

Offentlig eller privat sjukvård ?

Göran Dahlgren

Maria Sundvall

Bengt Järhult

Huvudtexten i denna skrift (sidorna 13-43) arbetades fram inför en konferens i Stockholm i oktober 2005. Den är författad av **Göran Dahlgren**, Folkhälso-
råd emeritus och gästprofessor vid Liverpool University. Under senare år har han arbetat mycket som rådgivare åt den vietnamesiska regeringen och WHO.

SITS - Sjukvården inte till salu såg till att texten trycktes upp till konferensen 2005. Vi väljer att ge ut den på nytt eftersom **vi tycker att analysen bara blir mer relevant och aktuell för varje månad som går.**

Maria Sundvall, läkare och aktiv i vårt nätverk, har i sin artikel (sid 3-7) gjort en sammanfattning av nuläget vintern 07/08, framför allt i Stockhoms Läns Landsting.

Bengt Järhult, läkare i Växjö, skriver i sin artikel (sid 8-12) om hur ensidigt sjukvårdsdebatten handlat om tillgänglighet medan andra aspekter negligerats.

November 2007

Nätverket för Gemensam Välfärd
info@gemensamvalfard.se
www.gemensamvalfard.se

Försöks- och experimentgrupp - Stockholms befolkning

av Maria Sundvall

Det är akut läge i svensk sjukvård. Sedan valet 2006 har förslagen kommit tätt, och allra snabbast går utvecklingen i Stockholms län. Inför 2008 kommer kartan över vårdens landskap att ritas om.

En hearing arrangerad av Nätverket Gemensam välfärd i november 2007 på ABF-huset i Stockholm gav en ögonblicksbild av denna snabba omvälvning.

En av huvudtalarna var Göran Dahlgren, vårdforskare, gästprofessor vid Liverpool University och WHO-expert, som också skrivit den rapport från 2005 som vi här ger ut i nytryck. Dahlgren utgick från läget i Stockholm, där en kundvalsmodell kallad Vårdval Stockholm kommer att införas 1 januari 2008. Privatläkare kommer genom enkel auktorisation att få tillstånd att etablera sig fritt var de vill i länet. Patienten väljer vårdcentral och vårdgivaren ersätts per besök. Hittills har 500 vårdgivare auktoriserats.

Göran Dahlgren visade hur Vårdval Stockholm kommer att leda till att de redan stora sociala ojämlikheterna i vårdutnyttjande i Stockholms län kommer att öka samtidigt som kostnaderna skenar.

Socialmedicinare Jan Halldin varnade vid hearingen för att socialt utsatta grupper kommer att drabbas särskilt hårt, genom att de särskilda socioekonomiska tilläggsresurserna till vårdcentraler i förorterna tas bort.

Alla yrkeskategorier utom läkarna kommer att bli mindre lönsamma för vårdcentralerna, vilket redan lett till att tjänster dragits in. Kurator Kerstin Röhne vittnade vid hearingen om att 30 av 100 kuratorstjänster kommer att försvinna, trots att primärvården fått ett ökat ansvar för psykosocial behandling. Stödet till personer i riskzonen för alkoholberoende drabbas – trots att just detta riskbruk under senare år blivit ett allt större problem.

På motsvarande sätt försvinner var femte tjänst från familjecentralerna på Järvaområdet i nordvästra Stockholm, eftersom ersättningen inte räcker till att bekosta deras löner. Detta sker utan hänsyn till barns behov – trots att landstinget skrivit på barnkonventionen. Det sker i ett läge när behovet av familjecentralernas stöd till nyanlända flyktingfamiljer är större än på mycket länge.

Meddelarfriheten försvinner

Alla de anställda som går över till privat drift kommer att förlora sin meddelarfrihet, enligt en artikel i Dagens Medicin 14 november 2007. Tidigare har landstinget sett till att skriva in meddelarfriheten i avtalen, men i den aktuella auktorisationen har det kravet tagits bort. Statsvetarprofessor Lennart Lundqvist betecknar i artikeln utvecklingen som en demokratisk katastrof.

I landstinget har s, v och mp röstat mot Vårdval Stockholm, men kritiken har försvagats sedan de ledande socialdemokraterna Ingela Nylund-Watz och Dag Larsson i en debattartikel i Dagens Nyheter 31 oktober 2007 deklarerade, att de är positiva till privatiseringar inom primärvården, men inte av akutsjukhusen. Argumentet är att primärvården skulle ha ett ”enklare tjänsteinnehåll” – något som stämmer illa med verkligheten. Primärvården har tvärt emot en central roll för att tillgodose det komplicerade samspelet mellan medicinska, förebyggande och sociala insatser – ett samspel som inte gynnas av att vinstintresset förs in.

Halland

I Halland har en liknande modell införts och ofta beskrivits som en succé. En artikel i Göteborgs-Posten 18 november 2007 ger emellertid en annan bild. Vid Andersbergs vårdcentral i ett socialt utsatt område i östra Halmstad kommer sjukgymnasten, kuratorn, arbetsterapeuten och psykologen att sägas upp eller få minskad tjänstgöringsgrad. I detta område med många patienter med kroniska sjukdomar och många invandrapatienter går det inte att öka antalet besök per dag tillräckligt mycket för att få budgeten att gå ihop.

Många har talat för att man bör utvärdera Vårdval Halland innan man går vidare med samma experiment på andra orter. Men det hindrar inte att modellen nu sprider sig till andra landsting. Skälet är tydligt ideologiskt. Det som nu gäller är privatisering till varje pris.

Närakuterna i Stockholm läggs ned

Det illustreras också av beslutet i Stockholmslandstinget att lägga ned nio av 13 närakuter, trots att de varit välfungerande och ökat trygghet och tillgänglighet för lokalbefolkningen – istället ska fyra nya ”närakuter” med lägre servicegrad starta i anslutning till akutsjukhusen. Eftersom de ligger inne på sjukhusen blir de steg på väg mot den privatisering genom nedbrytning av akutsjukhusen som startlagen från i maj 2007 öppnar för. Ett första steg har redan tagits genom att den nya barnnärakuten vid Astrid Lindgrens barnsjukhus lagts ut på privat drift.

Startlagen

Startlagen ger landstingen möjlighet att lägga ut hela akutsjukhus, ja till och med universitetssjukhus på privat drift. Den öppnar också för privata försäkringspatienter att få vård vid offentligt drivna sjukhus.

När startlagen presenterades väckte det en viss uppmärksamhet att den stred mot det till synes tydliga besked Fredrik Reinfeldt gav i valrörelsen 2006: ”vi tänker inte sälja ut några akutsjukhus”. Även efter beslutet tonades lagens betydelse ner av de borgerliga företrädarna. Det fanns inga konkreta planer, försäkrade man.

Under hösten 2007 har nätverket Gemensam välfärd genomfört en enkät bland landets landstingspartier. Enkäten visar att nio av tio borgerligt styrda landsting planerar att lägga ut delar av sjukhusvården på entreprenad. De borgerliga företrädarna ser överhuvudtaget inga problem med privat drift eller med privata försäkringspatienter. Tvärtom, de hävdar att privat drift är effektivare, billigare och ökar tillgängligheten.

Det är påståenden utan stöd i fakta. Antingen saknas forskning eller så pekar den i motsatt riktning. När det gäller kostnaden är det symptomatiskt att det starkt privatiserade sjukvårdssystemet i USA också är bland de dyraste.

I den artikel av distriktsläkare Bengt Järhult från Jönköping som vi publicerar här går författaren igenom argumentet att privatisering leder till ökad tillgänglighet. Är det verkligen alltid tillgänglighet vi vill ha? frågar Järhult, och ställer det mot vården som kontinuitet, och omhändertagande av de svårare sjuka. Och han jämför också tillgänglighet mätt i vårdköer med geografisk och ekonomisk tillgänglighet – och finner att de senare formerna av tillgänglighet inte alls ökar vid privatisering.

Två nyheter under senhösten visar åt vilket håll utvecklingen är på väg:

Barnsjukhuset Martina

Nyligen meddelades att det kommer att starta ett privat barnsjukhus, Martina, på Östermalm. Sjukhuset ska drivas privat och vara öppet för privata försäkringspatienter. Tidigare har borgerliga debattörer hävdat att det som skyddar den svenska vårdmodellen är att finansieringen är offentlig. Nu skyndade sig samma debattörer att konstatera att Martina inte utgör något hot – eftersom sjukhuset ska finansieras privat, och således inte ta några resurser från utan ”avlasta” den offentliga vården.

Argumentet håller inte. Att det finns ett kommersiellt intresse för att starta ett privat barnsjukhus beror på att alliansen genom startlagen gjort det attraktivare att teckna privat försäkring. Och det privata barnsjukhuset undergräver i sin tur den offentliga vården. Viljan att betala skatt hos dem som tecknar en privat försäkring kommer att minska. Dessutom kommer barn från barnsjukhuset att kunna remitteras till Astrid Lindgren, och på så sätt få en gräddfil in i den offentliga vården.

Södertälje

Den 12 november tog landstingets allmänna utskott ställning till en konsultrapport som föreslår inte bara att sjukvården i Södertälje, Nykvarn och Salem läggs ut på privat drift – utan också att beställarfunktionen privatiseras.

Så mycket för löftena om att inte sälja ut något privatsjukhus! Så mycket för propagandan om att det bara handlar om att skapa mer ”mångfald”! Konsultrapportens förslag innebär i praktiken att man upprättar ett privat vårdmonopol för Södertälje, Nykvarn och Salem. Lika allenarådande som någonsin landstinget kunnat anklagas för att vara. Men med mindre insyn för allmänhet och politiker och i värsta fall utan meddelarfrihet för personalen!

Kanske är det just det som är meningen. Konsultrapporten talar enligt Svenska Dagbladet 11 november om att ”en privat beställare hamnar också längre bort från politiken och bör kunna få mer utrymme att beställa vård utan detaljerad politisk styrning”.

Tydligare kan det inte sägas: den demokratiska styrningen och insynen hotas – av dem som har i uppdrag att utöva den. Om förslaget genomförs abdikerar politikerna frivilligt från uppdraget att företräda samhället och medborgarnas behov av vård. Visserligen talas det om att politiker fortfarande ska besluta om ”mål och ramar”, men erfarenheterna är många av svårigheten med uppföljningar även i system med högre grad av insyn.

Ett Sicko i Södertälje – det är vad konsultrapportens förslag skulle leda till. Precis som de stora försäkringsbolagen, HMO:s, i USA både betalar och beslutar om vilken vård som ska ges – precis på samma sätt blir de som behöver vård utlämnade till ett bolags bedömningar av vilken vård som ska beställas. Precis som i USA riskerar ett sådant system att leda till att man sparar in på vården för att säkra vinsterna, utan möjlighet till kontroll för allmänhet och politiker.

Motståndet växer

Det finns motreaktioner på utvecklingen. I Kronobergs län, där landstinget har beslutat att lägga ut Ljungby sjukhus på privat drift, har ett antal chefredaktörer, även på borgerliga tidningar, krävt att meddelarfriheten då ska gälla. Och nu har LO och socialdemokraterna startat en namninsamling mot privatiseringen.

Sjuksköterskorna Berit Renemar och Lena Svensson från närakuten i stockholmeförorten Jakobsberg berättade vid hearingen, om hur personalen där samlat in 36 000 namn i protest mot nedläggningen. De anställda vid familjecentralerna på Järvafältet har samlat in ett par tusen namn. I Södertälje råder förstämning och oro bland personalen på sjukhuset, men diskussionen har bara startat inom och mellan facken.

Vid hearingen berättade Ami Rohnitz, ordförande i Riksförbundet Social och Mental Hälsa, Stockholm, om förbundets kritik av Stockholms stads beslut att konkurrensutsätta verksamheter för psykiskt funktionshindrade. Tillit och kontinuitet är viktigare för personer med psykiska funktionshinder, än en valfrihet som blir en chimär, förklarade Rohnitz.

På samma sätt har andra handikapporganisationer uttryckt kritik av Vårdval Stockholm och andra former för privatisering.

Sådana exempel inspirerar – men måste bli mångdubbelt fler. Särskilt viktigt är det att alla de som berörs av vårdens förändringar – patienter, anhöriga, personal – samlas och samlar sina krafter för att försvara allas lika rätt till vård efter behov. Vår förhoppning är att denna skrift ska vara ett stöd i den nödvändiga samlingen.

2007 11 19

Maria Sundvall

Ökad tillgänglighet – för vem?

av Bengt Järhult

Artikeln är tidigare publicerad i Läkartidningen nr 47 2007

Sjukvårdens ohälsa har en komplex bakgrund, men i den politiska strategin under senare år har en yttring, tillgängligheten, överordnats allt annat. Och det är bara en dimension i tillgängligheten, väntetiden, som intresserar. Att in absurdum fokusera på ett symptom hos en multisjuk patient skulle för en läkare leda till stränga disciplinära påföljder.

