

Vård på lika villkor - drivkrafter och motkrafter

Göran Dahlgren

Göran Dahlgren är gästprofessor i folkhälso- och sjukvårdsforskning vid University of Liverpool. Han har tidigare bl.a. varit departementsråd och chef för sjukvårdsenheten på Socialdepartementet samt folkhälsoråd på Folkhälsoinstitutet. GD erhöll 2003 Nordiska Ministerrådets Folkhälsopris. Kommentarer på denna artikel välkomnas och kan sändas till dahlgrenoran@hotmail.com

Denna skrift om "Vård på lika villkor – drivkrafter och motkrafter" belyser på basis av socialmedicinska samt andra vetenskapliga och erfarenhetsbaserade analyser hur olika sjukvårdspolitiska beslut påverkar sociala skillnader i hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kvalitet. Speciellt uppmärksammas effekterna av den marknadsorientering och privatisering som präglar utvecklingen av sjukvården i många landsting och Vårdval Stockholm i synnerhet. Den belyser också vad som bör göras för att stärka en hälso- och sjukvårdspolitik som på allvar vill främja en bättre och jämlikare vård och hälsa.

Skriften har utarbetats inom ramen för Gemensam Velfärds Vårdsnätverk i Stockholm och är ett led i dess verksamhet för att främja en god behovsberad hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Gemensam Velfärd (GV) är ett politiskt oberoende nätverk. Information om verksamhet, skrifter och aktuella arrangemang finns på GV:s hemsida <http://www.gemensamvalfard.se>.

This article elucidates how different health care policies promote or obstruct equity in health care within a Swedish context. Special attention is paid to the effects of market oriented reforms and privatization within the primary health care system in Stockholm county. Certain policy options for promoting equity in health services are also highlighted. Research findings in particular in the field of social medicine, evaluations and well documented experiences gained constitute the base for the findings presented.

This article is part of the work carried out within the politically independent network Our Common Welfare ("Gemensam Velfärd"). Financial support has also been provided by the Workers Labour Union in Stockholm.

1. Den ojämlika sjukvården

I dagens Sverige anser alltfler att de helt eller delvis har tillgång till den vård de behöver. Denna andel har mellan 2004 och 2008 ökat från 69 procent till 77 procent (SKL:s Vårdbarometer 2009). Detta är givetvis en positiv utveckling. Samtidigt är det alarmerande att närmare en fjärdedel av befolkningen fortfarande anser att de inte har tillgång till den vård de behöver. En rad studier visar att dessa otillfredsställda vårdbehov oftast finns bland låginkomstgrupper som generellt sett har mycket större behov av vård än resten av befolkningen. Den offentligt finansierade sjukvården präglas av markanta och i vissa fall ökande sociala skillnader både när det gäller tillgänglighet och kvalitet.

En rapport från OECD (van Doorslaer et al. 2004) visar att högutbildade får mer vård inom den öppna vården än kortutbildade vid samma vårdbehov. Dessa sociala skillnader är t.o.m. större i Sverige än i flertalet andra OECD-länder. Däremot fanns inte motsvarande sociala skillnader i utnyttjande av sluten vård (mätt i antal nätter på sjukhus).

En omfattande nordisk studie (Haglund 2004) där man tog hänsyn till sociala skillnader i ohälsa/vårdbehov visade också att kortutbildade besökte läkare mer sällan än högutbildade i såväl Sverige, Danmark som Finland. I Norge hade man däremot ett vårdutnyttjande som matchade de olika gruppernas vårdbehov.

En annan studie som fokuserade på sociala skillnader inom barnsjukvården i de nordiska länderna (Gröholt et al 2003) fann inga skillnader när det gällde utnyttjande av allmänläkare men markanta sociala skillnader i utnyttjande av annan specialistvård för barn med olika kroniska sjukdomar.

Ett stort antal svenska studier visar vidare att låginkomsttagare, kortutbildade och arbetslösa oftare avstår från att söka vård vid upplevt behov av vård än de med högre utbildning och inkomst (Burström och Foree 2001, Burström 2002, Westin et al. 2004, Åhs och Westerling 2006).

Det finns även studier som fokuserar på sociala skillnader vid behandling av olika sjukdomar. Patienter med högre utbildning som drabbats av hjärt-kärlsjukdomar får t.ex. – i jämförelse med patienter med kortare utbildning – en intensivare medicinering (Socialstyrelsen 2004). De mest markanta sociala skillnaderna återfinns inom tandvården där låginkomstgrupper vid behov av tandvård har ett mycket lägre vårdutnyttjande än höginkomstgrupper (Wamala et al 2006).

En av de stora sjukvårdspolitiska utmaningarna är därför att utforma en sjukvårdspolitik som bidrar till en bättre och jämlikare vård. En vård som lever upp till hälso- och sjukvårdslagets krav på en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Det är därför av strategisk betydelse att försöka klarlägga om och i vilken utsträckning olika sjukvårdspolitiska beslut ökar respektive minskar de sociala skillnaderna inom svensk sjukvård.

2. Principer för en jämlik sjukvård

Jämlikhet är ett politiskt laddat begrepp. Den ojämlika inkomstfördelningen anser t.ex. vissa vara naturlig och nödvändig medan andra anser den helt oacceptabel. När det gäller den offentligt finansierade vården finns såväl internationella deklARATIONER som svensk lagstiftning som anger tydliga krav på jämlikhet i hälsa och vård. FN:s deklARATION om de mänskliga rättigheterna slår fast att bästa möjliga hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet. Detta rättighetsperspektiv återspeglas också i den svenska hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf och dess krav att hela befolkningen skall erbjudas ”en god vård på lika villkor” oberoende av social position och köpkraft. Hälso- och sjukvårdslagen baseras på följande tre etiska principer:

1. **Människovärdesprincipen** dvs. att alla människor har lika värde och lika rätt till vård.
2. **Behovs- och solidaritetsprincipen** som slår fast behoven skall styra fördelningen av sjukvårdens resurser och att de med stora vårdbehov därför skall prioriteras före dem med små vårdbehov.
3. **Kostnads- och effektivitetsprincipen** dvs. att man vid val mellan olika åtgärder beaktar relationen mellan kostnad och förbättrad hälsa/livskvalitet.

Det råder politisk enighet om att dessa etiska principer skall gälla för den offentligt finansierade sjukvården. I praktiken görs emellertid många av-

steg från dessa principer. Lite tillspetsat präglas då vårdpolitiken av motot: Moral är bra men dubbelmoral är bättre.

Utgångspunkten för denna artikel är hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård på lika villkor för hela befolkningen och de etiska principer som utgör basen för dessa krav. Detta är även utgångspunkten för den nya myndighet - ”Institutet för uppföljning och utvärdering” - som den borgerliga regeringen avser att inrätta. Enligt den ansvarige statssekreteraren är syftet med detta institut ”att säkerställa att vi har en sjukvård som totalt sett lever upp till hälso- och sjukvårdslagen, så att man som patient ska kunna känna förtroende för vården. Och då måste den vara oberoende och inte ha fingrarna i någon annan syltburk” (Johansson 2009).

Mot denna bakgrund analyseras nedan – på basis av forskningsrapporter och dokumenterade erfarenheter - hur olika politiska beslut påverkar den offentligt finansierade vårdens tillgänglighet, kvalitet och finansiering.

Motsvarande analyser görs inte av den helprivata vården. Skälet är att det inte krävs några ingående studier för att konstatera att denna vård styrs av patienternas köpkraft snarare än behov d.v.s. alltid står i direkt motsats till såväl människovärdes- som behovsprincipen. Dörrarna till den helprivata vården är ju endast öppna för dem som har råd att betala gällande marknadspris kontant eller via en privat sjukvårdsförsäkring.

Däremot ägnas speciell uppmärksamhet åt om och i vilken utsträckning den marknadsorientering och privatisering som nu sker inom den offentligt finansierade vården undergräver de etiska principer som enligt hälso- och sjukvårdslagen skall prägla all offentligt finansierad vård. Innebär dessa s.k. *New Public Management*-reformer att vi får en intäkts-/vinststyrd offentligt finansierad vård oberoende av om den drivs offentligt av landstinget eller av kommersiella vårdbolag? Hur påverkas möjligheterna att ge en vård på lika villkor vid en ökad kommersiell drift av offentligt finansierad sjukhus – och primärvård. Vilka politiska beslut ökar respektive minskar – mot denna bakgrund – de sociala skillnaderna i vårdens tillgänglighet, kvalitet och finansiering?

