vanligt eftersom personer med en privat sjukvårdsförsäkring i snitt är yngre och har mindre vårdbehov än patienter som står i vårdköer inom den skattefinansierade vården. En orsak till denna skillnad är också att personer med stora vårdbehov samt alla äldre (75+)

vanligen inte ens har en formell möjlighet att teckna en privat sjukvårdsförsäkring.

– *Vårdens solidariska finansiering på längre sikt undergrävs.*

I dag utgör den privata finansieringen via sjukvårdsförsäkringar endast någon procent av de samlade sjukvårdskostnaderna. När denna andel kraftigt ökar genom fler försäkringstagare och ett breddat vårdutnyttjande minskar sannolikt viljan att betala skatt för en sjukvård som man redan betalt via sin privata sjukvårdsförsäkring.

Kritiken mot dessa ”gräddfiler” är omfattande och insikten att offentligt finansierade patienter trängs ut blir allt tydligare. Svenska Läkaresällskapet som är läkarkårens oberoende vetenskapliga organisation konstaterar i ett skriftligt meddelande (Svenska Läkaresällskapet 12/2 2020) att ”Lagstadgade etiska principer för prioriteringar åsidosätts när faktorer som försäkringsstatus och indirekt även socioekonomisk status avgör tillgången till vård”. ”Den selektion av patienter som ett system med privata sjukvårdsförsäkringar medför innebär en prioritering som strider mot behovsprincipen.” Denna effekt förstärks ytterligare när ”urvalet av individer sedan ytterligare avgränsas och personer med ökad risk inte erbjuds försäkringsavtal”. Det är därför inte förenligt med fastlagda etiska principer ”att samhället legitimerar ett system med privata sjukvårdsförsäkringar som genväg till vård för utvalda grupper”.

Handlingsplan:

– *Prioritera insatser som minskar de långa vårdköerna.* Den avgörande orsaken till att allt fler har en privat sjukvårdsförsäkring är de långa väntetiderna inom den offentligt finansierade vården. Redan vårdgarantins accepterade väntetider upplevs av många som orimligt långa. De stora ackumulerade vårdbehov som uppstått under coronapandemin genom uppskjutna behandlingar och operationer liksom de stora rehabiliteringsinsatser som krävs för covid-19-patienter kommer att ytterligare förlänga väntetiderna under många år framöver. Det krävs därför mycket kraftfulla personella och finansiella stödåtgärder för att motverka denna utveckling.

Utöver dessa insatser för att minska vårdköerna bör behovsnarare än väntetidsbaserade kösystem vidareutvecklas.

Villkora den offentliga finansieringen av privat vinstdriven vård. Samtidigt med insatser som minskar behovet av privata sjukvårdsförsäkringar bör i lag anges att ett villkor för offentlig finansiering är att privata vårdgivare med i huvudsak offentlig finansiering inte erbjuder en gräddfil till privat finansierade patienter. I avvaktan på denna legala reglering bör ansvariga vårdpolitiker skriva in detta förbud mot gräddfiler i förfrågningsunderlag och avtal med privata offentligt finansierade vårdgivare.

Genom denna reglering kommer samma regler att gälla för all skattefinansierad vård, vid privat drift som vid offentlig drift.



Det bör däremot vara möjligt för regionerna att köpa enstaka vårdtillfällen och vårdplatser från helprivata vårdföretag för att till exempel reducera köer inom den offentligt finansierade vården.

Detta är varken ett förbud mot privat vård eller privata sjukvårdsförsäkringar. Personer med privata sjukvårdsförsäkringar kan fortfarande erhålla vård hos helprivata vårdgivare. Det är däremot ett skydd för skattefinansierade patienter att deras väntetider inte förlängs på grund av att vårdföretagen av lönsamhetsskäl prioriterar personer med privata sjukvårdsförsäkringar. Det är också ett skydd mot att privatfinansierade patienter med små vårdbehov ges förtur framför offentligt finansierade patienter med större vårdbehov vid i huvudsak offentligt finansierade privata vårdcentraler, specialistmottagningar och sjukhus.

Den föreslagna lagstiftningen och regleringen utgår från den offentliga finansiärens ansvar att säkerställa att skattefinansierad vård fördelas efter behov och att de som har störst behov ska ges företräde (HSL kap. 3 § 1 och kap. 7 § 2)

FÖRSLAG 9: UTVECKLA PRIMÄRVÅRDEN SPECIELLT I UNDERFÖRSÖRJDA OMRÅDEN

Bakgrund:

Svensk primärvård är i jämförelse med flertalet andra västeuropeiska länder av begränsad omfattning. Den politiska viljan att förstärka denna första linjens vård har under årtionden uttryckts i olika utredningar och förslag på nationell och lokal nivå.