Jag har inspirerats av en hearing den 4 november arrangerad av »Nätverket för gemensam välfärd« [1]. Den behandlade marknadstänkandet i vården, och bl a författaren Göran Rosenberg och folkhälsorådet Göran Dahlgren deltog. Dahlgren har numera en gästprofessur i Liverpool och medverkar i olika WHO- och EU-finansierade program för bättre och jämlikare hälsa och sjukvård. En del vittnesmål från hearingen kommer att finnas på nätet [1], och där finns också en analys av offentlig kontra privat sjukvård [2]. Frågan om tillgänglighet är nära knuten till vinstdriven vård, ett av symposierna på riksstämman.

Den geografiska tillgängligheten har lyst med sin frånvaro i debatten. Sverige är i dag ett i många avseenden segregerat land. Låginkomstgrupper, som ofta bor i ytterområden, bl a i Stockholm, har 50–100 procent större vårdbehov än mer välsituerade men har ändå inte fler läkarbesök/ 1 000 invånare. Den öppna vården ges alltså inte i proportion till vårdbehoven – i strid med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Situationen är likartad i hela landet, men Stockholm kommer 2008 att avveckla det extra stöd den öppna vården fått i utsatta områden. Landstingsledningen försäkrar att Vårdval Stockholm – liknande kundvalsmodeller är på väg i många borgerligt styrda landsting – inte kommer att försämra tillgängligheten för svaga grupper. Att detta inte är trovärdigt visas av hur privatvården i Stockholm redan i dag fördelas.

Den stora koncentrationen av privatläkare till innerstaden, där efterfrågan kan exploateras, har inneburit en extrem snedfördelning av sjukvårdsutnyttjandet. Trots att södra Stockholm har de absolut största vårdbehoven allokeras privatutbudet till i huvudsak norra delen av staden så att vissa specialiteter är 7–8 gånger

vanligare i norr. Inpendling till arbetsplatser med åtföljande läkarbesök är bara en mindre förklaringsfaktor. Sammantaget är utnyttjandet av privatvården dubbelt så högt för hög- som för låginkomsttagare. Husläkärsystemet har också fördelningsproblem men är klart mer jämlikt.

I Vårdval Stockholm kommer incitamentstrukturen att lägga sig nära detta kommersiella/ taxebaserade privatläkärsystem. Prestationsersättning på nästan 500 kronor per besök, inget listtak och fri etablering kan sägas vara inte patienternas men läkarnas fria vårdval! Det kommer att resultera i att den redan ojämlika sjukvården i huvudstaden ytterligare förstärks. Samtidigt ökar vårdens totalkostnader genom olika typer av prestationsersättningar till kommersiella vårdföretag, för vilka ökade kostnader för medborgare och landsting är ökade intäkter och vinstmöjligheter.

Det är därför inte förvånande att internationella erfarenheter visar att vårdens totalkostnader vanligen ökar med graden av marknadsorientering. Att redan i dag sjukvårdskoncerner ägs av riskkapitalföretag talar knappast för något ansvarstagande gentemot de många, inte minst geografiskt, som missgynnas av utvecklingen.

Effekterna sammantaget i Stockholm innebär en resursöverföring från dem som redan är utsatta och borde få mer av sjukvårdskakan till privilegierade grupper service för lättare åkommor – och som lök på laxen tillgänglighetens pris, ren medikalisering. Trots att Halland genom sin »täckningsgrad« har en svagare motor för snabba prestationer söker man en variabel som kan komplettera åldersfaktorn, ett mått på vårdtyngd som kan införas om den externa utvärderingen påvisar ett behov.

Landstingsrådet Filippa Reinfeldt förklarar dock sturskt att motivet för att avskaffa de sociala kriterierna i fördelningen av resurserna i Stockholm är kundvalets princip: »Vi ger inte pengar till områden utan till människor.« Det är ett ologiskt uttalande, då även Stockholm har en åldersfaktor i ersättningssystemet. Men man gör således skillnad på om man behöver mer vård på grund av social situation/livsvillkor än på grund av ålder!

Effekterna för den geografiska tillgängligheten och för vårdkvaliteten i socialt utsatta områden, läkarinsatserna i äldreomsorgen samt förutsättningarna att bedriva hälsofrämjande insatser kommer också att bli betydande. Risken är att de multisjuka och krävande patienterna i hemsjukvården missgynnas när områdesansvaret försvinner och läkarna koncentreras till den lönsammaste marknaden. I varje fall vore det klokt av andra landsting att invänta en utvärdering av Hallandsmodellen, vilket också forskare föreslår [3, 4].

En annan blind fläck i den politiska tillgänglighetsdebatten gäller betalningsförmågan vid sjukdom och ohälsa. Skulle den vara mindre viktig än den tidsmässiga tillgängligheten? Fortfarande gäller HSLs krav på lika vård för alla efter behov. Eller?

Sverige har de senaste 10–20 åren fått kraftigt stigande egenavgifter, och 1990–2000 ökade dessas del av sjukvårdsfinansieringen från 10 till 16 procent. Sverige intar inte någon hedrande plats bland rika länder, men politiskt är frågan om tillgänglighet för svaga grupper död. Danmark och England har t ex inga besöksavgifter i primärvården, medan man på många håll i Sverige till och med har avgiftsbelagt distriktssköterskebesök.

I Sverige torde 250 000 personer av rent ekonomiska skäl inte hämta ut förskrivna läkemedel. En nyligen publicerad rapport från Centrum för folkhälsa [5] visar att 35 procent av alla som erhåller ekonomiskt bistånd har avstått såväl från sjukvård som från att hämta ut läkemedel som de behövt. De med försörjningsstöd har ont om kontanter och får avgifterna för vård åter först i efterhand, vilket känns förnedrande. 50 procent av socialbidragstagare går inte till tandläkaren mot 20 procent av hela befolkningen, osv.

I stället för att öka möjligheterna för resurssvaga grupper med stora otillfredsställda vårdbehov att få den vård de behöver förefaller den borgerliga alliansens politiska ambition vara att öka tillgängligheten för betalningsstarka grupper på de svagare gruppernas bekostnad. Privat betalning eller försäkringar kommer med den sk startlagen att släppas in på offentligt finansierade sjukhus som drivs av kommersiella vårdgivare.

Risken är betydande att dessa gräddfiler, som genererar intäkter till sjukhusen, kommer att tränga undan de i offentlig vård väntande, dvs öka köerna ytterligare. Det är tvärt emot påståendena i den svenska debatten men har stöd i internationell forskning. Försäkringsbaserad privatvård ersätter inte offentliga insatser utan trissar upp den totala sjukvårdskonsumtionen och kostnaderna [6].

Ett annat avgörande syfte med startlagen är att påverka läkarnas normsystem. Att lägga upp 80 000 kronor till en läkare på Södersjukhuset är en muta, men på ett privat sjukhus välkomnas det. Startlagen ger ett systemskifte genom professionens attitydförändring. Den ger också en mental förändring hos privatförsäkrade; att de som betalar sin vård privat borde få slippa att stå för andra sociala gruppers större vårdbehov. Hög tillgänglighet baserad på kontant köp eller privata försäkringar rycker alltså undan grunden för den solidariska finansiering som alla politiska partier i retoriken bekänner sig till. Det är mycket anmärkningsvärt att Läkarförbundet i sitt tal om solidarisk finansiering inte pekar på denna koppling [7].

Att monomant förorda kortare köer och vårdgaranti har ett medicinskt pris. På sikt påverkas folkhälsan. Hög tillgänglighet måste ställas mot andra värden i vården. Läkartidningen berättade nyligen att om vårdgarantin kortas får svårt sjuka barn sämre möjligheter för återbesök. Ledande ortopedföreträdare efterlyser en diskussion om kvalitetsbrister vid ökad tillgänglighet. Privata kliniker, som lever på vårdgarantin, vill inte ta de svårare fallen, har högre infektionsfrekvens vid sina operationer och skickar ifrån sig de komplicerade fallen till offentligdriven vård. Och de vill inte vara med i nationella register som mäter kvalitet [8]!

Vid s k Bra mottagning ska människor inte kunna beställa tid och kallas – den dagliga tillgängligheten är överordnad alla andra mål. Vilka undanträngningseffekterna är när äldre, dementa och andra svaga grupper ska konkurrera om mottagningens dagsprogram har aldrig redovisats. Ändå är det visat att flera kroniska sjukdomar sköts med högre kvalitet om patienter kallas [9].

Professionens företrädare, i första hand Läkarförbundet, har svikit sitt uppdrag att för allmänhet och sjukvårdspolitiker spegla den komplexa vården, där tillgänglighet tidsmässigt bara är en dimension, en faktor. Tvärtom har man med en onyanserad kritik av köproblemen gett legitimitet till och drivit på den systemförändring vi står mitt uppe i. Allmänheten har knappast förstått att köerna gäller oprioriterade fall (inte alla – många vill t ex vänta) och att ett stort flöde av patienter – t ex akutfall och inläggningar på medicinkliniker – aldrig har väntat en dag.

Bristande tillgänglighet i offentlig vård har förvisso negativa effekter för personalens arbetsförhållanden. Privatisering har påståtts vara en lösning på arbetsmiljöproblemen. Den största studien, som visar att så inte är fallet, redovisades på hearingen den 4 november. I en enkätundersökning kunde inte några avgörande skillnader ses i arbetsmiljö mellan offentlig och privat vård [10]. Studien gällde äldreomsorg, men inget talar för att slutsatserna är annorlunda för andra vårdområden.

De många läkare som slår vakt om en offentligt finansierad och driven sjukvård har ett ansvar att finna lösningar på tillgängligheten, den geografiska, den ekonomiska och den tidsmässiga. Ökade totala resurser, som också Läkarförbundet förespråkar, är en del. En större bas i sjukvården, dvs utbyggd primärvård, är en annan, som också forskare förordar [4]. En minskad subspecialisering med bredare kompetens hos organspecialister för att minska rundgången av remisser en tredje.

Bengt Järhult arbetar som läkare i Växjö

Referenser se nästa sida

REFERENSER - JÄRHULT

1. Nätverk för gemensam välfärd.
www.gemensamvalfard.se
2. Dahlgren G. Offentlig eller privat sjukvård?
En erfarenhetsbaserad analys. Nätverket
för gemensam välfärd.
www.gemensamvalfard.se
3. Wärngård M. Forskare varnar för hets
med Hallandsmodellen. Dagens Medicin
2007;(16):8.
4. Närlid M. Efterlyses: Europeisk forskning
om vinst i vården. Läkartidningen.
2007;104:42-4.
5. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S,
Irestig R, Jensen J, et al. Hälsa och livsvillkor
bland socialt och ekonomiskt utsatta grup-
per i Stockholms län. Stockholm: Enheten
för socialmedicin och hälsoekonomi, Cen-
trum för folkhälsa; Forum för kunskap och
gemensam utveckling, Stockholms läns
landsting; 2007. Rapport 2007:5.
6. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin,
editors. Funding health care: options for
Europe. European Observatory on Health
Care Systems. Buckingham: Open Univer-
sity Press; 2002.
7. Bågenholm E. Det är inte driftsformen som
är problemet! Läkartidningen.
2007;104:3475-6.
8. Borgström A. »Patientexport« ökad kostnad
för landsting; Ökad infektionsrisk vid ope-
rationer utanför länet; »Vi har inte upplevt
att det finns några problem«. Läkartid-
ningen. 2007;104:2572-5.
9. Engström S. Att kalla eller inte kalla sina
patienter – en fråga om medicinsk kvalitet
snarare än fråntagande av ansvar. Allmän-
medicin. 2007;(5):20-1.
10. Gustafsson RÅ, Szebehely M. Privat och
offentlig äldreomsorg – svenska omsorg-
sarbatares syn på arbetsmiljö och politisk
styrning. Socialvetenskaplig Tidskrift.
2007;14:47-66.

Innehåll - Dahlgren

Förord	s 13
1. Inledning	s 16
2. Vårdens totala kostnader	s 17
3. Solidarisk finansiering	s 22
4. Vårdens tillgänglighet	s 24
5. Vårdens kvalitet	s 29
6. Vårdens inriktning	s 31
7. Valfrihet	s 33
8. Arbetsmiljö och arbetsvillkor ..	s 34
9. Privatiseringsprocessen	s 35
10. "Stopplagen"	s 40
11. Drivkrafter och motkrafter	s 41

Offentlig eller privat sjukvård ?

En erfarenhetsbaserad analys sammanställd av Göran Dahlgren

Förord

En av de stora vårdpolitiska frågorna internationellt och nu också i allt högre grad även i Sverige är avvägningen mellan offentligt och kommersiell sjukvård.

Under de senaste åren har – i ett svenskt perspektiv – den viktigaste frågan varit om landstingen skall få överlåta driften av offentligt finansierade sjukhus till kommersiella vårdgivare.