3. Sociala skillnader i vårdens tillgänglighet

I den vårdpolitiska debatten diskuteras ofta hur man skall kunna förbättra den offentligt finansierade vårdens tillgänglighet. Vanligen avser man då endast vårdens tidsmässiga tillgänglighet dvs. möjligheterna att inom rimlig tid få den vård man behöver. Vid en analys av vårdens tillgänglighet är det – inte minst ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv – väsentligt att beakta alla stegen i den s.k. tillgänglighetstrappan dvs. formell, geografisk, ekonomisk och tidsmässig tillgänglighet (Dahlgren och Whitehead 2007). Det första steget är ju en förutsättning för det andra osv. Det är knappast meningsfullt att diskutera köer om man av geografiska, ekono-

miska eller andra skäl inte kan få den vård man behöver.

Det faktum att vissa inte får den vård de behöver står märkligt nog inte i fokus i den politiska och professionella debatten. Den handlar främst om att de som har tillgång till god vård skall kunna välja fritt mellan olika vårdgivare och få vården inom rimlig tid. Betydelsen av ett helhetsperspektiv på vårdens tillgänglighet illustreras nedan ”steg för steg” i den process som för de allra flesta – men inte alla – leder fram till att man får vård efter behov.

3.1 Vårdens formella tillgänglighet

Den formella tillgängligheten inom den offentligt finansierade svenska sjukvården är mycket god. Hela befolkningen har formell rätt att utnyttja den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och denna vård täcker nära nog alla typer av sjukvård.

Det finns dock en grupp i Sverige som inte har formell rätt till den offentligt finansierade vården. Det är de som fått avslag på sin asylansökan men illegalt stannat i Sverige. Sverige har för just denna grupp ”papperslösa” en mer begränsad rätt till offentligt finansierad sjukvård än många andra västeuropeiska länder (Norredam et al 2006). De kan vid akuta vårdbehov endast få vård om de har resurser att själva betala de fulla kostnaderna för vården.

Frivilliga organisationer som Röda Korset och Rädda Barnen liksom vissa fackliga organisationer driver krav på att alla papperslösa skall kunna er-hålla offentligt finansierad akut sjuk-vård. Idag gäller denna rätt endast de papperslösas barn. Även från medi-cinskt håll har denna fråga lyfts fram t.ex. i ett temanummer av Socialme-dicinskt tidskrift (Nr 6, 2008) om de papperslösas situation i Sverige. Den borgerliga regeringen – liksom den ti-digare S-regeringen - har valt att inte ens utreda denna fråga. Ett skäl är att det finns olika politiska uppfattningar inom den borgerliga alliansen om vad som skall utredas. Moderaterna vill endast utreda möjligheterna att erbjuda vård för barn och gravida medan de övriga allianspartierna vill utreda ett alternativ som omfattar vård för alla papperslösa. Inom oppositionen är också uppfattningarna delade. Mil-jöpartiet och Vänsterpartiet anser att alla papperslösa skall ha samma rätt till akut vård medan (S) tycks vilja be-gränsa denna rättighet till barn (*Da-gens Nybeter* 19/12 2009). Sverigedemo-kraterna anser enligt Björn Söder som är partisekreterare och ordförande i partiets sjukvårdspolitiska utskott att papperslösa flyktingar ska betala fullt pris för sjukvård och att personalen ska kontakta polis så att flyktingarna kan utvisas. SD (Söder 2010)

Utifrån principer om allas lika rätt till vård vore det naturligt om den formella rätten till offentligt finansierad akut sjukvård även i Sverige inkluderade alla papperslösa.

3.2 Vårdens geografiska tillgäng- lighet

Vårdens geografiska tillgänglighet dvs. avståndet i tid och rum till när-maste läkare/vårdcentral eller sjukhus är av naturliga skäl olika beroende av om man bor på landsbygden eller i en stad. Vårdpolitiken har emellertid en avgörande betydelse för att säkerställa bästa möjliga geografiska tillgänglig-het. Närhet till en vårdcentral/huslä-kare är av speciellt stor betydelse för äldre och andra patientgrupper med stora vårdbehov och begränsad rör-lighet. Erfarenhetsmässigt påverkar också avståndet benägenheten inom samtliga befolkningsgrupper att söka vård. Detta bidrar till att färre vård-behov tillfredsställs och att färre sjuk-domar upptäcks i tid för att effektivt kunna behandlas.

Nuläge

I ett internationellt perspektiv är den geografiska tillgängligheten inom svensk sjukvård relativt god. Det finns dock stora problem att säker-ställa en tillfredställande läkartäthet i glesbygden och storstädernas lägin-komstområden.

Valet av driftsform och reglerna för den offentligt finansierade vårdens lokalisering påverkar i hög grad vår-dens geografiska tillgänglighet. I Stockholm län återfinns t.ex. 400 av 511 offentligt finansierade privatprak-tiserande läkare i den mer välbärgade norra länshalvan trots att sjukdoms-bördan och behoven är större i den ur befolkningssynpunkt lika stora södra länshalvan (Dahlgren 2008). Samti-digt finns i Stockholms stad en extrem

koncentration av offentligt finansierade läkare och annan kvalificerad vårdpersonal i höginkomstområden som Östermalm i centrala Stockholm.

Denna ojämlika fördelning av knappa offentliga vårdresurser grundlades under de perioder när offentligt finansierade privatpraktiker på kommersiella grunder hade s.k. fri etableringsrätt dvs. kunde bestämma var privat driven offentligt finansierad vård skulle lokaliseras. En omlokalisering idag av dessa offentligt finansierade vårdgivare till de områden där befolkningens vårdbehov är störst och läkarutbudet minst är mycket svårt att genomföra. Denna typ av privatisering är nära nog irreversibel pga. de spelregler som gäller på en kommersiell marknad.

En angelägen vårdpolitisk uppgift är därför att all offentligt finansierad vård, oberoende av om den drivs offentligt eller av kommersiella vårdgivare, lokaliseras till de områden där den bäst behövs redan när den etableras. Detta kan ske – som t.ex. i England - genom att inte tillåta nyetablering av offentligt finansierade privat drivna vårdcentraler och privatläkarmottagningar i områden där det redan finns ett överskott av läkare samtidigt som man främjar en etablering i underförsörjda områden.

I flertalet landsting i Sverige finns på motsvarande sätt en demokratisk geografisk styrning av alla offentligt finansierade vårdgivare. De flesta landsting anser att det självklart att finansären/landstinget kan påverka lokaliseringen av den vård som finansie-

ras via skatt. Detta motiveras även av att ansvaret för vårdens lokalisering ligger kvar på landstinget oberoende av om denna offentligt finansierade vård drivs i offentlig eller privat regi.

Ett undantag från detta synsätt finns i Stockholms läns landsting där den borgerliga majoriteten - inom ramen för "Vårdval Stockholm" - infört s.k. "etableringsrätt." Det innebär att man överlåter rätten att besluta var offentligt finansierade vårdcentraler skall lokaliseras till de vårdföretag som driver verksamheten. Dessa företag väljer självklart att lokalisera vårdcentralerna/husläkarmottagningarna där det är företagsekonomiskt mest lönsamt. Den högsta lönsamheten finns vanligen i mer välbärgade områden. Ett skäl till detta är att vårdgivarna får samma ersättning per besök oberoende av om konsultationen tar 5 eller 35 minuter. Multisjuka och personer med kombinerade sociala och medicinska problem blir då olönsamma patienter. Låginkomstområden blir mindre lönsamma eftersom befolkningen där har de allvarligaste, största och därmed mest tidskrävande vårdbehoven.

Etableringsfriheten innebär således att lönsamhetskriterier överordnas hälso- och sjukvårdspolitiska mål inom offentligt finansierad sjukvård. Ur ett företagsekonomiskt perspektiv är detta lika självklart som tyngdlagen eftersom vinstdrivna företag inte kan överleva utan vinst.

Lika självklart är att de kommersiella vårdföretagens etableringsfrihet strider mot hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård på lika villkor.

Människovärdesprincipen har ju ersatts av en lönsamhetsprincip som leder till ökande sociala skillnader i geografisk tillgänglighet.