Ett aktuellt exempel är regeringens (S, MP) proposition ”Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform” (2019/20:164). Den betonar att ”hälso- och sjukvården bör ställas om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten”. De skarpa förslag och styrmedel som krävs för detta systemskifte saknas dock i denna liksom i flertalet av de primärvårdsutredningar och förslag som presenterats under senare år. I stället utgår man från att dagens marknadsinriktade systemskifte ska vidareutvecklas trots ökade insikter om att detta ofta motverkar de vårdpolitiska mål och insatser som dessa utredningar föreslår. Målsättningen att stärka primärvårdens ställning inom vårdsystemet har inte förverkligats. En allt mindre andel av den totala sjukvårdsbudgeten går nu till primärvården.

Svagheter inom svensk primärvård är bland annat att en relativt liten andel av befolkningen har en fast läkarkontakt, bristande samordning av olika vårdinsatser och ”eviga” brister i primärvårdens kontakter med den öppna specialistsjukvården och primärkommunala organ. Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet är ofta mycket utvecklat och begränsat till information om hälsosamma levnadsvanor i samband med att patienten söker vård. Nio procent av vårdcentralerna i tre regioner uppger att de inte alls arbetar hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande i arbetet (Socialstyrelsen 2020).

Det pågående systemskiftet med ökad konkurrens och privat drift av skattefinansierad vård har i många fall – som belysts tidigare i denna skrift – förstärkt dessa brister och problem, speciellt i underförsörjda landsbygdsregioner och urbana låginkomstområden.

Det krävs därför både omfattande generella insatser för att vidareutveckla primärvården och speciella insatser för ett kvalitetslyft och förstärkning av primärvården i underförsörjda områden.

De generella respektive områdesspecifika förslag och insatser som beskrivs nedan ska läsas som ett inspel till det utvecklingsarbete som pågår på både nationell och regional nivå för en bättre och jämlikare nära vård.

Förslag på generella insatser för att utveckla primärvården

– *Ökade finansiella och personella resurser till primärvården* som används i enlighet med de mål och etiska principer som anges i hälso- och sjukvårdslagen. Primärt handlar det inte om en förstärkt primärvård inom dagens vårdvalssystem utan om en förstärkt primärvård som bidrar till en bättre och mer jämlik vård.

– *Säkerställ en fast läkarkontakt* för alla med ett tydligt ansvar för att samordna den vård och omsorg patienten behöver från andra regionala och kommunala vårdgivare.

– *Inför ett områdesansvar för alla vårdcentraler* samtidigt som det fria valet av vårdgivare finns kvar. I samverkan med samhällsmedicinsk expertis inom regionen beskrivs och analyseras såväl ohälsa- som riskfaktorer inom vårdcentralens områdesansvar. Långsiktiga samarbetsformer med olika kommunala organ, frivilliga organisationer och det lokala näringslivet utvecklas. Förstärk hälso- och sjukvårdens roll när det gäller att bistå andra sektorer med folkhälsoinsatser med medicinsk och annan kunskap.

– *Inför ett listningstak i primärvården* i takt med att det finns tillräckligt många allmänläkare och andra specialister för att alla inom sitt naturliga närområde ska kunna erbjudas en fast läkarkontakt. Normen bör vara maximalt 1 500 patienter per heltidsarbetande primärvårdsläkare/allmänläkare. Samtidigt

bör analyser göras som visar om det är motiverat med en norm på till exempel 1 000 listade per läkare i till exempel urbana låginkomstområden med stora socialt relaterade vårdbehov. Listningstak får aldrig införas om det kan innebära att patienter i till exempel glesbygden blir hänvisade till en vårdcentral långt från bostaden därför att den närmaste vårdcentralen nått sitt maximala antal listade patienter.

– *Ökade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som finansieras genom en egen budget.* Hälsopolitiska tvärssektoriella handlingsprogram fastställs för bland annat skadeförebyggande insatser mot speciellt fallolyckor, bruk av tobak och missbruk av alkohol, samt självmordsprevention. Det grupp- och samhällsinriktade arbetet leds av en folkhälsoutbildad läkare, sjuksköterska eller annan person med folkhälsoutbildning. Speciell uppmärksamhet bör ägnas insatser som minskar de sociala skillnaderna i riskexponering och ohälsa.

Vid kontakter med patienter som söker vård krävs att behov av förebyggande och rehabiliterande insatser ingår i den individuella behandlingsplanen.