Socialdemokraterna med stöd av miljöpartiet och vänsterpartiet fick nyligen (juni 2005) igenom ett förslag i Riksdagen som innebär att kommersiella företag där vinsten utbetalas till ägare eller andra intressenter inte skall få ta över driften av offentligt finansierade sjukhus. Samtidigt slogs fast att inga ”gräddfiler” där patienter som betalar privat får gå före i kön tillåts vid offentligt finansierade sjukhus. De förändringar i hälso- och sjukvårdslagen som skall säkerställa detta träder i kraft den 1 januari 2006.

De borgerliga partierna röstade emot dessa förslag och deklarerade samtidigt att de vid ett eventuellt regeringsskifte hösten 2006 kommer att riva upp dessa beslut och säkerställa en lagstiftning som främjar kommersiell drift av offentligt finansierade sjukhus som välkomnar kommersiell drift av offentligt finansierade sjukhus. De argument som förs fram för respektive emot kommersiell drift av offentligt finansierad vård är inte helt förvånande mycket olika.

De borgerliga partierna hävdar med stor bestämdhet att en kommersiell drift ger både bättre och billigare vård samtidigt som det ökar valfriheten och vårdens tillgänglighet. Istället för att tala om privatisering och en ökad andel kommersiella vårdgivare talar man dock hellre om behovet av ”reformer” ”förnyelse” ”mångfald” och ”alternativa vårdformer”. Förslaget att ej kunna överlåta driften av offentligt finansierade sjukhus till kommersiella vårdgivare som tar ut vinst till ägare och andra intressenter betecknar man som en ”stopplag” samtidigt som de förordar en ”startlag” som tillåter även denna form av kommersialisering av den offentliga sjukvården. Samtliga borgerliga partier betonar allt starkare att de önskar bibehålla en skattefinansierad sjukvård samtidigt som de hävdar att en ökad kommersiell drift absolut inte utgör något hot mot en solidariskt skat-

tefinansierad sjukvård. Anne Marie Brodén (m) uttryckte detta med följande ord vid riksdagens debatt kring dessa frågor i juni 2005: "Nej någon risk för att vinstdrivande aktörer inom den slutna vården ska leda till att den solidariska finansieringen hotas finns inte".

Vänsteralliansen i denna fråga (s, mp och v) gör en nära nog diametralt motsatt bedömning. De anser att kommersiell drift av offentligt finansierade sjukhus ökar vårdens totalkostnader utan att kvalitén förbättras. Vidare betonar man att såväl valfriheten som vårdens tillgänglighet kan komma att minska samtidigt som resursstarkare grupper får en "gräddfil" in i den offentliga vården. Den grundläggande principen om en vård på lika villkor oberoende av betalningsförmåga är då hotad samtidigt som den demokratiska styrningen av vården kan komma att minska. Denna hotbild baseras bland annat på bedömningen att en ökad kommersiell drift kan öppna upp för en ökad privat finansiering av svensk sjukvård som i sin tur leder till ökande sociala skillnader också inom svensk sjukvård. I riksdagsdebatten om vårdens driftformer betonade till exempel Conny Öhman (s) att "I de länder som har en mycket stor andel privata sjukhus drivna i vinstsyfte är incitamenten för ökad privat finansiering av vården mycket större än om man säger nej till detta".

Syftet med denna lilla skrift är att belysa vad man utifrån en analys baserad på fakta och faktiska erfarenheter vet eller på goda grunder kan anta när det gäller effekter av offentlig respektive kommersiellt drift av offentligt finansierade sjukhus.

Denna fråga är emellertid en del av en mycket större långsiktig förändrings- och utvecklingsprocess. Den började redan i mitten av 80-talet när de privatpraktiserande läkarna protesterade våldsamt när landstingen gav rätt att påverka hur deras pengar skulle fördelas och användas även när det gäller offentligt finansierad privatläkarvård. Den stora attacken mot den offentliga svenska vårdmodellen kom i början av 1990-talet med olika former av marknadsorienterade reformer och en ökad privatisering framför allt inom primärvården i många men inte alla landsting. Försäljningen av S:t Görans sjukhus i Stockholm till riskkapitalbolaget Bure i slutet på 90-talet utlöste ännu en intensifierad debatt som resulterat i ovan nämnda lagförslag. Den privatiseringsprocess som redan ägt rum är i hög grad irreversibel. *Det är mycket enkelt att privatisera offentligt driven sjukvård men mycket svårare att med politiska beslut gå från kommersiell till offentligt driven vård.* Det är därför viktigt att vidga analyser av "offentliga" respektive "kommersiella" vårdgivare och sätta in dem i en långsiktig förändringsprocess. Det är först då man ser vilka beslut som är av strategisk betydelse för att undvika ett systemskifte inom svensk sjukvård som undergräver möjligheterna att säkerställa en god vård på lika villkor oberoende ålder, kön och betalningsförmåga.

Detta vidare processinriktade perspektiv finns som en referensram även i denna lilla skrift även om tyngdpunkten ligger på den nu aktuella fasen i denna förändringsprocess, det vill säga om de offentligt finansierade sjukhusen bör kunna drivas av kommersiella vinstutdelande företag.

Samtidigt är det viktigt betona att det inom dagens offentliga vård finns många och stora problem som kräver stora insatser och ett nytänkande. Vägen framåt är dock inte att privatisera och överlåta vården till kommersiella intressen. Den vägen leder erfarenhetsmässigt bakåt mot ökande sociala skillnader i möjligheterna att få en god vård på lika villkor.

Stockholm den 8 oktober 2005

Göran Dahlgren

1. Inledning

En av de viktigaste och mest omdebatterade hälso- och sjukvårdspolitiska frågorna är om och i vilken utsträckningen vårdens drift respektive finansiering bör vara offentlig eller privat. Denna debatt förs ofta på basis av ideologiska slagord snarare än vetenskap och beprövad erfarenhet.

Syftet med denna rapport är att kortfattat – utifrån internationella och svenska erfarenheter – belysa om och hur valet av drifts respektive finansieringsform påverkar möjligheterna att uppnå följande centrala hälso- och sjukvårdspolitiska mål:

1. Totalkostnader för vården som ligger inom tillgängliga samhällsekonomiska ramar.
2. Solidarisk finansiering som innebär bidrag efter betalningsförmåga oberoende av vårdbehov.
3. God ekonomisk tillgänglighet det vill säga att det inte finns några ekonomiska barriärer i form av avgifter mm som hindrar/begränsar möjligheterna att erhålla vård efter behov.
4. God geografisk tillgänglighet det vill säga att alla oberoende av bostadsort skall ha tillgång till god vård.
5. Köerna till vård skall minska och om möjligt elimineras. Omedelbar vård för patienter vars hälsoproblem allvarligt förvärras om de måste stå i en vårdkö.
6. Vårdens inriktning bör styras av befolkningens behov av vård det vill säga resursfördelningen mellan olika typer av förebyggande, kurativa och rehabiliterande insatser skall vara behovsbaserad.
7. Valfrihet det vill säga att goda möjligheter för den enskilde att välja – och välja bort – vårdgivare.
8. Utvecklings- och innovationskraften inom vården skall främjas.
9. Arbetsmiljön och arbetsvillkoren inom vården skall främja hälsa och välbefinnande hos alla som arbetar inom vården.
10. Hälso- och sjukvården skall vara demokratiskt förankrad.

De olika vårdtyper som nedan kommer att bedömas utifrån dessa tio hälso- och sjukvårdspolitiska mål är:

- Offentligt driven och offentligt finansierad vård det vill säga vad som i dagligt tal är offentlig vård.
- Kommersiellt driven och offentligt finansierad vård det vill säga olika typer av kommersiella (”for profit”) entreprenörer som tar över drif-

ten av till exempel offentliga sjukhus och vårdcentraler. Till denna vårdtyp hör även privatpraktiserande läkare och tandläkare som får en stor del av sin ersättning från offentliga medel.

- Offentliga vårdgivare med en ”avsevärd” privat finansiering det vill säga när avgifter och andra former av privat finansiering inte i första hand ses som ett styrmedel (”management tool”) utan som en reguljär finansieringsform.
- Kommersiellt driven och privat finansierad vård det vill säga när de privata vårdgivarna säljer sina vård till marknadsmässiga priser på en kommersiell vårdmarknad.

Speciell uppmärksamhet kommer att ägnas ”Kommersiell drift av offentlig finansierad vård” eftersom det f.n. är denna fas av privatiseringsprocessen som är särskilt aktuell i ett svenskt perspektiv. Privat icke vinstdrivande vård belyses inte i denna rapport.

Vid en konsekvensanalys av olika drifts- och finansieringsformer är det väsentligt att klarlägga och analysera sambanden mellan val av driftsform och vårdens finansiering liksom de driv- och motkrafter som finns för en ökad marknadsorienterad och privatiserad sjukvård. Dessa frågor tas därför upp i rapportens avslutande avsnitt.

2. Vårdens totalkostnader

2.1. Effektiv kostnadskontroll – en förutsättning för en god vård på lika villkor

Ett fungerande system för att hålla vårdens totalkostnader är inom ramen för givna samhällsekonomiska ramar är av strategisk betydelse ur ett hälso- och sjukvårdspolitiskt perspektiv eftersom kostnadsökningar som ligger avsevärt över tillgängliga resurser inom en offentlig finansierad vård leder till:

A) kortsiktiga besparingar styrda mer av vilka tekniska och legala möjligheter det finns att ta hem dessa besparingar snarare än prioriteringar utifrån olika vårdpolitiska mål. Dessa kortsiktiga och ur ett vårdpolitiskt perspektiv ofta irrationella besparingar drabbar ofta resurssvaga grupper hårdast.

B) ökad privat finansiering som minskar vårdens ekonomiska tillgänglighet och ökar betalningsbördan speciellt för de grupper som har störst behov av vård (barn, äldre, låginkomsttagare) kan framstå som ett attraktivare/möjligare alternativ än skattehöjningar. (se vidare avsnitt 3.1 och 4.1 nedan)

Det är mot denna bakgrund viktigt analysera hur totalkostnaderna påverkas av offentlig respektive kommersiell drift respektive finansiering.

2.2. Ökad kommersialisering ökar vårdens totalkostnader

I ett internationellt perspektiv är det helt klart att de mest effektiva metoderna att säkerställa att vårdens totalkostnader anpassas till samhällsekonomiska realiteter finns i offentligt drivna och offentligt finansierade system av den typ som till exempel finns i de nordiska länderna och England. Det är också dessa system som man framstår som mest kostnadseffektiva. Den vård av god kvalitet som kräver 14 procent av BNP i USA:s kommersiella vårdssystem kan i offentliga vårdssystem produceras för 7 till 9 procent av BNP. Dessutom kan man i stort sett kan erbjuda en god vård på lika villkor för hela befolkningen medan 45 miljoner amerikaner saknar en sjukvårdsförsäkring.

Det ligger utanför ambitionen för denna presentation att klarlägga alla de kommersiella och andra krafter som genererar dessa merkostnader i USA. Det kan emellertid vara av intresse att belysa administrationskostnaderna i dessa marknadsorienterade system som ofta ställs mot offentliga mycket byråkratiska vårdssystem. En ingående analys av två välkända och erkända amerikanska forskare – Woolhandler och Himmelstein som nyligen (januari 2004) publicerades i *International Journal of Health Services* visade att en övergång från det nuvarande uppsplittrade kommersiella vårdssystem till ett ”single payment system” skulle ge en besparing på 286 miljarder dollar vilket skulle räcka till att ge alla oförsäkrade (45 miljoner personer) en god vård samt alla äldre (65 plus) fria läkemedel.

Ökande totalkostnader vid ökad kommersialisering är naturligt eftersom kommersiella vårdgivare har starka incitament att expandera sin verksamhet. Ökade kostnader för dem som betalar för vården – privat eller via skatt/obligatoriska sjukvårdsförsäkringar – innebär ju ökande intäkter och vinstmöjligheter för kommersiella vårdgivare. Vem har hört ett kommersiellt serviceföretag som inte anser att de har råd att sälja mer av sina tjänster. Detta skapar ett kraftigt utbudstryck som ökar totalkostnaderna.

Privatpraktiserande läkare och kommersiellt drivna läkarhus, vars verksamhet finansieras i huvudsak med offentliga medel på samma sätt som offentligt drivna vårdinstitutioner, driver också upp vården totalkostnader genom de merkostnader som genereras genom en överetablering av dessa vårdgivare i framförallt storstädernas ekonomiskt mest privilegierade områden.

Det är mot denna bakgrund förvånande att en ökad marknadsorientering av vården ofta presenterats som en effektiv strategi för att minska vården totalkostnader. I den svenska vårdpolitiska debatten hävdar också den borgerliga alliansen att kommersiell drift av offentligt finansierade sjukhus blir billigare det vill säga kostar skattebetalarna mindre. I riksdagsdebatten om den så kallade stopplagen betonades detta av bland annat Anne Marie Brodén från moderata

samlingspartiet vid riksdagens debatt om vårdens ägarformer (juni 2005). Ett av de exempel hon lyfte fram var att S:t Görans sjukhus i Stockholm – som sedan slutet av 90-talet drivs av ett kommersiellt vårdföretag (Capio AB) – ligger ”bra mycket lägre när det gäller att använda skattepengar för samma vård”. Mot detta stod vänsteralliansens påstående att det blir allt svårare hålla de totala vårdkostnaderna i schack ju större andel av sjukhusen som drivs med privata vinstintressen. Det finns därför anledning analysera hur vårdens driftsformer – offentlig respektive kommersiell drift – påverkar vårdens produktivitet och totala kostnader. Vilken driftsform ger med andra ord ”mest vård för pengarna”?