I den internationella sjukvårdspolitiska debatten och forskningen är de kommersiella krafternas negativa effekter för vårdens tillgänglighet sedan länge väl kända. Man talar till och med om dem som "the inverse law of care", "den omvända vårdlagen". Den engelske läkaren Julian Tudor Hart, som myntade detta begrepp 1971 i en legendarisk artikel i tidskriften *The Lancet*, beskriver med följande ord hur kommersiella krafter bidrar till denna omvända sjukvård där de med minst behov utnyttjar vården mest:

*"Tillgängligheten till bra medicinsk vård tenderar att variera i motsatt förhållande till behovet inom den grupp som skall betjänas av vården. Denna lag om det motsatta förhållandet mellan erhållen vård och vårdbehov är mest uttalad när den medicinska vården är som mest utsatt för marknadskrafter och i mindre utsträckning när denna utsatthet är begränsad." Marknadsanpassning av medicinsk vård är en primitiv och historisk föråldrad form och varje återanpassning till denna skulle förvärra den ojämlika fördelningen av medicinska resurser"*¹ (Hart 1971)

Dessa välgrundade fakta baseras på såväl omfattande forskningsresultat som praktiska erfarenheter men har helt förträngts när främst borgerliga

sjukvårdspolitiker och kommersiella vårdföretag beskriver marknadskrafternas förmodade effekter. De beskriver istället en ökad kommersiell styrning inom t.ex. primärvården som om det vore patientens val av vårdgivare som avgör vårdens lokalisering. Patienten "röstas med fötterna". Dit hon går blir det lönsamt driva en vårdcentral. Tyvärr beskriver inte dessa politiker hur man som patient kan välja en vårdcentral som inte finns. Man kan definitivt inte "röstas med fötterna" för att markera behovet av en ny vårdcentral i ett område som saknar en vårdcentral. Man är helt hänvisad till det utbud som finns. Den extrema koncentrationen av offentligt finansierade privatpraktiker runt Stureplan i centrala Stockholm är ett tydligt exempel på detta. Denna ojämlika geografiska fördelning är inte ett utslag av patienternas val. Den har i allt väsentligt bestämts av de kommersiella vårdgivarnas intressen.

Medborgarnas chans att styra lokaliseringen av en vårdcentral eller en offentligt finansierad privatpraktiker till ett underförsörjt område finns inte i "fötterna" utan i den demokratiska politiska processen.

Det kan mot denna bakgrund förefalla märkligt att ett landsting avhänder sig möjligheten att genom demokratiska politiska beslut påverka vårdens lokalisering. Varför föredrar de borgerliga

¹"The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse law of care 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 out-dated form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources." (Hart 1971).

politikerna att sitta på åskådarbänk och passivt se om den vård de finansierar med skattemedel – mot förmodan - lokaliseras där den bäst behövs?

Ett skäl kan vara att de borgerliga partierna vill gynna ekonomiskt mer privilegierade områden där de har huvuddelen av sina väljare. Denna målsättning kan dock vara svår – kanske t.o.m. omöjlig – att driva i en öppen demokratisk debatt. Det innebär ju att man måste hävda att områden där befolkningen har relativt små vårdbehov och stor läkartäthet bör ha fler nya vårdcentraler/husläkare än områden där befolkningens vårdbehov är mycket större och läkartätheten mycket mindre.

Ett smidigare sätt att uppnå detta kan då vara att genom s.k. etableringsfrihet överföra besluten om den offentligt finansierade vårdens lokalisering till kommersiella vårdföretag. Detta garanterar en win-win-situation för såväl kommersiella vårdgivare som befolkningen i höginkomstområden.

Många landsting som infört någon form av vårdvalssystem har emellertid – både i borgerliga och socialdemokratiskt styrda landsting - bibehållit den självklara rätten att finansiären kan påverka lokaliseringen av den vård medborgarna via skatt finansierar. De har därmed genom vårdpolitiska beslut kunnat förbättra vårdens geografiska tillgänglighet där det bäst behövs med tanke på vårdbehov och existerande vårdutbud.

Denna möjlighet – denna rätt - förbjöds den 1 januari 2010. Då skall alla landsting införa ”Vårdval med etableringsfrihet.” Det innebär att den borgerliga regeringen i lag slagit fast att lönsamhetskriterier kan överordnas befolkningens behov av vård när offentligt finansierade kommersiella vårdföretag finner det lönsamt. De landsting som trots detta önskar påverka lokaliseringen av den vård som de finansierar med skattemedel saknar stöd för detta i den nya Lagen om valfrihet (LOV). Inget landsting ställer numera några krav på vårdens lokalisering för att godkänna någon vårdgivare. I Socialstyrelsens utvärdering av ”Införandet av vårdval i primärvården” (2010) betonas att man genom sitt uppföljnings- och utvärderingsarbete och genom tillsynen över hälso- och sjukvården kommer att analysera vårdvalslagens effekter utifrån Hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.” (Socialstyrelsen 2010)

De värderingar och etiska principer som inspirerat Kristdemokraternas ledare och tillika socialministern Göran Hägglund är inte redovisade underlaget till den nya lagen. Det är dock helt klart att kommersiella intressen vägt tyngre än människovärdesprincipen. Samtidigt kan konstateras att de offentligt finansierade kommersiella vårdföretagens etableringsfrihet står i direkt strid med Hälso- och sjukvårdslagens 7:e paragraf som slår fast att ett landsting skall ”planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.

Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare.”

Vårdpolitiska vägval

Politiska beslut som **ökar** skillnaderna i geografisk tillgänglighet mellan hög- respektive låginkomstområden är bl.a. att:

- införa vårdval med etableringsfrihet där primärvårdens uppdrag splittras för att kunna attrahera fler kommersiella vårdgivare.
- stimulera kommersiell drift av offentligt finansierad öppenvård med i huvudsak en prestationsrelaterad ersättning.
- underfinansiera vårdgivare i socialt utsatta områden genom att inte ge någon extra ersättning till områden där befolkningen har stora socialt relaterade vårdbehov.

Politiska beslut som **minskar** skillnaderna i geografisk tillgänglighet mellan hög- och låginkomstområden är bl.a. att:

- säkerställa en demokratisk styrning av den offentligt finansierade primärvårdens lokalisering som utgår från Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om en god vård på lika villkor.
- Införa behovsbaserade resursfördelningsindex som tar hänsyn till ökade vårdbehov relaterade till befolkningens ålder och socioekonomiska struktur samt kompletterat med en ersättning till vårdgivarna baserad på enskilda patienters vårdtyngd
- införa ett särskilt "glesbygdsbidrag" som ökar möjligheterna att säkerställa en rimlig geografisk tillgänglighet även i gleset befolkade områden. Etablering i underförsörjda glesbygdsområden bör även stimuleras genom bredare uppdrag till vårdgivarna samt utökade forskningsmöjligheter.
- basera ersättningen till vårdgivarna på en periodisk resultatrelaterad budget eller på en ersättning som i huvudsak utgår per registrerad patient (s.k. ka-

pitationsersättning).

3.3 Vårdens ekonomiska tillgänglighet

Vårdens ekonomiska tillgänglighet, dvs. om man har råd att efterfråga den vård man behöver, är generellt sett relativt god inom den offentligt finansierade svenska sjukvården.

Inom den privat finansierade vården är den däremot mycket begränsad eftersom dessa vårdgivare endast erbjuder vård till de patienter som kontant eller via en privat sjukvårdsförsäkring har råd att betala gällande marknadspris. Det är således köpkraften snarare än behoven som avgör vem som får vård.

Internationella och svenska erfarenheter visar entydigt att höjda avgifter inom den offentliga vården minskar vårdutnyttjandet och ökar de otillfredsställda vårdbehoven, särskilt bland låginkomsttagare som har de största vårdbehoven.

I Sverige har den ekonomiska tillgängligheten inom den offentligt finansierade vården försämrats något under de senaste 10 till 15 åren, bl.a. genom ökade patientavgifter och minskade subventioner till viss tandvård. Många låginkomsttagare har inte råd att efterfråga den vård de behöver trots att de via skatt bidrar till dess finansiering. En rapport från Socialstyrelsen (Vårdens värde 2002) visade bland annat:

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

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

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

att 50 procent av alla under normen för socialbidrag inte hade haft råd att gå till tandläkaren trots upplevt behov av tandvård.

En fördjupad studie från Karolinska Institutet (Burström et.al. 2007) ger en liknande bild av avsevärda finansiella hinder till den offentliga vården: - 64 % av alla i Stockholms län (2006) som erhåller ekonomiskt bistånd (socialbidragstagare) har av ekonomiska skäl avstått från att gå till tandläkaren trots upplevda besvär och 35 % har av samma skäl avstått från att söka vård respektive hämta ut läkemedel. Motsvarande andel inom hela befolkningen (18-64 år) var 18 %, 5 % respektive 6 %.

- många ensamstående mödrar (17,5%) och långvarigt arbetslösa (15,6 %) i Stockholm län (2006) ansåg sig inte ha råd att lösa ut den medicin en läkare ordinerat.