– *Ökade rehabiliteringsinsatser* för att bland annat kunna möta de kraftigt ökade behoven av omfattande och långvariga insatser för personer som insjuknat i covid-19. Oroande tecken finns enligt utredningen *God och nära vård* (SOU 2020:19) på att rehabiliterande insatser från fysioterapeuter och arbets-

terapeuter ”är bland de första som huvudmännen drar in på när budgetramarna dras åt”.

Möjligheterna att förverkliga dessa förslag beror i hög grad på om regionerna kan rekrytera tillräckligt många primärvårdsläkare och annan kvalificerad vårdpersonal. Det förutsätter kraftigt ökade utbildningsinsatser samt intensifierade ansträngningar att ersätta hyrläkare och fristående digitala läkare med fast anställda läkare inom primärvården.

Vidare krävs omfattande arbetsmiljöinsatser och högre löner för vissa personalkategorier för att de som redan arbetar i vården ska önska arbeta vidare inom den offentligt finansierade vården.

Förslag på speciella insatser för att stärka primärvården i underförsörjda landsbygdsområden

Strategiska insatser och beslut för att minska gapet mellan stad och underförsörjda landsbygdsområden är:

– *Inför etableringskontroll* som möjliggör en begränsning av den relativa överetableringen av vårdcentraler i välbärgade storstadsområden och ökade möjligheter att förstärka primärvården i underförsörjda lands- och glesbygdsområden.

– *Säkerställ speciella statsbidrag och/eller ökade resurser inom ramen för det kommunala skatteutjämningsystemet* som ger underförsörjda områden de finansiella resurser som krävs för

att utveckla en lokalt anpassad primärvård av minst lika god kvalitet som i resten av landet.

– *Förbättra anställningsvillkoren* genom högre lön och längre semester för läkare och annan kvalificerad vårdpersonal. Ge personalen stora möjligheter att påverka verksamheten samt att bedriva lokalt baserat forsknings- och utvecklingsarbete. Prioritera insatser för att även ordna jobb och utbildning för medföljande familj. På nationell nivå bör klarläggas i vilken utsträckning de förmåner och principer som i dag gäller för personer som tar FN- eller Sida-uppdrag i utvecklingsländer är möjliga och lämpliga att införa för tidsbegränsade tjänster (2–4 år) i underförsörjda lands/glesbygdsområden.

– *Satsa på en utbildning som ger särskild kompetens att arbeta som läkare i glesbygden.* Läkare med denna utbildning får ett övergripande ansvar att i den region där de arbetar utveckla vården i glesbygden genom bl.a. mobila vårdteam, vidareutveckling av sjukstugemodellen, samhällsbaserade virtuella rum och en integrerad digital vård.

– *Inför obligatorisk tjänstgöring i underförsörjda lands- och glesbygdsområden.* Detta bör övervägas om andra insatser inte är tillräckliga för att säkerställa en god kontinuerlig bemanning av hälso- och sjukvården i underförsörjda lands- och glesbygdsområden.

– *Kostnadsfria transporter* till närmaste vårdcentral eller sjukhus bör erbjudas patienter som bor mycket långt från när-



STOCKHOLMARN
HAR BYGGT VÄRLDENS
DYRASTE SJUKHUS!

SÅNT SLIPPER
VI HÄR I GLES-
BYGDEN!

maste vårdcentral/läkarstation. Vid akuta fall bör det finnas en ambulans med optimala möjligheter till medicinska insatser under färden samt tillgång till ambulansflyg.

Förslag på speciella insatser för att stärka primärvården i urbana låginkomstområden

Kvalitetslyftet av primärvården i urbana låginkomstområden kräver en lokalt anpassad långsiktig strategi som bland annat omfattar följande insatser och policybeslut:

- *Ökade finansiella och personella resurser* som möjliggör en god vård som fullt ut motsvarar befolkningens större vårdbehov. Det bör finnas en basbudget som gör det möjligt att initialt anställa fler läkare, distriktssköterskor, psykologer och kvalificerade tolkar än det normalt finns i andra mer resursstarka områden.

- *Inför en avgiftsfri primärvård.* På sikt bör det införas i samtliga sjukvårdsregioner (som det sedan länge finns i till exempel Danmark och England).

- *Inför som norm ett lägre antal listade patienter per läkare än i andra delar av regionen* med hänsyn till vårdbehovens storlek och komplexitet. I dag är det ofta tvärtom fler listade per läkare i områden där vårdbehoven är störst.

- *Erbjud goda möjligheter att bedriva lokalt forsknings- och utvecklingsarbete* för läkare och annan kvalificerad personal

som arbetar i dessa områden. En längre tids tjänstgöring i dessa områden bör ses som extra meriterande.