2.3. Ökad marknadsorientering ökar inte vårdens produktivitet

De som förordar en marknadsorientering av vården brukar även hävda att reformer med denna inriktning ökar produktiviteten inom vårdsektorn och att detta i sin tur leder till att man antingen ”får mer vård för pengarna” eller att man får ”lika mycket vård till en lägre kostnad”. Detta påstående har i många länder upprepats så ofta och med så stor övertygelse att det för många beslutsfattare framstår som ett givet faktum som inte behöver bevisas. **Den empiriska basen för detta påstående är dock mycket svag.**

I en EU-finansierad rapport; *”Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of Market Forces into Health Systems”*, publicerad år 2000 av The European Health Management Association, konstateras bland annat följande:

“There is no systematic evidence that the market per se increased productivity.” Samtidigt konstateras i rapporten att produktiviteten ökat märkbart inom sjukvården – speciellt inom sjukhusvården – men att dessa produktivitetsökningar har berott på bland annat förbättrade medicinska behandlingsmetoder till exempel inom dagkirurgi som kan ersätta kostsammare sluten vård samt olika insatser för att garantera vård inom en viss tid. Följande citat ur denna rapport får illustrera gapet mellan myt och verklighet när det gäller påståendet att marknadsorientering och privatisering ökar vårdens produktivitet:

- “In the UK to the extent that there is consensus about measurement, the increase in productivity in the NHS since its creation in 1948 has been similar in each decade although possibly the rate of increase in acute care productivity has been higher in the 1990’s, with day case surgery and shorter lengths of stay probably the main reasons for this.”

- “In Finland productivity grew by 3-4 percent per year between 1990 and 1994 – both in specialised hospital care and primary care”....”Market forces cannot be considered to have been in any direct sense the cause of increased productivity.”

- “In Holland it is “difficult to argue that sickness funds and providers have become more productive as a result of market forces.”

- ”In Denmark the productivity gains over many years are also primarily related to changes in medical technology.”

- ”In Sweden there is evidence that observed positive trends in terms of increased productivity “may be attributed to the general environment of innovation in policy, including patient choice of hospital and waiting time guarantees; choice of family doctor and new approaches to reimbursement of providers by purchasers.”....“The stabilization of total healthcare expenditure during the early 1990’s apparently reflected direct government intervention into health budgeting rather than competition among providers for public funds. Hospital costs were also reduced by another reform which shifted responsibility for geriatric nursing care from the counties to the municipalities.” ...The nearly universal distribution of improvements in hospital productivity suggests that purchaser/provider splits – which were only implemented in a minority of counties – played a small role in enhancing productivity,”

Trots entydiga internationella – inklusive svenska - erfarenheter som dessa anges ofta som ett huvudargument för kommersiell drift av offentligt finansierade sjukhus att det ökar produktiviteten och därmed ger mer vård för pengarna alternativt lika vård för mindre pengar.

2.4. Kommersiell drift av S:t Görans sjukhus gjorde vården mycket dyrare

Mot denna bakgrund är det speciellt intressant – och för den framtida svenska vårdpolitiken viktigt - att studera hur Stockholms läns landstings kostnader för likvärdig vård förändrades när driften av ett offentligt drivet och finansierat akut-sjukhus i Stockholm – S:t Görans sjukhus med 1 300 anställda – i slutet av 1990-talet överfördes till ett kommersiellt företag (Bure och därefter Capio AB).

Landstingets revisorer har ingående analyserat detta i rapporten ”Fortsatt avtalsuppföljning; S:t Görans Sjukhus, Revisionskontoret RK 200203 – 18.” Av denna analys framgår att S:t Görans sjukhus, när det drevs som ett offentligt ägt bolag, lyckades producera mycket god vård till ett i jämförelse med flertalet andra offentliga sjukhus mycket lågt pris.

Ser man på det nominella DRG-priset på 24.493 kronor (2002) som landstinget betalar Capio AB som nu ansvarar för driften av S:t Görans sjukhus kan man konstatera att detta pris fortfarande ligger lägre än för flertalet andra offentligt finansierade sjukhus.

Vid en jämförelse mellan offentlig och kommersiell drift av S:t Görans sjukhus är det emellertid viktigt att veta att det nominella DRG-priset bara är en del av det totala faktiska pris som landstinget betalar för den vård de köper från Capio AB/S:t Görans sjukhus.

Det reala DRG-priset – det vill säga vad man faktiskt betalat – var 25.438 kronor år. Denna ökning beror på att landstinget givit så kallade ”rabatter” det vill säga betalat fullt pris - trots avtalad prisreduktion - för vård som producerats utöver de nivåer som anges i avtalet. Med detta reala DRG-pris ligger Capio AB/S:t Görans sjukhus på ungefär samma prisnivå som för de offentligt drivna sjukhus som har ett lågt DRG-pris.

Utöver ersättning via DRG-systemet erhåller emellertid Capio AB/S:t Görans sjukhus dessutom bland annat följande större speciella finansiella förmåner i jämförelse med offentligt drivna sjukhus:

- Avtalsreglerad rätt till kompensation för hyreshöjningar när hyresavtalet omförhandlas. Denna förmån beräknas vara värd 18-19 miljoner kronor.

- Full ersättning trots sannolik överrapportering av såväl vårdtyngd som antal diagnoser per vårdtillfälle. Detta innebär - i jämförelse med landstingsdrivna sjukhus - en merkostnad för landstinget/skattebetalarna på minst 15 miljoner kronor per år.

- Förmånligare regler för momskompensation för Capio AB än för offentligt drivna sjukhus. Värdet av denna extra förmån är 14 miljoner kronor per år.

Med dessa speciella förmåner blir DRG-priset ca 7 500 kr vilket är lika eller högre än för landstingsdrivna sjukhus med undantag för Karolinska sjukhuset vars DRG-pris ligger på 8 500 kronor.

Utöver dessa kvantifierbara finansiella förmåner har Capio AB/S:t Görans sjukhus fått bland annat följande särskilda förmåner som ej utgår till offentligt drivna sjukhus:

- Långsiktigt bindande avtal (f.n. 7 år) som under hela avtalsperioden skyddar från olika besparingskrav.

- Skraddarsydd indexkonstruktion för pris- och kostnadsuppräknningar som ger avsevärt mer pengar än det index baserat på riksgenomsnitt som tillämpas för offentligt drivna sjukhus inom Stockholms läns landsting.

- Vinst från vård av privatfinansierade patienter.

Mot denna bakgrund kan konstateras att S:t Görans sjukhus som vid offentlig drift producerat mycket god vård till ett lägre pris än flertalet andra offentligt drivna sjukhus sedan driften övertagits av Bure/Capio AB levererar samma goda vård men till ett pris som är högre än vid flertalet offentligt drivna sjukhus inom Stockholms läns landsting. Kommersialiseringen av driften vid detta offentligt finansierade sjukhus har således varit mycket kostsam för landstinget/skattebetalarna.

Den som tjänat på denna kommersialisering är endast Capio AB som fått en god vinst - avkastning på insatt kapital - och en strategisk plattform för fortsatt expansion på den kommersiella vårdmarknaden.

3. Solidarisk finansiering

3.1. Ökad privat finansiering innebär att betalningsbördan ökar mest för dem som har minst ekonomiska resurser och störst vårdbehov

All vård måste betalas. Den avgörande frågan är hur denna kostnad skall fördelas inom befolkningen. Grundprincipen i svensk sjukvård har länge varit – och är fortfarande – att hälso- och sjukvården skall vara solidariskt finansierad via skatt. Det innebär att alla medborgare bidrar till sjukvårdens finansiering utifrån sin betalningsförmåga.

Höginkomsttagare betalar mer till sjukvården än låginkomsttagare. Yrkesverksamma betalar mer än barn och gamla. Det innebär vidare att det inte finns någon koppling mellan hur mycket man betalar och i vilken utsträckning man utnyttjar hälso- och sjukvården. Fördelningen av vårdens resurser styrs av behovet av vård – inte av betalningsförmåga. Detta är grundprinciperna i en rättvis finansiering av sjukvården.

Privat finansiering av sjukvård via patientavgifter för offentlig vård och marknadspriser för kommersiell vård präglas av precis motsatta principer. Betalningen av vård är i detta fall direkt relaterad till den vård man behöver. Ju oftare och sjukare man är – desto större vårdbehov man har - desto mer måste man betala. Detta har ibland liknats vid en ”skatt på sjukdom”. Detta slår givetvis mycket hårt mot de grupper som har stora – vanligen störst – behov av vård som barn, äldre, kvinnor i reproduktiva åldrar och låginkomsttagare. Låginkomsttagare har till exempel ett vårdbehov som är två till tre gånger större än bland höginkomsttagare. En ökad andel privat finansiering av de totala vårdkostnaderna – vid ett oförändrat vårdutnyttjande – innebär således att:

- Friska betalar mindre och sjuka mer.
- Yrkesverksamma betalar mindre och barn och gamla mer.
- Män betalar mindre och kvinnor mer.
- Höginkomsttagare betalar mindre och låginkomsttagare mer.

Det är mot denna bakgrund mycket alarmerande att andelen privat finansierad vård av de totala vårdkostnaderna har ökat kraftigt under 1990-talet från 10 procent år 1990 till 16 procent år 2000. Orsaken till denna ökade privatisering av vårdens finansiering är i första hand ökande privata kostnader för den i hög grad

privatiserade tandvården, minskade subventioner till läkemedel och olika typer av högre patientavgifter inom den offentliga vården.

Privat finansiering till kommersiella vårdgivare där patienterna - kontant och/ eller via privata sjukvårdsförsäkringar - betalar det fulla marknadspriset (full kostnadstäckning plus vinst) kontant har också ökat under de senaste 10 till 15 åren men är fortfarande av liten betydelse vid en analys av orsakerna bakom den ökande andelen privatfinansierad vård.

Denna omfördelning av betalningsbördan har skett i tysthet utan någon större debatt under en period då samtliga partier officiellt hävdar att de helt står bakom en solidariskt skattefinansierad vård. Det finns anledning tro att denna smygande privatisering av vårdens finansiering kommer att fortsätta. Krafter som verkar i den riktningen är bland annat kommun- och landstingsförbundet vars ledare nyligen i en debattartikel i Dagens Nyheter hävdade att det vore klokt att höja högkostnadsskyddet, det vill säga låta dem som behöver mest vård betala mer privat.

Den ekonomiska långtidsutredning som periodiskt genomförs inom regeringskansliet har också i en rad rapporter förordat en ökad privat finansiering av offentliga tjänster inklusive hälso- och sjukvården. Grunden för detta förslag är att skattebördan måste minskas och att hushållens inkomster – betalningsförmåga – ökat. I inget av ovan nämnda fall har de fördelningspolitiska konsekvenserna redovisats. Det saknas till och med en redovisning av ohälsans – vårdbehovens – fördelning vad avser ålder, kön och social bakgrund.

De sociala och finansiella konsekvenserna av omfördelningen av betalningsbördan är ännu inte analyserade i ett svenskt perspektiv. En dylik analys måste utgå från ett hushållsperspektiv där man samtidigt beaktar:

- A) ökade privata kostnader för vård (inklusive tandvård), omsorg och läkemedel.
- B) minskade inkomster vid sjukdom (ersättningsnivåer i sjukförsäkringen m.m.)
- C) inkomstskillnader mellan olika grupper (relaterat till bland annat social klass/position, ålder och kön)
- D) skillnader i sjukdomsbörda/vårdbehov/vårdutnyttjande.

Vid en bedömning av effekterna av en ökad/hög privat finansiering är det väsentligt att samtidigt försöka klarlägga vilka som av kostnadsskäl inte efterfrågar den vård de behöver. Samtidigt är det givetvis väsentligt att klarlägga och analysera de sociala och finansiella effekterna av höga privata kostnader för sjukvård och läkemedel.

En relativt god kunskap finns om hur högre avgifter minskar möjligheterna för olika grupper att efterfråga vård (se avsnitt 4.1). Kunskapen om sociala och finansiella effekter av privata vårdkostnader i ett svenskt perspektiv är dock mycket begränsad. Det finns dock ”punktvisa” varningssignaler som att obetalda räkningar för läkarbesök och läkemedel allt oftare återfinns bland kronofogdens indrivningsärenden.

I ett internationellt perspektiv - i de länder där en hög andel av de totala vårdkostnaderna betalas privat - är bilden desto tydligare. I USA – med dess kommersiellt präglade sjukvårdssystem - beror till exempel 20 procent av alla privata konkurser på höga sjukvårdskostnader.