Vårdens ekonomiska tillgänglighet minskar naturligen med ökad fattigdom. Det finns därför även ur ett sjukvårdspolitiskt perspektiv starka skäl att följa och ta hänsyn till bl.a. följande fakta om fattigdomens omfattning och fördelning i dagens Sverige. År 2002 levde åtta procent av sjuka, arbetslösa eller förtidspensione-

rade i fattigdom. Fem år senare (2007) var det dubbelt så många, 16 procent (Lundby-Wedin 2009). Var fjärde ensamstående kvinna med hemmavårande barn lever – enligt riksdagens utredningstjänst - i relativ fattigdom. Det är en tredubbling av antalet fattiga sedan 2003. Nästan en kvarts miljon barn – vart åttonde barn – lever i relativ fattigdom. (Salonen 2009)

Den borgerliga regeringens beslut att minska ersättningen vid sjukdom och arbetslöshet samt att utförsäkra 50 000 personer med långvarig sjukdom under 2010 torde ytterligare minska möjligheterna för resurssvaga grupper med stora vårdbehov att efterfråga den vård de behöver.

Samtidigt ökar den enskilde patientens totala kostnader för vård t.ex. i Vårdval Stockholm genom att vårdgivare som i hög grad ersätts per besök erfarenhetsmässigt ökar antalet besök utan att alltid ta hänsyn till om de är medicinskt motiverade eller ej. Minskade möjligheter till fri sjukvårdsrådgivning per telefon bidrar också till ett ökat antal avgiftsbelagda läkarbesök.

Fakta som visar att alltför många inte har råd att efterfråga den vård de behöver borde givetvis utlösa en intensiv diskussion om nuvarande vårdavgifter, avgiftsnivåer och den ökade kommersialiseringen inom den offentliga vården. Samtidigt borde med kraft betonas att de står i direkt strid med hälso- och sjukvårdslagens målsättning om en ”vård på lika villkor” oberoende av inkomst.

Dessa allvarliga brister i vårdens tillgänglighet berörs dock sällan när man talar om vårdens tillgänglighet. Ett skäl är troligen att många politiker tror att den offentliga vården är tillgänglig för alla. Ett annat skäl kan vara att bristande ekonomisk tillgänglighet inte är ett problem för majoriteten av väljarna och därför tappas bort i kampen om röster. Ett tredje skäl är möjligen att ansvariga politiker helt enkelt inte prioriterar de mest utsatta gruppernas behov av vård.

I stället finns politiker som hävdar att vårdavgifterna bör höjas ytterligare för att minska överutnyttjandet av vård. ”Folk springer i onödan till doktorn”. De politiker som hävdar detta förtränger samtidigt att det är resursstarka grupper som vid ett givet vårdbehov har ett mycket högre vårdutnyttjande än resten av befolkningen. Det är därför sannolikt att det är just denna grupp som också i högre grad än andra överutnyttjar vården. Höginkomsttagarnas överkonsumtion av offentlig vård påverkas inte av ökade avgifter som i deras perspektiv är helt marginella. De kanske till och med ökar sin överkonsumtion av vård när resurssvaga grupper med stora vårdbehov tvingas avstå från vård av kostnadsskäl och därmed ”friställer” knappa vårdresurser.

Den helt dominerande effekten av ökad privat finansiering inom det offentliga vårdssystemet är att de otillfredsställda vårdbehoven bland låginkomstgrupper ökar. I de fall de inte alls eller i mycket liten utsträckning kan utnyttja den offentliga vård, som

de via skatt varit med och finansiera, kan man t.o.m. hävda att de fattigaste subventionerar den offentliga vården för de rikaste.

Det är därför ett absolut krav att alla skall ha att råd utnyttja den vård som de finansierar via skatten. En avgiftsfri primärvård som i t.ex. England och Danmark och fri vård för vissa kroniskt sjuka som i Frankrike vore viktiga och riktiga första steg mot ökad ekonomisk tillgänglighet även i Sverige. En medveten policy för successivt minskade vårdavgifter håller på att genomföras i Nya Zeeland (Schoen et al 2009).

En annan åtgärd för att förbättra den ekonomiska tillgängligheten kunde vara att successivt föra samman alla privata utgifter för sjukvård och hjälpmedel (inklusive tandvård) i ett samlat högkostnadsskydd. Samtidigt är det givetvis - även ur ett vårdpolitiskt perspektiv - viktigt att sjuka inte utförsäkras och att ersättningen vid sjukdom möjliggör en relativt normal levnadsstandard (inklusive att ha råd gå till tandläkaren och vårdcentralen samt hämta ut de mediciner som en läkare ordinerat).

I många svenska landsting finns en tendens att dels bibehålla de höga avgifter som infördes under den finansiella krisen på 90-talet, dels höja vissa avgifter ytterligare samtidigt som vissa avgifter för t.ex. hjälpmedel som hörapparater läggs utanför högkostnadsskyddet.

Den framtida utvecklingen pekar i vissa landsting mot en klar försämring av den ekonomiska tillgängligheten genom högre patientavgifter och andra former av privat finansiering. Detta kommer givetvis att speciellt påverka möjligheterna till god vård bland de grupper som redan idag har de största otillfredsställda vårdbehoven. I den långtidsutredning som tagits fram för Stockholm Läns Landsting (2009) sägs:

"Vårdtagare måste känna att olika former av vård kostar olika mycket att producera, kunna bestämma att utnyttja vården mer eller mindre samt kunna välja mellan vård som kostar mer och vård som kostar mindre." ... Det torde därför "bli nödvändigt att i större utsträckning styra efterfrågan genom en medveten och systematisk prissättning".

Sjukvård har här blivit vilken vara som helst som man väljer på en marknad. Det verkar nästan som om författarna trodde att man också kunde – eller åtminstone borde kunna - välja mellan dyra och billiga sjukdomar.

Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om en god vård på lika villkor för hela befolkningen borde leda till att förslag som dessa omedelbart förkastas. Eller har denna lag i praktiken blivit endast en kuliss?

Vårdpolitiska vägval

Politiska beslut som **försämrar** den ekonomiska tillgängligheten är bl.a.:

- Fortsatt ökade avgifter för vård (inklusive tandvård), hjälpmedel och läkemedel inom den offentligt finansierade vården.

- Införandet av en avgiftssättning som är relaterad till de faktiska kostnaderna för en viss behandling eller orsakerna till ett visst vårdbehov.
- Försämrat högkostnadsskydd genom att olika medicinska insatser och hjälpmedel lyfts ur detta finansiella skydd.

Politiska beslut som **förbättrar** den ekonomiska tillgängligheten är bl.a.:

- En successiv avveckling av alla patientavgifter inom den offentligt finansierade primärvården.
- Ett samlat högkostnadsskydd som omfattar avgifter för både vård (inklusive på sikt även tandvård), rehabilitering, hjälpmedel och läkemedel.

3.4 Tidsmässig tillgänglighet.

Den tidsmässiga tillgängligheten handlar om hur snabbt man får den vård man behöver. Får man direkt kontakt per telefon med vårdcentralen per telefon? Hur lång tid tar det innan man får en tid hos allmänläkaren respektive annan specialist? Är det långa väntetider för olika typer av behandlingar/operationer?

Nuläget

Inom primärvården är tillgängligheten relativt god. Hösten 2009 var riksgenomsnittet att 93 procent av alla patienter i riket som behövde träffa en allmänläkare fick en konsultation inom sju dagar (SKL 2009).

Vårdvalsmodellen med en garanterad offentlig finansiering av verksamheten för alla kommersiella vårdgivare som uppfyller landstingens krav ökar utbudet av vård. Under först året av Vårdval Stockholm etablerades t.ex. 23 nya privata husläkarmottagningar/vårdcentraler. Detta ökade utbud av

vård förbättrar givetvis den tidsmässiga tillgängligheten speciellt för dem som bor i områden där vårdutbudet ökar.

De långa väntetiderna finns emellertid kvar bl.a. inom annan öppen specialistvård. Långa väntetider finns också inom vissa delar av den slutna vården. Det gäller till exempel starr – och höftledsoperationer där den medicinsk-tekniska utvecklingen nu möjliggjort insatser för ett mycket större antal patienter än tidigare samtidigt som resurserna till dessa operationer inte ökat i motsvarande grad.

Ett av de vanligaste argumenten mot en offentligt driven och finansierad vård är att den - i motsats till en kommersiellt driven vård – präglas av långa väntetider och köer. Samtidigt pekar man på att köerna minskat i de landsting som infört marknadsorienterade styrsystem och ökat andelen offentligt finansierade kommersiella vårdgivare. Vad man däremot inte brukar redovisa är att köerna samtidigt minskade lika mycket i de landsting som inte infört marknadsstyrning och överfört driften till kommersiella vårdgivare. Orsaken till de kortare väntetiderna är vanligen ökade resurser samt sannolikt i någon mån även den s.k. vårdgarantin.