– *Utveckla det utåtriktade uppsökande arbetet* med inriktning mot bland annat alla nyblivna mödrar, socialt utsatta familjer, nyanlända från utomeuropeiska länder och ensamstående med stora otillfredsställda vårdbehov. De positiva erfarenheterna från det så kallade ”Rinkeby-projektet” bör beaktas i detta utvecklingsarbete (DN 2020-03-06). Det är vidare av strategisk betydelse att någon form av socialmedicinska team bör finnas i alla områden där en stor andel av befolkningen har en mycket hög socialt relaterad ohälsa.

– *Hög prioritet för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser* i det reguljära mötet med patienter som söker vård. Grupp- och samhällsinriktade förebyggande åtgärder bör kraftigt förstärkas och finansieras med en särskild folkhälsobudget vars storlek bestäms av omfattningen av lokalt påverkbara hälsorisker samt andelen barn i området. Det tvärssektoriella folkhälsoarbetet utvecklas och förstärks genom ett för regionen och kommunerna gemensamt samordningsorgan för det lokala folkhälsoarbetet.

FÖRSLAG 10: SKÄRP HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN (HSL)

Bakgrund:

Den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen kom till när nästan all skattefinansierad vård drevs i offentlig regi. Under det senaste årtiondet drivs som en följd av lagen om valfrihets-system allt fler vårdcentraler och specialistmottagningar av privata vårdföretag. Utredningen *God och nära vård* (SOU 2020:19) aktualiserar att privata vinstdrivna vårdgivare inte adresseras ”i någon större utsträckning i lagstiftningen”. Utredningen konstaterar att det ”idag görs väldigt olika uttolkningar av befintliga regelverk av olika huvudmän”. Man konstaterar vidare ”att det ofta saknas möjlighet att pröva frågorna och få klargöranden kring rättsläget om inte frågan drivs till domstol”. Det är utredningens bedömning ”att olika tolkningar av rättsläget riskerar att bidra till en ojämlig vård för landets invånare samt försvåra möjligheten att samverka mellan olika aktörer” (SOU 2020:19, s. 135).

En allvarlig svaghet med den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen är också att det inte finns några sanktioner när den förda vårdpolitikens effekter strider mot HSL:s mål och riktlinjer. Denna brist på en skarp lagstiftning har i många fall som illustrerats ovan lett till en normalisering av en vårdpolitik som strider mot HSL:s mål och etiska principer.

Effekter:

Den nuvarande ramlagstiftningen innebär att

– hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål och riktlinjer allt oftare förblir stolta deklARATIONER utan styrkraft för vårdpolitiska beslut och prioriteringar

– skarpa kommersiella lagar överordnas mjuka hälso- och sjukvårdspolitiska lagar och regelverk

– enskilda personer inte kan kräva överprövning av ett beslut eftersom hälso- och sjukvårdslagen inte är en rättighetslag utan en ramlag som anger regionfullmäktiges skyldigheter att tillhandahålla en god vård.

Det krävs därför en skarpare hälso- och sjukvårdslag vars mål och riktlinjer styr inriktningen av hälso- och sjukvårdspolitiken.

Handlingsplan:

– Tillsätt en parlamentarisk utredning med uppgift att skärpa hälso- och sjukvårdslagen så att:

– medborgarnas rätt till god vård på lika villkor förstärks genom att delar av HSL blir en rättighetslag

– kommersiella lagar inte överordnas HSL:s mål och etiska principer för skattefinansierad vård.

– Utred förutsättningarna att stärka medborgarnas äganderätt av offentliga verksamheter. I dag är endast den privata äganderätten grundlagsskyddad.

– Säkerställ i lag att privata vårdföretag inte har rätt att handla med rätten till offentlig finansiering. Beslut om offentlig finansiering av en viss verksamhet ska beslutas av finansören (ansvariga regionpolitiker) inom ramen för den demokratiska beslutsprocessen.

– Klarlägg i en periodisk rapport om den förda vårdpolitiken bidrar eller strider mot HSL:s mål, riktlinjer och etiska principer. Ansvar för att periodiskt ta fram denna rapport bör ligga på Socialstyrelsen, och rapporten bör utföras i nära samarbete med Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Inspektionen för vård och omsorg och Statens medicinsk-etiska råd (SMER).

– Inrätta ett fristående ”etiskt råd” på nationell nivå med funktioner liknande ”lagrådet” för att bedöma om förslag till policybeslut och lagar är i enlighet med de etiska principer som riksdagen fastställt.