Sjukvården som brukar betecknas som en viktig del av ett lands välfärdssystem har i länder som dessa genom en privatisering av vårdens finansiering blivit ett system som genererar ofärd. Internationellt talar man mot denna bakgrund allt oftare om ”the medical poverty trap”.

En omfattande WHO-analys av den ökade privata finansiering av sjukvården i ett västeuropeiskt perspektiv visar att ”private sources of health care funding are often regressive and present financial barriers to access. They contribute little to efforts to contain costs and may actually encourage cost inflation.” (WHO-Europe/Health Evidence Network (2004); “What are the equity, efficiency, cost-containment and choice implications of private health-care funding in western Europe?”)

I ett svenskt vårdpolitiskt perspektiv finns därför mycket starka skäl att gå bakom de allmänna deklamationer som ges från samtliga politiska partier att vården även fortsättningsvis skall vara offentligt finansierad. Det krävs professionella analyser som ur olika befolkningsgruppers perspektiv klarlägger effekterna av den ökade privata finansieringen som präglar dagens utveckling. Samtidigt är det viktigt - som belyses i avsnitt 9.1 nedan - att tydliggöra de samband som finns mellan kommersiell drift av offentligt finansierad vård och en ökad privat finansiering.

4. Vårdens tillgänglighet

4.1. Den ekonomiska tillgängligheten minskar vid ökad privat finansiering

Den ekonomiska tillgängligheten bestäms i hög grad av hur stor andel av de totala vårdkostnaderna som finansieras offentligt respektive privat. Ju större andel privat finansiering desto mer begränsas vårdens ekonomiska tillgänglighet speciell bland låginkomsttagare som förutom kraftigt begränsad köpkraft

också har de största vårdbehoven. (De flesta folksjukdomarna är mycket vanligare bland låginkomsttagare i jämförelse med höginkomsttagare.)

Internationella och svenska erfarenheter visar entydigt att höjda avgifter och priser inom offentlig respektive kommersiellt driven vård minskar utnyttjandet av vård särskilt bland låginkomsttagare det vill säga den grupp som har de största vårdbehoven. I många länder med en hög andel privat finansierad vård innebär denna finansiella barriär att de med störst behov har den mest begränsade tillgången till vård. Detta är så vanligt att man ofta talar om en ”inverse law of care”.

Den som myntade detta begrepp i en nu legendarisk artikel i tidskriften ”The Lancet” – Julian Tudor Hart – beskriver även hur kommersiella krafter bidrar till att de som minst behöver vård blir de som erhåller mest vård:

”The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.”

Den traditionella svenska vårdmodellen med dess höga andel offentligt finansierad vård kombinerad med högkostnadsskydd för såväl vård som läkemedel har lyckats bryta denna ”lag”. Detta återspeglas bland annat i vårdstatistiken som visar att det typiska mönstret är att de grupper som har de största vårdbehoven också har det högsta vårdutnyttjandet.

Under 1990-talet har - som redovisats ovan – den privata andelen av de totala vårdkostnaderna ökat från 10 till 16 procent. Denna ökning – som skett i stort sett utan någon politisk debatt - har bidragit till att allt fler inte längre har råd efterfråga den vård och de läkemedel de behöver, En aktuell studie från Socialstyrelsen (Vårdens värde, 2002) visar bland annat:

att 250 000 personer per år inte haft råd att hämta ut de mediciner som förskrivits av en läkare.

att 15 procent av alla som lever under normen för socialbidrag anger att de av kostnadsskäl tvingats avstå från vård.

att 25 av alla som drabbats av slaganfall inte haft råd att efterfråga den rehabilitering de behöver.

att 50 procent av alla under normen för socialbidrag inte har haft råd till tandläkaren när de har ett upplevt behov av tandvård.

Effekter som dessa borde givetvis utlösa en intensiv diskussion om nuvarande vårdavgifter, avgiftsnivåer och expansion av kommersiell vård som säljer sina tjänster till rådande marknadspris är förenligt med hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf som slår fast principen om vård på lika villkor och efter behov oberoende av betalningsförmåga. Den aktuella svenska vårdpolitiska debatten förs emellertid ofta ur ett professionellt/politiskt snarare än ur ett patient/hushållsperspektiv. Det innebär att det knappast är någon debatt eller studier som belyser hälsomässiga och sociala konsekvenser av ökande otillfredsställda vårdbehov. Istället hävdar bland annat ledande företrädare för kommun- och landstingsvärlden att de direkta avgifterna för offentlig vård bör höjas ytterligare för att minska överutnyttjandet av vård.

De grupper som i relation till sina vårdbehov tenderar att utnyttja mer vård än andra är i första hand emellertid relativt resursstarka grupper. En höjning av patientavgifter och andra avgifter påverkar bara helt marginellt deras vårdutnyttjande. De har också i vissa fall råd att betala rådande marknadspris för kommersiellt bedriven vård. Deras eventuella överkonsumtion kommer därför knappast att påverkas. Den kanske till och med kommer att öka när resurssvaga grupper med stora vårdbehov i allt högre grad tvingas avstå från vård av kostnadsskäl och därmed ”friställer” knappa vårdresurser.

Däremot kommer resurssvaga grupper med ett mer begränsat överutnyttjande att drabbas negativt eftersom deras otillfredsställda vårdbehov ökar med ökande privat finansiering via olika typer av avgifter. I de fall de inte alls eller i mycket begränsad utsträckning kan utnyttja den offentligt finansierade vård kan till och med resurssvaga tvingas subventionera vården för de grupper som har större ekonomiska resurser. De bidrar ju via olika skatter till en offentligt finansierad vård som de inte själva men däremot resursstarkare grupper har råd utnyttja.

Detta innebär inte att alla avgifter är av ondo. Vissa låga avgifter kan vara av betydelse till exempel som ett styrmedel för att främja vård på rätt vårdnivå. Det krävs dock alltid en analys av hur olika avgifter och summan av dessa avgifter påverkar den offentliga vårdens ekonomiska tillgänglighet. På motsvarande sätt är det givetvis viktigt att studera den ekonomiska tillgängligheten inom den kommersiella vårdsektorn.

4.2. Den geografiska tillgängligheten påverkas vid en kommersialisering av vården

Valet av driftsform för offentligt finansierad vård kan i hög grad påverka vårdens geografiska tillgänglighet. Ett tydligt exempel är att offentligt finansierade privatpraktiserande läkare liksom offentligt finansierade så kallade läkarhus är kraftigt överrepresenterade i storstädernas ekonomiskt mest privilegierade om-

råden. Det innebär att läkartätheten tenderar att vara högst där behoven är minst. Samtidigt blir det – speciellt när det råder allmän brist på läkare – ännu svårare rekrytera kvalificerad medicinsk personal även till offentliga vårdgivare i glesbygd och socialt utsatta storstadsområden.

Denna ojämlika fördelning av knappa offentliga vårdresurser grundlades i Sverige under de perioder som en privatpraktiserande läkare automatiskt och utan någon som helst prövning fick sin verksamhet offentligt finansierad oberoende av var den var lokaliserad eller vilken typ av vård som gavs. Det enda som krävdes för offentlig finansiering var att läkaren var behörig utöva sitt yrke.

Dessa geografiska skillnader finns i hög grad fortfarande eftersom denna typ av privatisering är nära nog irreversibel. Har en läkare eller ett läkarteam under en period med så kallad fri etableringsrätt – det vill säga automatisk offentlig finansiering – valt att förlägga sin verksamhet i ett område med små sociala problem och en förhållandevis frisk befolkning som efterfrågar lönsam ”lättvård” är detta även med nya regler mycket osannolikt att denna geografiska/sociala ojämlikhet kan påverkas. Det är nämligen mycket svårt eller omöjligt att ställa som villkor för fortsatt finansiering att verksamheten skall flytta till socialt utsatta storstadsområden med stora vårdbehov eller till glesbygden där det finns brist på läkare.

Idag finns speciellt vid nyetablering bättre möjligheter att genom krav på avtal med finansären påverka offentligt finansierade privatpraktikers verksamhet. Dessa påverkansmöjligheter är dock fortfarande mindre än när den offentligt finansierade vården drivs i offentlig regi. Även inom den offentligt drivna vården finns stora problem med en ojämlik geografisk fördelning. Detta återspeglas i vakanta läkartjänster i glesbygd och i vissa socialt utsatta storstadsområden. I dessa fall kan paradoxalt nog dessa problem ibland lösas på kort sikt till exempel genom privata bemanningsföretag. Det finns även erfarenheter som visar att det i vissa socialt utsatta områden varit lättare att bemanna offentligt finansierade vårdcentraler när de övergått från offentlig till privat drift.

Sammanfattningsvis kan således konstateras att den geografiska tillgängligheten när det gäller offentligt finansierade privatpraktiserande läkare är och med stor säkerhet kommer att förbli ojämlik medan privatiseringen av driften offentligt finansierade vårdcentraler kan underlätta rekryteringen av läkare till vissa socialt utsatta områden. De verkligt stora skillnaderna vad avser geografisk tillgänglighet finns emellertid mellan offentligt och privat finansierad vård. Detta är naturligt eftersom den privat finansierade kommersiella vården endast blir lönsam när efterfrågan på vård kan uttryckas i köpkraft det vill säga när de som söker vård har råd att betala marknadspriset (kostnadstäckning plus vinst) för den vård de behöver.

I ett internationellt perspektiv är det också lätt att konstatera det självklara det vill säga att privat finansierade kommersiella vårdgivare endast finns där det finns en lönsam marknad. För kostnadskrävande vård av god kvalitet finns denna marknad där det finns en stor andel ekonomiskt resursstarka grupper det vill säga i första hand i större städer. För vård av god kvalitet som kräver mindre ekonomiska resurser gäller samma huvudprincip men med mindre krav på antalet resursstarka personer inom ett visst naturligt ”upptagningsområde”.

I ett svenskt perspektiv gäller givetvis samma kommersiella grundprinciper vad avser kommersiellt driven och privat finansierad vård av god kvalitet det vill säga att den i första hand lokaliseras till större städer med många resursstarka hushåll. Dessutom är marknaden för denna typ av helt privat vård i hög grad påverkad av tillgängligheten och kvalitén på den offentligt finansierade vården. Offentliga misslyckanden innebär nya kommersiella möjligheter. **Det är därför inte förvånande att företrädare för kommersiella intressen och politiska partier som önskar en långtgående privatisering också är de som oftast talar om kriser – verkliga eller mindre verkliga – inom den offentliga vården.**

4.3. En ökad marknadsorientering och kommersialisering av vårdens drift minskar inte vårdköerna.

Ett av de vanligaste argumenten mot en offentligt driven och finansierad vård är att denna typ av vårdsystem – i motsats till mer marknadsorienterade system – präglas av långa väntetider/köer.

Köproblemen är förvisso ett allvarligt problem inom vissa delar av svensk sjukvård. Det gäller bland annat starr- och höftledsoperationer där den medicinsk-tekniska utvecklingen nu möjliggör insatser för ett mycket större antal patienter än tidigare samtidigt som resurserna till dessa operationer inte ökat i motsvarande grad.

Är då en ökad marknadsorientering av den offentligt finansierade vården en effektiv strategi för att reducera/eliminera dessa och liknande vårdköer?

Förespråkare för mer marknadsorienterade vårdsystem hävdar ofta att köerna minskat när vården konkurrensutsatts och privatiserats. Vad man däremot inte brukar redovisa är att köerna minskat lika mycket i de landsting som inte infört dessa marknadsorienterade styrsystem. Köerna minskade nämligen genom att man tillförde extra finansiella resurser och ökade trycket att arbeta bort köerna genom en vårdgaranti som innebar att landsting som inom en viss angiven tid – till exempel 3 månader – inte kunde klara till exempel de ovan nämnda operationerna ålades betala för att få dem utförda inom något annat landsting (vilket innebär högre kostnader än om man kan utföra det i egen regi). **Det finns inte heller någon empirisk grund för att hävda att en övergång till kommersiell**

drift av sjukhus eller vårdcentraler minskar vårdköerna. Möjligheterna att köpa sig förbi en vårdkö är däremot mycket olika vid offentlig respektive kommersiell drift av offentligt finansierade sjukhus.

Kommersiella företag som övertagit driften av ett offentligt finansierat sjukhus kan med dagens lagstiftning med förtur ta emot patienter som har råd att betala privat. Ur ett kommersiellt perspektiv är detta helt legitimt och normalt.

I ett offentligt vårdssystem anses denna typ av ”gräddfiler” som oacceptabla. Om någon som söker vård på ett vanligt offentligt sjukhus begär och får förtur genom att lägga 50 000 kronor på doktors bord är det korruption. Vid en diskussion om kommersiellt respektive offentligt driven vård är det viktigt klarlägga dessa skillnader i grundläggande värderingar och människosyn.