Variationerna när det gäller väntetider för olika typer av operationer och mellan olika sjukhus är dock stora. Alla patienter som opererats för gallsten fick exempelvis sin operation inom vårdgarantins 90 dagar vid de offentligt drivna Karolinska sjukhusen i

Huddinge och Solna medan man inte klarade detta mål vid det kommersiellt drivna Capio S:t Görans sjukhus. Inom allmänkirurgi hade däremot Capio S:t Görans sjukhus en betydligt mindre andel som väntat längre än vad vårdgarantin anger än t.ex. de offentligt drivna sjukhusen Danderyd och Södersjukhuset (SKL:s och Socialstyrelsens Öppna jämförelser 2009). Sammanfattningsvis kan konstateras att köerna inom sjukhusvården har haft en tendens att bita sig fast oberoende av driftsform. Lösningen tycks i första hand vara ökade finansiella resurser, t.ex. från staten till landstingen, som gör det möjligt att minska köerna genom t.ex. övertidsarbete och nyanställningar.

En annan insats för att minska köerna är att ge extra bidrag till de landsting som lyckats kapa köerna så att en mycket liten andel av patienterna behöver vänta längre än vårdgarantin anger. Den borgerliga regeringens s.k. ”kömiljard” bygger på den principen. I redovisningen av hur landstingen klarat att ge vård inom de tidsgränser som anges i vårdgarantin har köerna minskat avsevärt. Det förefaller därför som om ”kömiljarden” stimulerat landstingen till extra ansträngningar som minskat köerna. Detta är emellertid en falsk bild i många landsting eftersom man inrättat en ”frivillig” kö. I den placeras de patienter som för att kunna få vård vid det sjukhus de önskat inte krävt att få vård vid annat sjukhus när tiden för vårdgarantin gått ut. Denna ”frivilliga” kö räknas sedan inte in i redovisning av kötider. Detta fiffel med siffror har tyvärr belönats

av regeringen genom att även de som redovisat medvetet felaktiga uppgifter fått bidrag från "kömiljarden". Image tycks vara viktigare än verkligheten. Men enligt socialministern skall alla som står i kö räknas nästa år....

Legaliserade "gräddfiler"

Inom den offentligt finansierade vården skall det vara behoven och väntetiden som avgör när man får vård.

Om och i vilken utsträckning höginkomsttagare har kortare väntetider än låginkomsttagare till den offentligt finansierade vården är inte klarlagt i den officiella köstatistiken. Detta är en brist eftersom studier från andra länder, exempelvis Danmark, visar att ekonomiskt privilegierade män har en kortare väntetid än resurssvagare grupper till förplanerade operationer i den offentligt finansierade vården (Sundhetsministeriet 2000).

Ur ett etiskt perspektiv finns en mycket stark folkligt och professionellt förankrad uppfattning om att vissa privilegierade grupper inte skall gå före i kön. Det visade bl.a. de starka reaktionerna som kom när vissa politiker som inte tillhörde någon riskgrupp fick förtur till vaccination mot svininfluensa.

Nära nog alla medborgare och professionella inom den offentligt finansierade vården utgår också från att man inte kan köpa sig förtur till den vård de finansierar via skatten. Om någon går upp på ett offentligt finansierat sjukhus och ger läkaren ett kuvert med 50 000 kronor för att få gå före

i kön till en viss operation får han säkert svaret att mutor inte fungerar inom den offentliga svenska sjukvården. Skulle läkaren mot förmodan ta emot pengarna och ge förtur skulle det betraktas som korruption.

Mot denna bakgrund är det anmärkningsvärt att det första sjukvårdspolitiska beslut som den nya borgerliga majoriteten i riksdagen drev igenom var att legalisera "gräddfiler" till offentligt finansierade sjukhus. På direkt fråga svarade den kristdemokratiske socialministern att "detta är en symbolfråga" utan att ange vad det symboliserar. Symbol eller inte, i praktiken innebär det att resursstarka personer skall kunna erbjudas snabbare vård än alla andra oberoende av vårdbehov och väntetid. Privata sjukvårdsförsäkringar kan helt lagligt öppna de offentliga sjukhusens dörrar. Detta är precis motsatsen till den människosyn som enligt hälso- och sjukvårdslagen skall präglade svensk sjukvård.

Ett argument som förts fram för att motivera gräddfiler till offentligt finansierade sjukhus är att förtur endast skall ges när sjukhuset har överkapacitet. Vid överkapacitet förefaller det dock mindre troligt att det finns långa vårdköer. Det betyder att det inte finns något behov att betala dyrt för att få en vård som erbjuds nära nog fritt i den skattefinansierade vården. All erfarenhet visar däremot att man tar privata sjukvårdsförsäkringar och/eller betalar kontant just inom de områden där knapphet på resurser leder till långa köer. Eftersom de helprivata sjukhusen i Sverige är få och har be-

gränsade möjligheter att erbjuda avancerad specialistvård öppnar denna legitimering av gräddfiler till välutrustade, offentligt finansierade sjukhus marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar.

Den borgerliga majoriteten i Stockholms läns landsting uppmuntrar dessutom helprivata vårdföretag att bedriva sin verksamhet inom offentliga sjukhus. Mitt i det skattefinansierade Södersjukhuset ligger t.ex. det helprivata företaget Arrhythmia. De erbjuder omedelbar hjälp mot störningar i hjärtrytmen om Du kan betala 150 000 kronor. Ett offentligt sjukhus har därmed fått två olika väntrum med olika väntetider beroende av köpkraft.

Varför är köerna kortare inom den helprivata vården?

De helprivata sjukhusen har vanligen mycket kortare väntetider än de offentligt finansierade sjukhusen. Detta anförs ibland som ett argument för ökad helprivat vård. Skälet till de korta köerna inom den helprivata vården är rätt självklart. Den stora majoritet bland alla vårdsökande, som inte har råd betala marknadspriset för den vård de behöver, har ju varken rätt eller nytta av att ställa sig i kö till en vård de inte kan betala. Den helprivata vårdens dörr är alltid stängd för dem. I detta perspektiv framstår den offentliga kön som leder fram till en dörr som är öppen som klart bättre än att inte få någon vård alls.

Ytterligare ett skäl till att köerna till den helprivata vården är korta eller saknas helt är att de patienter som kan betala ett marknadspris tillför den privata vårdgivaren tillräckligt med resurser för att täcka kostnaderna för vården plus vinst. Vårdföretagen liksom alla andra företag på en vanlig kommersiell marknad kan därför expandera sin verksamhet när efterfrågan ökar.

Inom den offentligt finansierade vården finns inte denna koppling mellan efterfrågan och de samlade resurserna för vård. De offentliga resurserna för sjukvård bestäms av skatteintäkterna. En underfinansiering av vården eller en kraftigt ökad efterfrågan leder därför till köer.

Anledningen till att den helprivata sjukhusvården inte expanderar snabbt i Sverige är bristande efterfrågan. Även de resursstarkare medborgarna tycker att den offentligt finansierade vården är bättre och/eller man är obenägen betala dubbelt för den vård man behöver. De kommersiella vårdföretagens möjligheter till goda vinster finns därför i första hand inom den offentligt finansierade vården. Det ger i sin tur en plattform för expansion av helprivat vård.

Vårdpolitiska vägval

Politiska beslut som ger resursstarka patienter en gräddfil till offentliga sjukhus:

- Bibehållen och utvecklad lagstiftning som ger förtur till offentliga sjukhus för de patienter som betalar ett marknadspris för vården.

tema

- Skatterabatter för privata sjukvårdsförsäkringar.
- Utökad vård vid offentliga sjukhus för utländska patienter som har råd att betala ett marknadspris.
- Öppna offentliga sjukhus och vårdcenter för helprivat verksamhet.

Politiska beslut som minskar köerna för alla patienter:

- Ökade ekonomiska resurser till verksamhetsområden där långa köer beror på en uppenbar underfinansiering av verksamheten.
- Ökade finansiella incitament för vårdgivare att minska väntetider och köer.
- Skärpt och lagstadgad vårdgaranti.

En förutsättning för att dessa åtgärder för att kapa köerna skall få optimal effekt är att ansvariga politiker återinför:

- förbud mot privatfinansierade patienter och vårdgivare vid offentligt finansierade sjukhus.

3.5 Valfrihet mellan olika vårdgivare

Det råder politisk enighet om att möjlighet att välja och välja bort vårdgivare är en viktig rättighet inom svensk sjukvård. Denna rätt att välja vårdgivare har funnits inom primärvården i de flesta landsting sedan slutet av 1980-talet. 1995 skrevs den in i hälso- och sjukvårdslagen (paragraf 5) där det anges att ”alla som är bosatta i ett landsting ska kunna välja fast läkar-kontakt hos en läkare som är specialist i allmänmedicin”. Landstingen är vidare i lag förbjudna att begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område.

Det finns vidare en rekommendation som alla landsting antagit att patienter som har remiss till specialistmottagning eller sjukhus bör ha möjlighet

att fritt välja vårdgivare i hela landet. Däremot är det inte möjligt att välja läkare på ett visst sjukhus.