Förslag som dessa syftar ytterst till att bevara och stärka den värdegrund och människosyn som under lång tid präglat – och fortfarande präglar – svensk hälso- och sjukvård. I dag är denna värdegrund hotad av de värderingar och mål som finns på kommersiella marknader. Vad som är rätt och rimligt i ett kommersiellt perspektiv kan vara helt fel och orimligt i ett vårdpolitiskt perspektiv. Dagens vårdpolitik utgår ofta från att dessa två perspektiv kan förenas. I praktiken leder det till en olycklig gråzon – en sammanblandningsideologi – där kommersiella

intressen ofta överordnas vårdpolitiska mål och etiska principer. Det krävs därför en lagstiftning som eliminerar denna gråzon och säkerställer att HSL:s mål och etiska principer i praktiken styr vårdens inriktning och prioriteringar.

Coronapandemins vårdpolitiska effekter

När detta skrivs (juli 2020) pågår den fruktansvärda coronapandemi som drabbar världen och Sverige. Debatten om Sveriges val av coronastrategi blir allt intensivare när internationella jämförelser visar att Sverige i juli 2020 var ett av de länder i Europa som hade den högsta kumulativa covid-19-dödligheten – över 52 per 100 000 per invånare (Europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC den 4 juli 2020). Regeringen har tillsatt en nationell kommission för att analysera genomförande och effekter av den svenska coronastrategin.

I denna skrift begränsar vi oss till några få reflektioner kring hur pandemin kan tänkas påverka den framtida vårdpolitiken.

Förtroendet för den offentligt drivna regionala vården har förstärkts. Utgångsläget när Sverige drabbades av coronapandemin var dåligt. Intensivvårdsplatserna hade reducerats till en lägre

nivå än i flertalet europeiska länder, skyddsutrustning saknades och inom många områden rådde personalbrist. Trots detta har vårdpersonalen inom den offentligt drivna vården genom ett uppoffrande arbete framgångsrikt hållit i styråran under coronastormen. Konsulter med de senaste moderiktiga vårdmodellerna har lyst med sin frånvaro. New public management-filosofin förkastades när man såg att ”just in time”-system leder till livshotande brister på medicinsk skyddsutrustning. Få om någon förordar i dag en smart slimmad organisation utan några säkerhetsmarginaler. Borta är också de som förordar ökad konkurrens när det gäller att säkerställa bästa möjliga samordning och samverkan. Få tror att marknadskrafter och vinststyrd vård kan möta dagens stora utmaningar. Kraven att avskeda ett stort antal läkare och annan kvalificerad medicinsk personal från sjukhusen i Stockholm känns främmande när man nu ska möta de stora uppdämda vårdbehov och rehabiliteringsinsatser som följer i spåren av coronapandemin. Tvärtom krävs en nationell plan med kraftigt förstärkta resurser för att möta denna så kallade vårdskuld och rehabiliteringen av de ofta svåra och långvariga effekterna av covid-19.

Förhoppningsvis kommer erfarenheter som dessa att leda till en alltmer tillitsbaserad styrning av vården i stället för dagens ekonomistyrning. En tillitsbaserad styrning som ger professionen ett tillräckligt stort beslutsutrymme för att kunna bedriva bästa möjliga vård.

Den kommunala sjukvården måste utvecklas och förbättras. Coronapandemin har tydliggjort stora brister i den primärkommunala vården och omsorgen. Äldre i särskilt boende är särskilt drabbade. Ungefär hälften av de som dött i covid-19 har bott i särskilt boende. Samma höga andel av den totala covid-19-dödligheten återfinns i flertalet i-länder (The Economist 25/720). I Sverige var den totala registrerade covid-19-dödligheten 5 572 personer vecka 28 2020 (Folkhälsomyndighetens veckorapport om covid-19 vecka 28).

Det är orimligt att sköra äldre med stora vårdbehov som har särskilt boende ofta har det sämsta smittskyddet och den sämsta tillgången till god vård.

Coronapandemin har tydliggjort dessa brister med en dramatik som sannolikt leder till omfattande kvalitetshöjande utvecklingsinsatser där den kommunala sjukvården blir en integrerad del av den regionala primär- och specialistsjukvården.

Synen på offentlig finansiering av privat vinstdriven vård förändras. Den offentligt finansierade vård som drivs av privata vårdföretag är ingen självklar resurs i den mobilisering som krävs under denna coronapandemi. Om de privata företagen önskar och finner det lönsamt kan de sälja sina tjänster till regionen. Men de kan vanligen inte åläggas att delta i de omprioriteringar som krävs inom den offentligt drivna vården. Den offentliga vården har däremot visat stor innovativ kraft att

möta coronapandemins utmaningar. Detta förstärker sannolikt intresset för att utveckla och förstärka den offentliga vården snarare än att se ökad privatisering som en patentlösning på problem inom vården.