Fokuserar man till sist på den rent kommersiella vården som både drivs och finansieras privat är det ett faktum att köerna är korta eller obefintliga. I dessa kommersiella vårdssystem avvisas alla som inte har råd att betala marknadspriset för den vård de behöver direkt – de varken kan eller har något att vinna på att ställa sig i kö för en icke tillgänglig vård. Argumentet att kommersiella vårdssystem är bättre än offentliga system därför att det inte finns några köer bör bedömas utifrån denna verklighet.

5. Vårdens kvalitet

5.1. Vårdens kvalitet vid S:t Görans sjukhus påverkades inte när en kommersiell vårdgivare tog över driften

Det finns få studier som belyser om och vilka kvalitetsskillnader det finns mellan offentlig och kommersiell drift av offentligt finansierad vård. Eftersom personalen ofta stannar kvar vid den vårdcentral eller sjukhus när driftsansvaret övergår från en offentlig till en kommersiell vårdgivare är det dock relativt naturligt om vårdkvaliteten inte på ett avgörande sätt påverkas av ägarbytet.

Detta är också den slutsats som dras i en analys av vårdkvaliteten vid S:t Görans sjukhus i Stockholm före respektive efter privatiseringen av driften vid detta sjukhus. I denna rapport från Landstingets revisorer (Rapport 21/02) konstateras att ”Ägarbytet synes för den enskilde patienten inte haft någon större betydelse med avseende på den vård och den vårdkvalitet som förmedlas” Detta innebär att den mycket höga kvalitet på vården som präglade S:t Görans sjukhus när det drevs i offentlig regi även präglar vården när sjukhuset drivs av en kommersiell vårdgivare (Capio AB).

Det är mot denna bakgrund direkt missvisande att – som ofta görs av förespråkare för en kommersiellt driven vård – hävda att den goda vårdkvaliteten vid S:t Görans sjukhus beror på att sjukhuset drivs av ett kommersiellt företag.

5.2. Kontinuitet i vården undergrävs vid ökad kommersialisering

Behovet av kontinuitet i vården har traditionellt och med rätta betonas som en viktig vårdkvalitet. Detta har speciellt gällt inom primärvården där det är en stor trygghet att under lång tid kunna gå till samma läkare och distriktssköterska. Husläkaridén är ett uttryck för behovet att i möjligaste mån säkerställa denna kontinuitet.

Förutsättningarna att skapa kontinuitet inom den offentligt finansierade vårdcentraler och sjukhus beror på många faktorer som personalrörlighet, vårdens inre organisation men också om verksamheten drivs i offentlig eller privat regi.

De bästa förutsättningarna att skapa kontinuitet inom den offentligt finansierade vården torde finnas vid offentlig drift av vårdcentraler och sjukhus inom vårdssystem präglade av samverkan snarare än konkurrens.

I konkurrensutsatta vårdssystem med många kommersiella vårdgivare kan kontinuiteten i vården begränsas av de periodisk byten av vårdgivare som utgör en viktig dimension i ett väl fungerande konkurrensutsatt system. I den med konkurrens är ju att man periodiskt skall besluta vilken av flera vårdgivare som är bäst lämpad bedriva verksamheten. Konkurrensideologin har med andra ord överordnats kravet på kontinuitet.

Kontinuiteten vid en kommersiellt driven vård kan också brytas om företaget går i konkurs eller de privata ägarna vid en avtalsförlängning finner att andra verksamheter är mer lönsamma. Sammantaget innebär detta att rörligheten sannolikt är – och bör vara – större inom system med många kommersiella vårdgivare än inom mer traditionella vårdssystem.

Utöver kontinuitet i läkarkontakten är det viktigt utveckla väl fungerade så kallade vårdkedjor det vill säga skapa bästa möjliga förutsättningar att ge god vård även för patienter med sammansatta vårdbehov som kräver insatser från olika delar av vårdsystemet. Detta är erfarenhetsmässigt lättare i system präglade av samverkan än av konkurrens.

Det torde också finnas en risk att konkurrerande kommersiella företag har svårare för att utveckla väl fungerade samverkansformer än icke vinstdrivna offentliga vårdgivare speciellt om en viss typ av samverkan innebär minskar intäkterna för en vårdgivare medan den ökar intäkterna för den andre. Det revirtänkande som redan finns inom den offentligt drivna vården kan därför komma att förstärkas ytterligare vid en kommersialisering av vårdens drift. Detta skulle samtidigt innebära att förutsättningarna att utveckla och förstärka olika vårdkedjor försämras. Internationellt är detta ett stort problem i länder med kraftigt uppsplittrade kommersiella system. Utveckling av så kallade integrerade vårdssystem av den typ som till exempel Kaiser Foundation representerar anses

därför av allt fler vara den väg man bör gå både för att utveckla fungerande vårdkedjor och kanske än viktigare i den vårdpolitiska debatten minska vårdens totalkostnader.

6. Vårdens inriktning

6.1. Förutsättningarna för folkhälsoarbete försämras

Förebyggande insatser ges ofta – i jämförelse med angivna mål – en låg prioritet inom alla typer av hälso- och sjukvårdssystem.

Marknadsorientering och kommersiell drift innebär ökad konkurrens och minskad samverkan. Detta försvagar ytterligare de samverkansformer som utgör en viktig förutsättning för ett effektivt folkhälsoarbete. Samtidigt innebär kravet på periodiskt återkommande upphandling av vårdgivare för offentligt finansierade sjukhus och vårdcentraler att det kan bli svårare säkerställa den – också för det individinriktade förebyggande arbetet – viktiga kontinuiteten mellan patient och läkare.

Den demokratiska/politiska styrningen av vårdens inriktning är dessutom starkare i offentligt än kommersiellt drivna system. Det gäller framför allt befolknings- och samhällsinriktade förebyggande insatser där det är svårt att på förhand precisera tidsåtgång och kriterier för ersättning.

De som förespråkar en ökad marknadsorientering av vården brukar trots detta hävda att dessa reformer bidrar till en ökad fokus på sjukvårdens resultat i termer av förbättrad hälsa. Detta skulle i sin tur innebära att sjukvårdens bidrag till folkhälsan tydliggörs.

Den ingående analys som gjorts i den ovan citerade studien ”The Impact of Market Forces on Health Systems. A Review of Evidence in the 15 European Union Member States” (mars 2000) visar att även detta antagande saknar verklighetsförankring. Det fanns inga tecken på att en ökad marknadsorientering bidrog till ett bredare folkhälsoperspektiv på sjukvårdens insatser. Tvärtom kunde i ett flertal av de studerade länderna konstateras att ”Public health has been absent from most debates about the introduction of market forces into public, or public-regulated systems. Indeed market reforms have generally been restricted, moderated or abolished (in part) as a response to concerns about equitable access to good health outcomes. In a number of countries, the market is seen to be a barrier to equitably-distributed health gain.”

6.2. Vårdgivarens samhällsansvar minskar när kommersiella företag övertar driften av offentligt finansierade sjukhus och vårdcentraler

Det finns en avgörande – men sällan uppmärksammas - skillnad mellan offentlig och kommersiell drift finns emellertid när det gäller vårdgivarens ”samhällsansvar” vid till exempel ekonomiska kriser och katastrofer.

Ett kommersiellt drivet sjukhus som finansieras med offentliga medel behöver till exempel under löpande avtalsperiod inte anpassa verksamheten till oväntade händelser som påverkar hela landstingets ekonomi som till exempel minskade skatteintäkter på grund av hög arbetslöshet. De kan med all rätt hävda att gällande avtal skall gälla oberoende vad som händer med beställarens/landstingets intäkter. Det är samma regler som gäller i alla avtalsbundna affärsöverenskommelser. Konsekvensen av detta blir att de offentligt drivna sjukhusen tvingas ta inte bara sin del utan hela ansvaret för att de nödvändiga besparingarna görs.

Ett kommersiellt offentligt drivet sjukhus behöver inte heller ta något samhällsansvar som ej i förväg finns specificerat och kostnadsberäknat i gällande avtal för att möta stora oväntade vårdbehov på grund av tex. en plötslig epidemi, naturkatastrof eller allvarlig tågolycka. De kommersiella vårdgivarna måste sannolikt först komma överens med finansören om ersättningen för dessa extra insatser. De offentliga vårdgivarna torde snarare få mobilisera alla tillgängliga resurser och i avvaktan på ev. extra anslag tänja och omprioritera den existerande budgeten.

Dessa exempel illustrerar de två olika referensramar – synsätt – som helt naturligt måste prägla offentliga respektive kommersiella vårdgivare.

De kommersiella vårdgivarna måste säkerställa att deras verksamhet går med vinst för att överleva. Företagsperspektivet blir därför överordnat ett bredare samhällsansvar.

Motsvarade krav på vinst har inte en offentligt driven verksamhet vilket ger större möjligheter att anpassa verksamheten till nya förutsättningar och oväntade krav. Detta betyder givetvis inte att detta kan ske utan att något annat ges lägre prioritet om man inte får några extra resurser.

Den direkta politiska styrningen av offentliga vårdgivare bidrar givetvis också i hög grad till att möjligheterna att anpassa verksamheten förändrade ekonomiska realiteter och krav. Den offentligt finansierade och utförda vården har därför ett övergripande samhälls- snarare än företagsekonomiskt ansvar.

7. Valfrihet

7.1. Möjligheterna att välja vårdgivare minskar vanligen vid en ökad privatisering av vården.

Ett vanligt argument för en privatisering är att det ökar valfriheten. Ofta talar man då i termer av ”ökad mångfald” eftersom detta ord för många sannolikt har en mer positiv klang än ökad privatisering och kommersialisering. Vid en analys av om valfriheten ökar eller minskar vid en kommersialisering av den offentligt finansierade vårdens drift är det viktigt med tydliga definitioner av vad man menar med ökad valfrihet i olika konkreta situationer.

I många delar av Sverige finns ett enda sjukhus med ett naturligt upptagningsområde där huvuddelen av befolkningen går till detta sjukhus. Det förefaller ologiskt att hävda att en förändring av driftsansvaret för detta enda sjukhus ökar valfriheten. Det vore därför rimligare att konstatera att valfriheten att välja ett privat drivet sjukhus ökat medan i motsvarande grad valfriheten att välja ett offentligt drivet sjukhus minskat.

Man kan inte heller hävda att valfriheten ökat när nära nog alla vårdcentraler i Stockolms läns landsting privatiserats. Ökad valfrihet vad avser typ av vårdgivare skulle då givetvis innebära att ett antal privat drivna vårdcentraler omvandlades till offentligt drivna vårdcentraler. De som starkast förordat ökad valfrihet torde dock inte driva detta krav eftersom dom ofta talar om ökad valfrihet när dom egentligen menar ökad privatisering.

Ser man till möjligheterna att inom ett givet vårdutbud välja vårdgivare kan konstateras att denna valfrihet är mycket stor inom dagens svenska sjukvårdssystem. Befolkningen kan här välja fritt mellan olika offentligt finansierade offentliga och privata vårdgivare inte enbart inom det egna landstinget utan också i hög grad i hela landet.

En marknadsorientering av vården där finansiären efter en konkurrensutsatt upphandling köper en viss garanterad vårdvolym innebär att landstingets val av vårdgivare i högre grad måste styra vårdutnyttjandet. I praktiken är detta dock ingen större begränsning inom system med offentligt driven och finansierad vård eftersom man i efterhand kan allokera resurser efter det faktiska vårdutnyttjande. Vid kommersiell drift av offentligt finansierad vård måste vårdavtalen vara juridiskt bindande för båda parter. Detta innebär en ökad styrningen av patienterna i enlighet med uppgjorda avtal.

I länder med en stor kommersiell vårdsektor där vården i huvudsak finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar avgörs patienternas valfrihet i hög grad av vilken typ av försäkring de har råd med. Dyra försäkringar ger stor valfrihet medan billigare försäkringar ofta inskränker valmöjligheterna till ett relativt be-

gränsat antal vårdgivare. För att begränsa de mycket kostnadsdrivande krafter som präglar dessa kommersiella system har man till exempel i USA utvecklat så kallade Health Management Organisations (HMO: s) som på ett ännu tydligare sätt knyter "sina" patienter till vissa sjukhus/läkare.

Offentligt finansierade patienter i dessa kommersiella system – till exempel de som i USA finansieras via Medicaid (fattiga) och Medicare (äldre) har också ofta en i jämförelse med till exempel svensk sjukvård mer begränsad valfrihet eftersom många kommersiella vårdgivare inte tar emot dessa patienter. De är nämligen inte lika lönsamma som privatfinansierade patienter.

Den generella trenden tycks således vara att möjligheterna att inom ett givet vårdutbud välja vårdgivare minskar med ökad kommersialisering men att resursstarka grupper kan köpa en ökad valfrihet genom kostsamma privata sjukvårdsförsäkringar även i kommersiella system.