Den formella valfriheten var efter dessa valfrihetsreformer mer omfattande i Sverige än i flertalet andra rika länder. I länder som USA, där sjukvården i hög grad finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar, begränsas valfriheten genom att försäkringsbolagen ofta avgör vilka vårdgivare som ingår i den krets som de försäkrade kan välja mellan. Stora försäkringsbolag har begränsat valet till de sjukvårdsinrättningar som de själva äger och driver.

Den unika formella valfriheten inom svensk sjukvård har dock i vissa lands- tings områdesindelningar som bryter mot såväl hälso- och sjukvårdslagen som ingångna överenskommelser. Det naturliga i dessa fall hade givetvis varit att på politisk väg säkerställa att alla följde lagar och överenskommelser.

De borgerliga partierna har istället drivit igenom olika reformer där ”ökad valfrihet” snarast är synonymt med ökad privatisering. De första borgerliga valfrihetsreformerna införde konkurrensutsatt upphandling som öppnade dörren till den offentligt finansierade vården för de kommersiella vårdföretagen. Denna strategi övergavs dock nyligen när den andra borgerliga valfrihetsreformen inom primärvården infördes med auktorisering av kommersiella vårdgivare. Det innebär att alla kommersiella vårdgivare som uppfyller vissa krav skall

erhålla offentlig finansiering av sin verksamhet oberoende av var i lands-tinget de väljer att förlägga verksamheten.

Den borgerliga regeringens valfrihetsreformer handlar därför inte i första hand om medborgarnas frihet att välja utan om de kommersiella vårdföretagens rätt till offentlig finansiering av sin verksamhet. Detta nyspråk har firat stora triumfer eftersom de som är emot denna kommersialisering av vården framstår som om de var emot valfrihet, när man är emot en ökad kommersialisering av vården.

Ett generellt problem när det gäller att förbättra möjligheterna för medborgarna att göra insiktsfulla val av vårdgivare är bristen på information om skillnader mellan olika vårdgivare t.ex. när det gäller vårdens kvalite.

I en rapport från revisorerna i Stockholms läns landsting (2008) konstateras t.ex. att ”någon mer utvecklad information som grund för att välja utförare inte kan lämnas till patienterna.” Med blicken mot nästa år gör revisorerna följande bedömning: ”Under 2009 kommer HSN endast inom ett fåtal områden kunna redovisa indikatorer som tar sikte på vårdens kvalite’ och innehåll. I vissa fall är det osäkert om det kommer att kunna redovisas några mått alls.” revisorernas samlade bedömning (2008) är ”att Hälso- och sjukvårdsnämnden ännu inte säkerställt att invånarna ges reella möjligheter jämföra kvaliteten hos olika utförare.” (Landstingsrevisorernas rapport 24/2008)

Denna brist på information beror givetvis inte på vårdvalssystemet i sig. Det hade dock varit naturligt att man i högre grad beaktat denna brist innan man sjsätter ett vårdvalssystem som ur ett patientperspektiv nära nog helt baseras just på kvalitetsjämförelser. Det räcker inte med system som sammanställer patienternas bedömning av olika vårdgivare. Det krävs ett intensivare utvecklingsarbete när det gäller olika medicinska kvalitetsindikatorer och skarpare kvalitetskrav vid auktorisering av vårdgivare. Samtidigt är det nödvändigt med en ingående analys av möjligheter och begränsningar när det gäller att få information om den mediciska kvaliteten från kommersiella vårdgivare. Vårdföretagen – liksom alla andra kommersiellt drivna företag – är naturligen obenägna ingå i rapportsystem där brister tydliggörs och som kan visa att andra vårdgivare är bättre. På en konkurrensutsatt marknad är det tvärtom självklart att vårdföretagen i sin marknadsföring alltid hävdar att den egna verksamheten är bäst.

4. Fördelning av resurser efter behov

4.1 Prioriteringar på individuell nivå

Hälso- och sjukvårdslagens behovsprinciper slår entydigt fast att offentliga resurser till vård skall fördelas efter behov. På ett individuellt plan innebär det att en person som har större vårdbehov skall prioriteras före en person med mindre vårdbehov.

I Vårdval Stockholm tvingas läkare och annan vårdpersonal ofta göra precis tvärtom. En verksamhetschef uttryckte detta på med följande ord: *”För att vi skall få in tillräckligt med pengar i Vårdval Stockholm måste vi behandla de friska som inte tar någon tid i anspråk på bekostnad av de multisjuka”* (Lindarv 2009).

Detta är en mycket vanlig uppfattning bland allmänläkare och andra specialister som har ett nära samarbete med primärvården. I Läkarförbundets *”Vårdvalsenkät”* (2009) ansåg t.ex. 89 procent av de läkare i Stockholm läns landsting som svarade på denna enkät att *”många korta besök premieras för mycket.”* Motsvarande andel i Halland och Västmanland var 69 respektive 67 procent. En kraftig majoritet av de läkare som besvarat enkäten ansåg också att vårdvalsreformen gjort det *”svårare att prioritera patienter med stora och kroniska vårdbehov.”* (Läkarförbundet 2009)

Skälet är att en stor del av ersättningen till vårdgivarna utgår per antal besök utan hänsyn till om konsultationen tar 5 eller 35 minuter. För att säkerställa lönsamhet prioriteras därför ofta lönsamma patienter dvs. de med lätt- och snabb-behandlade symtom. Tidskrävande olönsamma patienter som exempelvis multisjuka och personer med socialt relaterad ohälsa eller psykiska problem får vänta.

Många vittnesmål, speciellt från läkare verksamma i läginkomstområden med en hög andel ”olönsamma patienter”, ger en brutal bild av hur det

nuvarande ersättningssystemet ökar de sociala skillnaderna i såväl ohälsa som tillgång till vård. Den borgerliga majoriteten i Stockholms läns landsting struntar – till många läkares och patienters förtvivlan – i hälso- och sjukvårdslagets principer om vård efter behov. Detta lagbrott får dock inga legala följder. Däremot gynnar det patienter med små vårdbehov och kommersiella vårdgivares möjligheter att öka intäkterna och därmed vinsten inom den offentligt finansierade primärvården.

Paradoxalt nog kan denna prioritering av lätta snabbt behandlade fallen på de verkligt sjukas bekostnad leda till en markant höjd andel nöjda patienter. De prioriterade och lättbehandlade patienterna är ju betydligt fler än de som har tidskrävande vårdbehov. Vid analyser av patientnöjdhet är det därför viktigt att kunna särskilja bedömningen från dem som saknar aktuell vårdkontakt eller har kontaktat vården för något lättare besvär från dem som har stora och tidskrävande vårdbehov.

Vid utformningen av en ersättningsmodell inom den öppna vården finns därför starka skäl väga in olika patienters olika behov.

4.2 Vårdenhetsnivå

Vårdtyngden vid t.ex. en vårdcentral varierar beroende på typ och omfattning av de listade patienternas vårdbehov. Vårdgivare som har många kroniskt sjuka och multisjuka patienter och/eller många patienter med en tung social problematik kopplad till

olika hälsoproblem som kräver omfattande kontakter med andra samhällsorgan behöver givetvis mer resurser per capita än en vårdgivare vars listade patienter är relativt friska för sin ålder. Extra resurser behövs också för patienter som inte talar svenska eftersom dessa konsultationer kräver både mer tid och tolkhjälp. En vård på lika villkor kräver därför – som bl.a. betonas av professor Bo Burström vid Karolinska Institutet – att man vid utformning av ersättningssystemen ger *”mer resurser till de vårdcentraler som har en patientsammansättning som medför större resursbehov.”* *”Ersättningen till en vårdcentral kan därför inte endast utgå från dess produktivitet mätt som antal besök. Vidare bör samverkan med andra samhällsinstitutioner premieras”* (Burström 2009)

4.3 Prioriteringar på befolkningsnivå

Hälso- och sjukvårdslagens behovsprincip på befolkningsnivå innebär att områden där befolkningen har stora vårdbehov skall ha mer resurser till närsvården än områden där befolkningen har mindre vårdbehov.

Skillnaderna i vårdbehov beror framförallt på befolkningens ålders- och sociala struktur. Äldre har större vårdbehov än personer i yrkesverksamma åldrar och kortutbildade har i genomsnitt en sjukdomsburda som är minst 50 procent högre än för personer med lång utbildning. Vid fördelning av vårdresurser mellan olika områden används därför i många länder som t.ex. Norge och England liksom tidigare i Stockholms läns landsting ett resursfördelningsindex som väger

in befolkningens ålders- och sociala struktur. Denna typ av resursfördelningsindex bidrar till en mindre ojämlig fördelning av knappa vårdresurser. De måste dock vidareutvecklas och förstärkas så att de sociala skillnaderna i ohälsa/vårdbehov får fullt genomslag samtidigt som man beaktar det totala utbudet av vård (offentlig och privat) i ett område vid fördelningen av offentliga resurser. Detta skulle successivt kunna förverkliga hälso- och sjukvårdslagens behovsprincip på områdesnivå dvs. att närvarlden i områden med stora vårdbehov skall ha mer offentliga resurser än i områden där befolkningens behov är mindre.