Ledningen och samordningen under krisen har inte fungerat bra. Det har ofta varit oklart vem som har ansvar för vad. Det gäller bland annat ansvar för beredskapslager, läkemedelsförsörjning samt testning och spårning inom befolkningen. Det har också funnits en tröghet i systemet som på ett olyckligt sätt fördröjt olika insatser.

När coronapandemin börjar klinga av krävs en omfattande analys som mynnar ut i förslag om en tydligare ansvarsfördelning. Utan att föregå denna utrednings förslag är det rätt uppenbart att den nationella styrningen måste förstärkas både på politisk nivå och på myndighetsnivå. Det gäller bland annat den nationella läkemedelsförsörjningen, beredskapslager för skyddsutrustning samt utveckling av en samordnad nationell digital infrastruktur. Regeringens och riksdagens vårdpolitiska ansvar måste förtydligas och stärkas samtidigt som Sveriges Kommuner och Regioners vårdpolitiska roll begränsas. Huvudansvaret för vården bör dock fortfarande vara regionalt.

Etiska principer får större betydelse vid utformningen av morgondagens vårdpolitik. De etiska frågorna har kommit i förgrunden under coronapandemin. IVO:s granskning av vården

för äldre som bor i särskilt boende har bland annat visat att det i många fall enbart görs generella – inte individuella – bedömningar av vårdbehov och att läkare ordinerat palliativ vård per telefon utan att undersöka patienten på plats. Andra signaler pekar mot att äldre patienter inte får den intensivvård de har rätt till trots att det finns kapacitet. Detta har skapat en viktig etisk debatt om att ålder i sig aldrig får vara ett kriterium för vårdens prioriteringar. Vi hoppas och tror att pandemin bidragit till att allt fler inser betydelsen av etiska principer även vid utformningen av morgondagens vårdpolitik.

Lär av andras erfarenheter. Den svenska coronastrategin skiljer sig från andra jämförbara länders strategier. Det finns skäl befara att den inneburit en högre dödlighet än i andra länder. Om detta är ett riktigt kommer förhoppningsvis att klarläggas av den coronakommission som regeringen tillsatt.

En fråga som redan nu bör aktualiseras är användningen av munskydd. Sverige är i dag det enda i-land som ”både har en aktiv smittspridning och inte har en rekommendation om munskydd” (Lena Einhorn i Expressen 2020-07-21). Detta trots att WHO nu konstaterat att munskydd ger ett visst skydd både mot att bli smittad och mot att smitta andra. Den vetenskapliga tidskriften *The Lancet* (Chu m.fl. 2020-06-01) konstaterar också på basis av 172 observationsstudier och 44 kontrollerade studier att munskydd i allmänhet leder till en minskning av risken för infektion.

Mot denna bakgrund borde ansvariga svenska politiker ha beaktat dessa internationella erfarenheter och beslutat att munskydd måste användas även i Sverige vid besök i affärer, inom kollektivtrafiken och på allmänna platser som är inomhus.

Högre prioritering av socialt utsatta områden och grupper. Coronapandemin slår hårdast mot arbetare, låginkomsttagare och invandrare från vissa utomeuropeiska länder (till exempel från Irak, Somalia och Syrien). Detta återspeglas i att andelen smittade är mycket hög i invandrartäta låginkomstområden som Rinkeby i Stockholm och Ronna i Södertälje medan smittspridningen är mycket begränsad i höginkomstområden som Djursholm och Östermalm i Stockholm (se till exempel en kartläggning av tidningen Expressen, Expressen 2020-06-30). Analyser har också visat att överdödligheten är mycket stor bland vissa utomeuropeiska invandrar/flyktinggrupper (Hansson m.fl. i Läkartidningen 2020-06-29).

Yrken med den högsta relativa risken att smittas var enligt Folkhälsomyndigheten mellan mars och slutet på maj taxiförare, pizzabagare samt buss- och spårvagnsförare, det vill säga serviceyrken med många personkontakter varje dag (Folkhälsomyndigheten 2020-06-25).

Dessa sociala, etniska och yrkesrelaterade skillnader i risk för smitta och överdödlighet borde ges samma uppmärksamhet som överdödligheten och smittspridningen bland äldre i särskilt boende.