8. Arbetsmiljö och anställningsvillkor

8.1. Privata vårdgivare erbjuder ofta en hälsosammare arbetsmiljö än offentliga men anställningstryggheten kan vara sämre inom kommersiella vårdföretag

Den offentliga sjukvården tillhör en av de arbetsmiljöer som har högst andel sjukskrivna under de senaste 10 åren. Orsakerna till den ohälsosamma sjukvården är bland annat personalminskningar och tätt återkommande omorganisationer.

Kommersiella entreprenörer av offentligt finansierade vårdcentraler och andra typer av vårdinrättningar tycks ofta kunna skapa en stimulerande arbetsmiljö där enskilda anställda upplever att de har större möjlighet att påverka sin egen situation. Det finns också många exempel på att dessa vårdgivare utvecklat former av finansiella och andra incitament som upplevs stimulerande av de anställda.

Samtidigt innebär en anställning hos en kommersiell entreprenör en större osäkerhet än en anställning inom den offentligt drivna vården eftersom en kommersiell entreprenör har ett tidsbegränsat uppdrag. När avtalet löper ut skall företaget konkurrera med andra företag om att få driva till exempel den aktuella vårdcentralen. Detta innebär ur personalens synpunkt att de kan bli utan jobb om uppdraget går till ett företag som önskar anställa egen personal och det förlorande företaget inte har vunnit några andra uppdrag som ger anställningsmöjligheter för den friställda personalen.

Ett vanligare scenario torde dock vara att personalen blir anställda av det företag som vinner anbudsgivningen. Att på detta sätt periodiskt byta arbetsgivare och utsättas för de nya rutiner och ideologier som detta kan ur ett arbets-

tagarperspektiv innebära en ökad osäkerhet som är specifikt förknippad med ett konkurrentutsatt system baserat på kommersiella entreprenörer. Det finns dock fall där man inte vill tvingas att periodiskt byta till det företag som vinner upphandlingen. Detta var till exempel situationen i Västmanland där ingen av de 15 läkare som förlorat sina vårdavtal till Carema Primärvård gått över till Carema.

Detta öppnar för att man måste ta in korttidsanställda dyra hyrläkare från bemanningsföretaget "Rent a doctor" som ingår i samma koncern som Carema. Politiskt har fall som detta lett till krav – även från borgerliga partier - att man för att säkerställa kontinuitet i vården inte skall behöva tillämpa upphandlingskungörelsens krav på konkurren utsatt upphandling fullt ut. Något motsvarande resonemang har dock inte förts från den borgerliga sidan när kontinuiteten i den offentligt drivna vården bryts genom krav på att driften skall tas över av ett kommersiellt vårdföretag. Det måste samtidigt konstateras att anställningstryggheten inom den offentliga vården inte varit särskilt hög under 1990-talet med dess kraftiga nedskärningar inte minst på personal. I många fall fick de som tvingats lämna sin anställning inom den offentliga vården anställning inom olika typer av bemanningsföretag. De kunde då uppleva att de fick återkomma till sin tidigare arbetsplats med en högre lön än de tidigare som fått stanna kvar. Detta gav initialt en viss guldglans åt privata bemanningsföretag.

Landstingen upptäckte dock efter en tid det i de flesta fall blev mycket dyrare förlita sig på kommersiella bemanningsföretag än egen personal. Generella rekommendationer utgick att så långt som möjligt begränsa användningen av tillfälligt inhyrd personal. Därmed begränsades marknaden för dessa företag och många av de personer som stått till deras förfogande saknade uppdrag. En del kunde dock gå tillbaka till en anställning inom den offentliga vården.

Cirkeln var sluten. En mycket kortsiktig offentlig personal politik möjliggjorde en tillfällig marknad som delvis försvann när beställarna jämförde kostnaderna för inhyrd personal med egen personal. Detta orsakade en i många avseende minskad anställningstrygghet och många onödiga omställningsproblem för den enskilde arbetstagaren.

9. Privatiseringsprocessen

9.1. Kommersiell drift av offentligt finansierad vård öppnar för en ökad privat finansiering

Det hävdas ofta att det inte finns något samband mellan sjukvårdens driftsformer och vårdens finansiering. Den vårdgivare – offentlig eller kommersiell - som under den aktuella avtalsperioden kan producera bäst vård för pengarna bör få uppdraget. Hela den offentligt drivna vården kan med detta synsätt lämnas över till kommersiella vårdgivare om de framstår som de mest konkurrenskraftiga.

Det är därför väsentligt att belysa följande specifika samband mellan kommersiell drift och privat finansiering. Det finns till exempel ett samband mellan vårdens totalkostnader, skattepolitiken och vårdens finansiering. Vid en marknadsorientering och ökad privatisering av den offentligt finansierade vårdens drift ökar vanligen – som illustrerats ovan – vårdens totalkostnader. Detta beror bland annat på de kommersiella vårdgivarnas intresse av att expandera och få en allt större marknadsandel. Detta i kombination med en prestationsersättning och begränsade politiska styrmedel för att kontrollera vårdens totalkostnader bidrog till det historiskt stora budgetunderskottet i Stockholm läns landsting som blev resultatet av det mest omfattande marknadsorienterade reformprogram inom svensk sjukvård i modern tid.

Förutsättningarna att täcka kostnadsökningar med höjda skatter är mycket begränsade. En fortsatt marknads- och privatiseringspolitik och den ökning av totalkostnaderna som detta innebär driver därför i sig fram en privat finansiering. Denna privatiseringsprocess av sjukvårdens finansiering påskyndas givetvis av att de politiska partier som ivrigast driver kravet på en ökad marknadsanpassning och privatisering av vården samtidigt är de partier som starkast driver kravet på sänkta skatter. Något provokativt men sannolikt inte helt utan verklighetsförankring kan man därför hävda att ett kraftigt budgetunderskott är medel för att tvinga fram en privatisering av vårdens finansiering som i sin tur öppnar upp för privata sjukvårdsförsäkringar som ger motiv för och ökade möjligheter till de efterstävade skattesänkningarna. I ett läge där den politiska majoritet önskar detta systemskifte är det givetvis mycket lättare att genomföra denna strategi om huvuddelen av den offentligt finansierade vården drivs i kommersiell regi. De har ju i motsats till offentliga vårdgivare ett egenintresse av en expanderande för dem sannolikt mycket lönsam privat finansierad sjukvård.

9.2. Konkurrensideologin fungerar som en hävstång för ökad privatisering.

Den sannolikt viktigaste drivkraften för en privatisering har varit krav på avreglering och ökad konkurrens inom den offentliga sektorn. Dessa krav – de regelverk – som växt fram för att främja och säkerställa denna konkurrens utgör en integrerad del av en allmän generell konkurrensideologi. En ideologi som under 1990-talet växt sig allt starkare i takt med en ökad globalisering och liberalisering. Det finns även allt fler exempel på att denna konkurrensideologi – inte minst inom EU - överordnas andra politiska visioner och mål. Den politiska dimensionen av konkurrensideologin skymms ofta av ett tekniskt språk om upphandlingsregler, konkurrensneutralitet och behovet av att konkurrensutsätta nära nog all verksamhet. Detta förstärks ytterligare av att konkurrensideologin också

utgör en viktig del i den så kallade ”New public management”-ideologi som i hög grad påverkat organisations- och driftsformer inom den offentliga sektorn.

Det finns därför skäl att kortfattat och i generella termer belysa konkurrensideologins visioner, mål, framväxt och betydelse generellt för att bättre förstå dess betydelse som hävstång för en ökad privatisering inom svensk sjukvård.

Visionen är att ökad konkurrens inte bara skapar ett effektivare utan även det goda samhället. Denna konkurrensvision präglade reformarbetet inom flertalet västerländska länder. Begreppet ”reform” blev till och med i många länder inklusive Sverige synonymt med ökad konkurrens, avregleringar och privatisering. Politiskt rådde initialt en relativt stor enighet om att ökad konkurrens var bra och borde främjas såväl inom den privata som offentliga sektorn.

Statliga myndigheter som Konkurrensverket skall driva på och säkerställa en utveckling – ett ”förnyelsearbete” – utifrån denna grundsyn. En röst mot strömmen var LO som menade att det var viktigare att välfärden maximerades än att konkurrensen var absolut. I ett remissvar på betänkandet ”Konkurrenslagen 1993-1996” kritiserade till exempel LO Konkurrensverket för att bedriva sitt arbete ” på ett alltför enögt, doktrinärt sätt, utan hänsyn till vilka negativa effekter verkets konkurrensbefrämjande arbete får i andra avseenden” Konkurrens blir ”överordnad andra mål i samhället. Privatisering, bolagisering och avreglering av offentlig verksamhet blir därför ett ideal, ett självändamål.” (LO: s remissyttrande över SOU 1997:20)

I Sverige avreglerades och konkurrensutsattes under 1990-talet bland annat el, tele, post, taxi, buss, järnväg och inrikes flygtrafik. Ett huvudsyfte med dessa avregleringar var att konsumenterna skulle vara de stora vinnarna och som genom ökad konkurrens skulle tvinga fram lägre priser. Sverige blev till och med något av ett föregångsland inom EU när det gällde avreglering och konkurrens.

Med facit i hand kan man idag – ett decennium efter det att dessa reformer genomfördes – konstatera att effekten vanligen blev den motsatta. I en aktuell statlig utredning konstaterade man till exempel att priset för tågresor, taxi och el stigit mycket kraftigt efter avregleringen.

Man kan också konstatera att EU:s konkurrensregler bidragit till att underminera den restriktiva svenska alkoholpolitiken (Den starka alkoholstatens fall, Lundqvist, Torbjörn, 2002).

Konkurrensideologin präglade också i hög grad reformarbetet inom många landsting och kommuner. Ökad konkurrens skulle ge mer vård för pengarna. Samtidigt öppnades successivt den offentliga vården för privata vårdgivare. Detta sågs som en viktig förutsättning för en ökad konkurrens och därmed effektivisering inom sjukvårdssektorn. Ingen närmare analys gjordes för att belysa

om och hur den nya konkurrensideologin påverkade möjligheterna att uppnå eller säkerställa olika vårdpolitiska mål. Det fanns heller inte någon långsiktig analys av om och hur en ökad kommersialisering av den offentligt finansierade vårdens drift kunde påverka förutsättningarna att säkerställa en fortsatt solidrisk finansiering via skatt.

Mot denna bakgrund kan det vara av speciellt intresse att – utifrån ett sjukvårdspolitiskt perspektiv – belysa reformprocessens följande fem faser.

Den första fasen innebar att ett fåtal kommersiella offentligt finansierade vårdgivare typ Cityakuten i Stockholm etablerades. De sågs som ett marginellt komplement till den offentligt drivna vården som omfattade nära nog all sjukhus och vårdcentraler.

Under fas två infördes så kallade beställar- utförarsystem som bland annat skulle möjliggöra en ökad konkurrens mellan framför allt olika offentliga vårdgivare. Detta öppnade i sin tur för en konkurrens mellan offentliga och privata vårdgivare. Detta välkomnades givetvis av de kommersiella intressen som sett offentliga vårdgivare som ett hinder till en stor och lönsam offentligt finansierad marknad.

Fas tre präglas av att kommersiella vårdgivare – bland annat i kraft av en ökad marknadsandel av den offentligt finansierade vården – med stöd av borgerliga politiker hävdade att de offentliga vårdgivarna hade avsevärda dolda konkurrensfördelar eftersom de finansierades och drevs av samma huvudman. Verklig konkurrensneutralitet kunde mot denna bakgrund endast uppnås om enbart kommersiella företag fick konkurrera om driften av den offentligt finansierade vården.

Fas fyra är när de offentligt finansierade kommersiella vårdgivarna önskar öppna dörren för privatfinansierade patienter. Även detta kan motiveras som en förändring som är motiverad för att upprätthålla konkurrensneutraliteten mellan olika kommersiella vårdgivare.

Fas fem innebär en successiv ökning av privat finansierad vård eftersom hela det sjukvårdssystem som byggts upp med offentliga medel nu står öppet även för personer med privata sjukvårdsförsäkringar. Expansionen av privat finansierad vård beror i hög grad på hur väl den offentligt finansierade vården fungerar. Uppstår köer eller andra problem kommer det att finnas olika privatfinansierade alternativ som ger förturer m.m. till dem som kan och vill betala. Detta kan i sin tur leda till att allt fler resursstarka grupper ser privata sjukvårdsförsäkringar som ett bättre alternativ än offentligt finansierad vård. Det ökar ju också pressen på att sänka skatten. Varför skall personer med privata

sjukvårdsförsäkringar betala dubbelt. Ett sätt att lätta på skattebördan har i många länder blivit att göra de privata sjukvårdsförsäkringarna avdragsgilla. De som har råd med en privat sjukvårdsförsäkring har på detta sätt lyckats få en offentligt subventionerad privat vård samtidigt som resurserna till den offentligt finansierade vården minskar i motsvarande grad.