I Vårdval Stockholm har de borgerliga politikerna beslutat att ökad ersättning skall utgå för ökade vårdbehov på grund av ålder men inte för ökade socialt relaterade vårdbehov som ohälsosamma arbetsmiljöer och arbetslöshet. Man bibehöll därför behovskriteriet relaterat till ålder men tog bort det socioekonomiska bidrag som tidigare utgätt till socialt utsatta områden. Detta är inte bara motsägsfullt. Det är också ett tydligt utslag av en cynisk vårdpolitik där orsaken till vårdbehoven avgör graden av offentlig finansiering.

I en utvärdering av Vårdval Stockholm som gjorts av forskare vid Karolinska Institutet klarläggs också – som förväntat – att resurser har omfördelats från områden med låg medelinkomst till områden med hög medelinkomst. (Rehnberg et.al 2009)

De ersättningsnormer som idag (april 2010) gäller för Vårdval Stockholm bryter därför flagrant mot hälso- och sjukvårdslagens behovs- och solidaritetsprinciper.

Vårdpolitiska vägval

Politiska beslut som **ökar** den ojämlika resursfördelningen inom primärvården:

- Hög andel prestationsrelaterad ersättning som utgår med lika ersättning per besök utan att beakta sociala skillnader i ohälsa/vårdbehov.

Politiska beslut som **minskar** den ojämlika resursfördelningen inom primärvården:

- Områdesbaserad ersättning till vårdgivarna som baseras på befolkningens ålders- och socioekonomiska struktur.
- Resultatinriktade budgetar eller hög andel kapitationsersättning (per listad patient) där mycket tidskrävande behandlingar av t.ex. multisjuka och patienter med missbruksproblem erhåller en högre ersättning.

5. Vårdens inriktning

5.1. Förebyggande insatser begränsas när de borde förstärkas

Hälso- och sjukvårdslagen fastslår att sjukvården skall arbeta preventivt dvs. bidra till att förebygga ohälsa och förtida död. Olika typer av förebyggande insatser inom primärvården men även inom övriga delar av vården har erfarenhetsmässigt visat sig vara mycket kostnadseffektiva i termer av bättre hälsa.

Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete har trots detta under lång tid varit underfinansierat och marginaliserat med undantag för mödra- och barnhälsovården.

Vårdvalsmodellen är begränsad till ett individuellt patientperspektiv och saknar helt ett områdesansvar för befolkningen hälsa. Marknadsorientering och kommersiell drift innebär vidare lönsamhetskrav, ökad konkurrens och minskad samverkan. Endast lönsamma insatser prioriteras. Långsiktiga förebyggande insatser som förutsätter samverkan med andra sektorer är sällan eller aldrig lönsamma i kommersiell mening. Det är det inte heller att förlänga vanliga konsultationer hos ”sin” läkare för att tala om olika hälsofrämjande insatser när ersättningen till vårdgivaren i hög grad utgår per besök.

Vårdval med etableringsfrihet begränsar ytterligare möjligheterna för ett förebyggande arbete genom att helt eliminera primärvårdens områdesansvar för förebyggande insatser. Dessutom saknas ofta den politiska viljan att prioritera det förebyggande arbetet. I Stockholms läns landsting har den borgerliga majoriteten inte ens givit ett tydligt uppdrag när det gäller primärvårdens förebyggande aktiviteter (SLL:s Långtidsutredning 2009).

Detta drabbar i första hand låginkomstgrupper eftersom de är mest exponerade för olika hälsorisker som skulle kunna reduceras och i vissa fall elimineras genom ett systematiskt förebyggande arbete.

I åldersgruppen 25 till 44 år är t.ex. den åtgärdbara dödligheten bland kortutbildade män nästan tre gånger högre än för dem som har högskole/universitetsutbildning. Bland kvinnor i samma åldersgrupp är den åtgärdbara dödligheten dubbelt så hög bland kortutbildade jämfört med kvinnor med lång utbildning (SKL och SoS Öppna jämförelser 2009).

Det finns mot denna bakgrund starka skäl att intensifiera det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inte minst bland dem som arbetar inom vård och omsorg. Den arbetsrelaterade ohälsan är paradoxalt nog mycket hög bland dem som arbetar inom en verksamhet vars syfte är att förbättra hälsan och välbefinnandet.

Risken för ohälsosam stress och utbrändhet ökar sannolikt när marknadsorienterade Vårdvalssystem införs där varje vårdcentral/husläkarmottagning – oberoende av vårdbehovens komplexitet - genom många besök skall finansiera sin egen verksamhet. Arbetsmiljöverket har därför startat ett speciellt projekt för att studera de arbetsmiljöproblem som uppstått vid införandet av bl.a. Vårdval Stockholm. Efter att ha inspekterat 100 vårdcentraler – varav flertalet i Stockholms län - kunde man konstatera att vårdvalsreformen inneburit en markant ökning av såväl arbetsbelastning som stress. Den nuvarande arbetsituationen är – enligt en av arbetsmiljöinspektörerna (Marianne von Döbeln) – som ”en tickande bomb.” Personalen ”går hela tiden på gränsen för vad den orkar med” (Da-

gens Medicin nr 11 2010)

5.2 Den kliniska forskningen hotas vid ökad privatisering

Det är sällan lönsamt på kort sikt att bedriva klinisk forskning. Därför innebär en ökad fokusering på vinst inom den offentligt finansierade kommersiellt drivna vården ett hot mot den kliniska forskningen. Detta problem har aktualiserats av olika forskare. Även kommersiella vårdföretagare har bekräftat att de inte ser klinisk forskning som en god affärsidé.

Vårdpolitiska vägval

Politik som begränsar förebyggande insatser och klinisk forskning:

- Etableringsfrihet och ökad kommersiell drift av offentligt finansierad primärvård.
- Hög andel av ersättningen till vårdgivarna är prestationsrelaterad (betalning per besök)
- Ökad kommersialisering även till priset av minskad klinisk forskning.

Politik som stimulerar förebyggande insatser:

- Att primärvårdens preventiva uppdrag tydliggörs. Speciell uppmärksamhet ägnas åt ansvarsfördelningen mellan olika yrkesgrupper inom primärvården när det gäller att genomföra detta uppdrag.
- Att primärvårdens områdesansvar preciseras för det befolknings- och samhällsinriktade förebyggande arbetet.
- Att en speciell budget avsätts för primärvårdens förebyggande insatser som baseras på omfattningen av olika hälsorisker bland befolkningen i olika områden samt andelen barn- och ungdomar.

6. Vårdens kvalitet

Intresset för kvalitetsmätningar inom den offentliga vården har ökat kraftigt under de senaste årtiondena. Tyvärr har inte intresset varit lika stort när det gäller att belysa sociala skillnader i vårdens kvalitet.

Det saknas också i hög grad studier som belyser hur en ökad marknadsorientering och kommersiell drift inom den offentligt finansierade vården påverkar vårdens kvalitet för olika befolkningsgrupper. Samtidigt hävdas - framför allt från företrädare för de borgerliga partierna och kommersiella vårdgivare - att kvalitén inom vården blir ännu bättre för alla vid en ökad marknadsorientering och kommersiell drift. Vid en bedömning av dessa påståenden bör bl.a. följande fakta och erfarenheter beaktas.

6.1 Sociala skillnader i vårdens kvalitet

Sveriges Kommun och Landstingsförbund (SKL) har tillsammans med Socialstyrelsen analyserat kvalitén inom den offentligt finansierade vården (SKL/SoS Öppna jämförelser 2009).

Ett viktigt kvalitetsmått som redovisas i denna rapport är ”sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet”. Detta mått belyser när patienten dör i vissa sjukdomar (t.ex. diabetes, gallstenssjukdomar eller livmoderhalscancer) trots att det finns goda skäl anta att hon skulle ha överlevt med rätt medicinska insatser i form av tidig upptäckt och behandling. Under 2008 uppskattades den sjukvårdsrelaterade

åtgärdbara dödligheten i Sverige till drygt 15 000 fall. Den högsta andelen av dessa åtgärdbara fall finns bland kortutbildade män och kvinnor.