Detta kräver analyser av de viktigaste orsakerna till dessa klasskillnader i spridning och dödlighet i covid-19. En grundläggande skillnad som då måste uppmärksammas är de stora och ökande skillnaderna i ohälsa och förtida död som finns mellan hög- och låginkomsttagare. Det bidrar till att låginkomsttagare genom många underliggande sjukdomar ofta blir en riskgrupp även vid en coronapandemi. Långsiktiga lokalt och kulturellt förankrade folkhälsoinsatser och en väl utbyggd primärvård i socialt utsatta områden är därför av strategisk betydelse även ur ett smittskyddsperspektiv. Strukturella skillnader måste uppmärksammas och åtgärdas, som trångboddhet, flergenerationsboende liksom yrkesrelaterade skillnader i möjlighet till social distansering och anställningsvillkor/arbetsmiljö. Vidare måste rekommendationer när det gäller det personliga smittskyddet vidareutvecklas och förstärkas i nära dialog med berörda grupper. Dessa råd och riktlinjer måste utgå från de vardagsvillkor som gäller för dessa grupper som ofta har minst möjlighet att följa de allmänna råden om att arbeta hemma, undvika kollektivtrafik och hålla avstånd.

Tidigare problem förstärks.

Oberoende av hur coronapandemin på lång sikt kommer att påverka vårdpolitiken kommer de problem och utmaningar som präglade vården före denna kris i än högre grad att präglade vården när coronapandemin klingar av.

De vinststyrda valfrihetssystemen leder fortfarande till en alltmer ojämlig vård. Vårdens finansiering kommer att utgöra ett än större problem när kraven på rehabilitering av covid-19-patienter ökar samtidigt som det krävs kraftigt ökade resurser för att kunna möta det ackumulerade vårdbehov av planerade operationer och behandlingar som ställts in under coronakrisen. Förutsättningarna för att säkerställa de ökade finansiella resurser som krävs kommer dessutom att vara sämre i ett läge med minskande skatteintäkter på grund av hög arbetslöshet och en allmän lågkonjunktur. Detta kräver behovs- inte lönsamhetsbaserade prioriteringar av knappa vårdresurser. Det är ett enormt resursslöseri att inte satsa knappa vårdresurser där de bäst behövs.

En avslutande kommentar

En av de stora reformerna under 2020-talet måste bli att vända dagens negativa trender inom hälso- och sjukvården genom att utveckla en behovsbaserad och icke vinststyrd hälso- och sjukvård.

De förslag som redovisas i denna skrift är av strategisk betydelse i detta utvecklingsarbete. Det krävs dock politisk vilja och makt för att kunna genomföra många av dessa förslag. I dag saknas ofta båda dessa förutsättningar.

Samtidigt önskar allt fler en bättre och jämlikare vård. Drivkrafter för att förverkliga detta finns bland politiker på nationell, regional och kommunal nivå samt inom fackföreningsrörelsen. De finns också i hög grad bland de som arbetar inom vården och inom folkrörelser som PRO och ABF. Det finns dessutom en i dag relativt tyst men stor majoritet inom befolk-

ningen som önskar en behovs- snarare än en vinststyrd hälso- och sjukvård.

Det är vår förhoppning att de förslag som finns i denna skrift kan inspirera och stödja några av de många som i dag på olika sätt arbetar för en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård.

Stockholm i oktober 2020

Göran Dahlgren och Lisa Pelling

Referenser

Statliga utredningar, propositioner och lagstiftning

Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30), förkortad HSL.

Regeringens proposition 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.

Regeringens proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.

Regeringens proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. *Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.*

SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval: Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet. Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.

SOU 2018:55 Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning. *Delbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.*

SOU 2017:56 Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? Delbetänkande från Tillitsdelegationen.

SOU 2017:48 Kunskapsbaserad och jämlik vård: Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.

Myndighetsrapporter

Folkhälsomyndigheten (2020). Folkhälsomyndighetens veckorapport om covid-19 vecka 28

Folkhälsomyndigheten (2020). ”Förekomst av covid-19 i olika yrkesgrupper”. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/forekomst-av-covid-19-i-olika-yrkesgrupper/>

Konkurrensverket (2014). *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*. Rapport 2014:2.

Konkurrensverket (2012). *Kommunernas valfrihetssystem – så fungerar konkurrensen*. Delrapport. Rapport 2012:1.

Riksrevisionen (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* RiR 2014:22.

Socialstyrelsen (2020) *Arbetsätt för jämlik vård: Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen*.

Statens medicinsk-etiska råd SMER (2019). *Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys*. Rapport 2019:2.

- Vårdanalys (2020). *Privata sjukvårdsförsäkringar: Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*. Rapport 2020:3.
- Vårdanalys (2019). *Omotiverat olika: Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården*. Rapport 2019:8.
- Vårdanalys (2018). *Förnuft och känsla: Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2018:4.
- Vårdanalys (2017). *Primärvårdens resurser, styrning och organisation. En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien*. PM 2017:1.
- Vårdanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. PM 2016:5.
- Vårdanalys (2015). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder*. Rapport 2015:9.
- Vårdanalys (2015). *Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande*. Rapport 2015:6.
- Vårdanalys (2015). *Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning*. Rapport 2015:1.
- Vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården*. Rapport 2013:1.
- Vårdanalys (2012). *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?* Rapport 2012:1.