För att förstå den vårdpolitiska betydelsen av en övergång från till exempel offentlig till kommersiell drift av offentligt finansierade sjukhus är det mot denna bakgrund väsentligt att bedöma vad det betyder i ett dynamiskt framtidsperspektiv. Denna analys bör även fokusera på de krafter som kan – och önskar – få till stånd en genomgripande systemförändring av det svenska sjukvårdssystemet. Det är också nödvändigt för att förstå de naturliga samband som i ett längre tidsperspektiv finns mellan kommersiell drift och privat finansiering. Slutligen är det nödvändigt att ha ett längre processinriktat perspektiv vid analyser av de mycket starka samband som finns mellan konkurrensideologin som den tillämpas inom till exempel den offentliga sjukvården och en ökad privatisering av såväl sjukvårdens drift som finansiering. Det kan också vara viktigt att inse hur denna konkurrensideologi först kan användas för att först öppna dörren för kommersiell drift av offentligt finansierad vård för att sedan användas för att försöka stänga denna dörr för offentliga vårdgivare för att slutligen i konkurrensneutralitetens namn hävda att även offentligt finansierade sjukhus skall kunna ta emot privatfinansierade patienter. Konkurrensideologin kan således lätt bli en överideologi även inom sjukvården även när dess konsekvenser står i strid med hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård på lika villkor för hela befolkningen oberoende av betalningsförmåga.

Ovanstående analys skall inte tolkas som att konkurrens alltid är något negativt. Konkurrens inom den privata sektorn är en förutsättning för en fungerande marknadsekonomi. Vad exemplen ovan vill visa är att konkurrens aldrig får bli en överideologi som står över politiken. Den måste ses som ett medel att på ett kostnadseffektivare sätt uppnå olika politiska mål. Detta gäller i särskilt hög grad inom den offentliga sektorn. Vad vi behöver är – som Torbjörn Lundqvist uttrycker det i sin bok "Konkurrensvisionens framväxt" (Institutet för framtidsstudier, 2003) – "en stat som inser att det allmännas bästa ofta finns i en balans mellan olika samhällsintressen. Här har vi i Sverige en lång tradition att falla tillbaka på, inte minst när det gäller att finna en rimlig balans mellan konkurrens och samverkan, och mellan konkurrens och politisk styrning." Detta är speciellt viktigt i en tid då internationella organ som Världshandelsorganisationen (WTO) och EU arbetar med att utforma bindande generella regelverk och direktiv för en fri handel med tjänster.

Det är samtidigt viktigt att klarlägga och öppet diskutera de kopplingar som finns mellan konkurrensideologin och privatisering av offentliga tjänster. Utan denna öppenhet begränsas möjligheterna att i tid bromsa en icke önskvärd privatisering. Detta är av strategisk betydelse inte minst inom sjukvården eftersom privatiseringsprocessen ofta är irreversibel. Det är lätt att genom politiska beslut privatisera offentlig verksamhet men det är mycket svårt – ofta omöjligt – att i en vanlig väl fungerande marknadsekonomi fatta politiska beslut som innebär att lönsamma privata företag skall övergå till offentlig drift/finansiering.

10. Reglering av den offentligt finansierade vårdens drift - riksdagens beslut (15/6 2005)

För att säkerställa en fortsatt offentlig finansiering och förhindra ”gräddfiler” för betalningsstarka grupper till offentliga sjukhus beslöt riksdagen den 15 juni 2005 – i enlighet med regeringens förslag – följande reglering vad avser driften av offentligt finansierade sjukhus:

- Driften av regionsjukhus eller en regionklinik inte får överlämnas till någon annan” (det vill säga ingen form av privat drift av dessa sjukhus/kliniker är tillåten).

- Driften av övriga offentligt finansierade sjukhus skall ej få överlämnas till vårdgivare vars syfte är att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent. (Detta innebär att vårdgivare som driver offentligt finansierade sjukhus måste återinvestera eventuella vinster i verksamheten istället för att som i vanliga kommersiella företag dela ut vinsten till ägarna av företaget.)

- Landstinget skall ansvara för driften av minst ett sjukhus i det egna landstinget. (det vill säga den nya lagen tillåter privat drift av alla utom ett sjukhus i varje landsting under förutsättning att eventuell vinst inte utbetalas till ägare eller annan intressent.)

- Förbud mot privatfinansierade patienter vid offentligt finansierade sjukhus det vill säga inga privata vårdgivare som ansvarar för driften av offentligt finansierade sjukhus får öppna upp några ”gräddfiler” för patienter som betalar ur egen ficka eller genom privata sjukvårdsförsäkringar.

De ändringar som i hälso- och sjukvårdslagen reglerar dessa frågor träder i kraft den 1 januari 2006. De partier som stödde dessa förslag i riksdagen var – förutom socialdemokraterna – miljöpartiet och vänsterpartiet. Samtliga borgerliga partier röstade emot dessa förslag samtidigt som de deklarerade att de vid ett eventuellt regeringsskifte kommer att riva upp detta beslut som de kallar en ”stopplag” och istället föreslå en ”startlag” som främjar kommersiell drift av offentligt finansierade sjukhus.

11. Drivkrafter och motkrafter

11.1. Politiska driv- och motkrafter

Det ligger utanför syftet med denna erfarenhetsbaserade konsekvensanalys att analysera hur dessa frågor hanterats inom olika politiska partier och intressegrupper. Samtidigt vore en konsekvensanalys av detta slag ofullständig utan att något belysa konsekvenserna av till exempel olika politiska majoriteter i lands- ting respektive regering och riksdag. I mycket komprimerad form är de politiska drivkrafterna:

Borgerliga partier: Moderata samlingspartiet – det största borgerliga partiet i Sverige – har liksom konservativa partier i andra länder varit starkt pådrivande för en marknadsorientering och privatisering även inom hälso- och sjukvårds- sektorn. Officiellt står de bakom principen om en offentlig solidarisk finansie- ring av vården men ledande företrädare partiet uttrycker mer privat att ”privat finansiering kommer vare sig vi vill det eller inte”. En viss nedtoning av priva- tiseringspolitiken och ett något starkare stöd att säkerställa en offentlig finan- siering har präglat moderata samlingspartiet politik sedan man relativt nyligen fick en ny partiledare (Fredrik Reinfeldt). Partiet driver till exempel inte längre kravet på en övergång till en försäkringsfinansierad sjukvård.

De övriga borgerliga partierna delar i allt väsentligt moderata partiets grund- syn det vill säga att kommersiell drift med ägare som tar ut vinsten från offentligt finansierade sjukhus bör vara möjlig med undantag för den högspecialiserade regionsjukvården. Samtidigt hävdar man att det inte finns något samband mellan kommersiell drift och privatisering av vårdens finansiering.

Socialdemokratiska partiet med ”stödpartierna” vänster- resp. miljöpartiet:

Socialdemokraterna har under 1990-talet ofta satt samförstånd över partigrän- serna framför en självständig analys och politik när det gäller avvägningen mellan offentlig och privat drift. I slutbetänkandet från den stora parlamenta- riska utredning om svensk hälso- och sjukvård inför 2000-talet (HSU 2000) fanns till exempel varken någon analys av de i vissa borgerligt styrda lands- ting mycket omfattande marknadsorienterade reformer som präglat det senaste årtiondet eller förslag vad avser till exempel kommersiell drift av offentligt finansierade akutsjukhus.

I praktiken kom detta att innebära att kom att partiet i hög grad kom att ”backa in i framtiden” när det gällde sjukvårdens marknadsorientering. De borgerliga drev på – socialdemokraterna accepterade om än lite motvilligt ”de små stegens politik ” mot en systemförändring. Man ville inte framstå som ett nej-sägarparti. Språkbruket gynnade samtidigt dem som förordade marknadsorientering och privatisering eftersom endast förändringar i den riktningen kallades ”reformer”

och de som drev på dessa reformer var ”förförare” i motsats till ”bakåsträvarare” och ”fundamentalister” som trodde på en fortsatt vidareutveckling av den offentligt drivna vården.

Ett undantag från denna passiva attityd var den så kallade Dagmarreformen i mitten av 1980-talet som innebar att privatpraktiserande läkare måste ha ett avtal med landstinget innan de kunde få sin verksamhet offentligt finansierad. Detta väckte då våldsamma protester från bland annat moderata samlingspartiet och läkarförbundet som talade om ”etableringsförbud”. Idag ses denna form av avtal mellan finansören och utföraren som en helt naturlig del av en mycket bred politisk majoritet.

De senaste årens s-politik – med Lars Enquist respektive Ylva Johansson som socialminister respektive vård- och äldreomsorgsminister – har dock på ett markant sätt präglats av en självständig och mer kritisk analys speciellt av kommersiell drift av offentligt finansierade sjukhus. Ett exempel är den temporära ”stopplag” som regeringen lade fram efter det att de borgerliga partierna i Stockholms läns sjukhus sålt S:t Görans sjukhus till Bure AB. Regeringens principiella ställningstagande kom också till uttryck i statsministerns regeringsförklaring hösten 2004 där han slog fast ”sjukhus inte skall drivas med privat vinstintresse” och att ”ingen offentligt finansierad sjukvård ska ge förtur åt privata försäkringspatienter.”

Ovan redovisade riksdagsbeslut avseende regleringen av vårdens driftsformer är en konkretisering av denna politik även om också detta beslut sannolikt ger tekniska möjligheter för kommersiella vårdgivare att kringgå kravet på att vinsten inte får delas ut till ägare och andra intressenter.

11.2. Kommersiella drivkrafter

Den starkaste drivkraften för en kommersialisering av den offentliga vårdens drift är givetvis de kommersiella intressen som ser denna oerhört stora offentligt finansierade sjukvård som en potentiellt mycket lönsam marknad.

Offentliga vårdgivare blockerar i detta perspektiv möjligheterna att komma in på denna marknad. Samtidigt öppnas utifrån denna bas för ”svensk kommersiell sjukvård” nya exportmöjligheter. På motsvarande sätt ser såväl kommersiella vårdföretag och i än högre grad privata försäkringsbolag mer än gärna att andelen privat finansierad vård ökar kraftigt. Det vidgar marknaden för vårdföretagen och skapar stora möjligheter för försäkringsbolagen att sälja privata sjukvårdsförsäkringar.

De viktigaste drivkrafterna för en kommersialisering av vården har därför varit – och är givetvis fortfarande – företrädare för dessa kommersiella intressen som Svenskt Näringsliv, Exportrådet och Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS).

Den som i dagspressen vill följa dessa sjukvårdspolitiska frågor får därför ofta den snabbaste informationen i tidningens ”ekonomidel”. De borgerliga tidningarna i allmänhet och Dagens Nyheter i synnerhet har på ett anmärkningsvärt sätt varit den främsta talesmannen för dessa kommersiella intressen.

Läkarförbundet liksom Vårdfacket har också argumenterat för kommersiell drift av offentligt finansierad vård. Ett skäl är antagligen att fler privata vårdgivare antas gynna möjligheterna till högre inkomster dels genom ökad konkurrens om arbetskraften mellan offentliga arbetsgivare och privata vårdföretag och dels genom de ökande möjligheter till lönsamma ”extraknäck” som framför allt en kommersiellt driven privat vård ger.

11.3. Demokratisk dialog

Medborgare/patienter har inte varit en stark drivkraft för sjukvårdens kommersialisering men i avsaknad av tydliga alternativ till att lösa dagens många problem och brister inom den offentliga vården framstår inte sällan alternativet med en privatisering som en möjlighet.

Denna förhoppning att privatisering kan vara en möjlighet att komma tillrätta med till exempel svårigheter att få en snabb direktkontakt med en läkare och oacceptabelt långa väntetider för vissa behandlingar förstärks genom de myter som sprids om privatiseringens positiva effekter. Problembeskrivningen är ofta riktig – om än i många fall överdriven av dem som önskar en kommersialisering – men åtgärdsanalysen ersätts av automatiska krav på ökad privatisering ofta uttryckt i termer av ”förnyelse” och ”mångfald”. De reella vårdpolitiska frågorna beskrivs samtidigt ofta som tekniska även när de är i hög grad en del av en mycket medveten successiv systemförändring. En stor del av privatiseringsprocessen inom svensk sjukvård sker därför utan en verklighetsförankrad demokratisk dialog.

De erfarenheter som redovisats ovan och som rätt entydigt pekar mot att en kommersialisering av vården ofta ökar snarare än minskar problemen bör därför förmedlas och diskuteras till en intresserad allmänhet. Denna insikt ökar möjligheterna att inom ramen för den demokratiska processen föra fram och kritiskt granska förslag som reducerar/elimineras många av de problem som präglar dagens svenska sjukvård. Det är först när reformer och förslag tydligt kan relateras till den verklighet som är olika befolknings- respektive patientgruppers verklighet som man kan tala om en demokratiskt förankrad sjukvårdspolitik. Och det är först när sjukvården är demokratiskt förankrad och utgår från behov snarare än köpkraft som en god vård på lika villkor kan säkerställas och vidareutvecklas.

NÄTVERKET FÖR

**gemensam
välfärd**

gemensamvalfard.se