Övriga referenser

- Agerholm, J. (2016). *Analysing equity in outpatient care in Stockholm county and the impact of using different data sources*. Doktorsavhandling, Institutet för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet.
- Anell, A (2015). The public-private pendulum--patient choice and equity in Sweden. *New England Journal of Medicine*, vol. 372, nr. 1, s. 1–4. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1411430>
- 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*.
- Berg, E., R. Eilertsen och A. Wahl (2013-04-10) ”Kronikk: Helseopprøret i Skottland” i *Klassekampen*.
- Burström, B., Burström, K., Nilsson, G. m fl. (2017). ”Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review” i *International Journal of Equity in Health* 16, 29, 2017.
- Chu, D. K, m.fl. (2020). ”Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis” i *The Lancet* 1 juni 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9) Dagens Samhälle (2016). Nr 7 2016.
- Dahlgren C., Brorsson H., Sveréus S., Goude F, Rehnberg C. (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm*. SLL/KI, Stockholm.
- Dahlgren G. (2018) *När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ*. Premiss förlag. Arena idé i samarbete med nätverket Gemensam Valfärd.

- Dahlgren, G. (1994). *Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare*. Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med Institutet för Framtidsstudier.
- Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar ECDC (2020-07-04). Situation dashboard – COVID-19 cases in Europe and worldwide. <https://qap.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/COVID-19.html>
- Expressen (2020-07-21). ”Svenska forskarnas varning till USA: Gör inte vad vi gjorde”.
- Expressen (2020-06-28). ”Corona härjar bland fattiga – rika klarar sig”. <https://www.expressen.se/nyheter/qs/koderna-avslojar-har-smittas-flest/>
- Hansson, E., M. Albin, M. Rasmussen och K. Jakobsson (2020-06-29). ”Stora skillnader i överdödlighet våren 2020 utifrån födelseland” i *Läkartidningen* <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/originalstudie/2020/06/stora-skillnader-i-overdodlighet-varen-2020-utifran-fodelseland/>
- Häger Glenngård, A. (2015). *Primärvården efter vårdvalsreformen. Valfrihet, kvalitet och produktivitet*. Stockholm: SNS Förlag.
- Hultqvist, P. (2020). *Hundra procent socialdemokrati*. Stockholm: Tankesmedjan Tiden.
- Isaksson, D., Blomqvist, P. & Winblad, U. (2015). ”Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity” i *BMC Health Service Res* 16, 28 (2015).
- Rehnberg C., Janlöv N., Khan J., Lundgren J. (2010). *Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två*

- första årens erfarenheter*. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, rapport 2010:12, Stockholm.
- Rosenberg, G. (2013-05-04). ”Vinstvårdare”, kulturartikel i *Expressen*.
- SKR (2019). *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019: Öppna jämförelser*. Hämtad från www.vardenisiffror.se
- Svenska Läkarsällskapet (2020-12-02). Privata sjukvårdsförsäkringar leder till vård på olika villkor. Uttalande från Delegationen för medicinsk etik.
- Svenskt Näringsliv (2016). *Jämlig vård och fria vårdval*. Rapport författad av Clas Rehnberg med fristående kommentar från Svenskt Näringsliv.
- Svenskt Näringsliv (2014). *Värde i välfärden – Ersättningssystem som främjar kvalitet och effektivitet i primärvården*. En rapport skriven av Sirona Health Solution på uppdrag av Svenskt Näringsliv.
- Taxén, L. (2020). *Skottland visar vägen – En annan sjukvård är möjlig*. Stockholm: Arena Idé och Gemensam Välfärd.
- The Economist (2020-07-25). ”Who cares? The pandemic shows the urgency of reforming care for the elderly”. July 25th 2020 edition. <https://www.economist.com/international/2020/07/25/the-pandemic-shows-the-urgency-of-reforming-care-for-the-elderly>
- Therborn G. (2018). *Kapitalet, överheten och alla vi andra. Klasssamhället i Sverige – det rådande och det kommande*. Lund: Arkiv förlag i samarbete med Katallys – institut för facklig idéutveckling.
- Tudor Hart, J. (1971). ”The Inverse Care Law”. *The Lancet*. 297: 405–412.

Whitehead, M., Dahlgren, G., Evans, T. (2001). "Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?" i *The Lancet* vol. 358, nr 9284, s. 833–836. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05975-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05975-X)