Dödligheten relaterad till en viss diagnos, t.ex. stroke och hjärtinfarkt, mätt som andelen döda inom 28 dagar är en annan kvalitetsindikator som också visar på högre risk att dö bland patienter som har kort utbildning jämfört med dem som har 3-årigt gymnasium eller längre utbildning (SKL/SoS Öppna jämförelser 2009).

Detta är allvarliga exempel på den ojämlika sjukvården. Det är samtidigt en indikation på sjukvårdens möjligheter att rädda liv och bidra till en bättre och jämlikare hälsa, inte minst bland mindre privilegierade grupper. En första förutsättning för att detta skall ske är givetvis att både politiker och professionella inom vården är medvetna om att dessa skillnader finns och söker orsakerna till att vår generella sjukvård i detta avseende inte är generell.

6.2. Sämre vårdkvalitet i underfinansierade socialt utsatta områden

Kvalitetsindikatorer redovisas vanligen i termer av genomsnitt för hela befolkningen. Sociala skillnader i vårdkvalitet blir därför allt för sällan uppmärksammade.

Hur påverkas t.ex. vårdens kvalitet när en vårdcentral som i Rinkeby på grund av Vårdval Stockholms ersättningssystem förlorat 11 miljoner kronor i intäkter och tvingats minska personalen från 36 till 19 trots att antalet

patienter är oförändrat? Vid en analys av detta måste givetvis också beaktas att ohälsotalen i Rinkeby är mycket högre i Rinkeby (50 dagar/år) än i Danderyd (20 dagar/år). Istället fokuserar man på hög produktivitet mätt i antalet besök trots minskade anslag. De minskade anslagens effekt på vårdens kvalité antas samtidigt kunna vara negativa enligt en konsultrapport från Ernst & Young till landstingspolitikerna (Ernst & Young 2008).

6.3 Lönsamhetskrav kan hota en god vårdkvalitet

Ett högt uppdrivet arbetstempo med optimalt antal besök per dag kan hota vårdens kvalité. Det kan innebära alltför kort tid för att förklara och svara på frågor från patienten. Eller att ge den hälsoupplýsning som enligt lag skall vara integrerad i en vanlig konsultation.

I de fall det finns en direkt koppling mellan vårdföretagets intäkter och den enskilde läkarens eller sjuksköterskans inkomst skapas ett extra starkt incitament att prioritera hög lönsamhet även om det innebär en sänkt ambitionsnivå när det gäller vårdens kvalité.

Ett aktuellt exempel är det extra bonus som utgick till sköterskor inom sjukvårdsrådgivningen. Om de lyckades komma under en genomsnittlig samtalstid på i genomsnitt 3 minuter och 48 sekunder erhö de 1 000 kronor extra i månaden. (Denna bonus avvecklades när pressen uppmärksammade ett antal fall där felaktiga råd lett till allvarliga konsekvenser

och ett barns död.)

Märkligt nog har inte någon motsvarande kvalitetsdebatt förts för de prestationsrelaterade ersättningsystem och bonusar som idag tillämpas inom primärvården. Inom Praktikertjänst – en av de största kommersiella vårdgivarna inom svensk primärvård – ersätts t.ex. läkarna per besök. Samtidigt kan det i vissa typer av ersättningar till läkare vara lönsamt att undvika vissa insatser t.ex. olika laboratorieprover som görs externt.

Istället för att fokusera på kvalitet är det produktiviteten inom vården som står i fokus. Ökad produktivitet mäts ofta i termer av ökat antal besök per dag och läkare utan att säkerställa en viss given vårdkvalitet. Detta innebär att positiva bedömningar av produktivitetens utvecklingen kan innebära försämrade kvalité. Man har helt enkelt blivit bättre på att ge sämre vård.

6.4 Kvalitetsjämförelse: Capio S:t Görans sjukhus – offentliga sjukhus i Stockholm

En privatisering av offentligt finansierade sjukhus antas ofta leda till en bättre vårdkvalitet. Capio S:t Görans sjukhus i Stockholm lyfts ofta fram som ett exempel på hur vården förbättras vid kommersiell drift av offentligt finansierad vård. En närmare analys ger en delvis helt annan bild.

När de borgerliga partierna i Stockholm sålde S:t Görans sjukhus till riskkapitalbolaget Bure ansågs det vara ett av de bästa akutsjukhusen i Stockholm. ”Juvelen i kronan” var en ofta återkommande beteckning. När

landstingets revisorer efter ett par års kommersiell drift av sjukhuset utvärderade effekter av denna kommersialisering konstaterade man (Rapport 21/02) att "Ägarbytet synes för den enskilde patienten inte haft någon större betydelse med avseende på den vård och den vårdkvalitet som förmedlas".

Den avgörande frågan är därför om vården vid Capio S:t Görans sjukhus på drygt tio års sikt blivit bättre eller sämre än vid andra offentligt drivna akutsjukhus i Stockholm. De öppna jämförelser av vårdens kvalitet som sammanställts av SKL och Socialstyrelsen (2009) belyser bl.a. detta genom att ingående analysera följande tio kvalitetsindikatorer:

- *Andelen oplanerade återinskrivningar på intensivvårdsavdelningen inom 72 timmar* är en indikator på vårdens kvalitet som är relaterad till bl.a. platsbrist och mindre bra strukturerad vård. Målsättningen är att denna andel skall vara mindre än 2,6 procent. Detta mål klarar ett antal offentliga sjukhus som Norrtälje sjukhus och Danderyds sjukhus. Privata Capio S:t Görans sjukhus tillhör tillsammans med bl.a. offentligt drivna sjukhus som Södersjukhuset och Karolinska sjukhuset/Huddinge den grupp sjukhus som inte nått upp till detta kvalitetsmål.
- *Andel patienter som skrivs ut nattetid från intensivvårdsavdelningen till vårdavdelningar under 2008.* En plötslig nattlig omflyttning av patienter från en intensivvårdsavdelning till en vanlig vårdavdelning med

en mer begränsad bemanning under natten innebär ökad risk för försämrad hälsa och ökad dödlighet. De tre sjukhus som har lägst andel som flyttas på natten är de offentligt drivna Danderyds sjukhus, Karolinska Solna och Norrtälje sjukhus. Kommersiellt drivna S:t Görans sjukhus ligger i mitten på denna kvalitetsindikator bland akutsjukhusen i Stockholm.

- *Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke.* De tre sjukhus där strokepatienterna var mest nöjda var de offentligt drivna Huddinge sjukhus, Danderyds sjukhus och Norrtälje sjukhus. Privat drivna Capio S:t Görans sjukhus hade de minst nöjda patienterna (tillsammans med offentligt drivna Södersjukhuset)
- *Andel stroke patienter som behövde hjälp i dagligt liv (var ADL-beroende) 3 månader efter akutfasen* var minst vid de tre offentligt drivna sjukhusen Danderyd, Huddinge och Södertälje. Privata Capio S:t Görans sjukhus hade en mittenplacering.
- *Riskejusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelningen.* Lägst dödlighet hade det offentligt drivna Norrtälje sjukhus. Privata Capio S:t Görans sjukhus delade tredjeplatsen med det offentliga Karolinska sjukhuset i Solna.
- *Andel stroke patienter som vårdats på en specialutrustad stroke-enhet.* De tre sjukhus som hade den högsta andelen som fått denna specialistvård var samtliga offentliga (Danderyd, Karolinska och Norrtälje. Capio S:t Görans låg i mitten även i denna kvalitetsranking.

- *Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt.* Minst andel döda hade offentligt drivna Danderyds sjukhus följt av Privata Capio S:t Görans sjukhus och offentliga Södersjukhuset. Ett antal offentligt drivna sjukhus ute i landet (i t.ex. Enköping, Katrineholm och Värnamo) hade en lägre andel döda än de bästa Stockholmssjukhusen.
- *Andel patienter i åldern 55 till 79 år med blodförtunnande behandling 12 till 18 månader efter stroke (2006-2007)* var högst vid tre offentligt drivna sjukhus (Karolinska, Norrtälje och Huddinge sjukhus.) Kommersiellt drivna Capio S:t Görans sjukhus har den i särklass lägsta andelen patienter som får denna behandling. Detta är anmärkningsvärt eftersom behandling med blodförtunnande medel (warfarin) efter stroke enligt SKL och Socialstyrelsens rapport ”medför en betydligt lägre risk för att patienten ska återinsjukna i stroke eller annan hjärt-kärlsjukdom”.
- *Patientupplevda resultat av total höftledsoperation (2007-2008).* Mest positiva resultat redovisade patienter som opererats på offentligt drivna sjukhus (Nacka närsjukhus, Danderyds sjukhus och Karolinska sjukhuset Solna.) Capio S:t Görans sjukhus ligger i mitten på denna ranking.
- *Andel totala höftledsoperationer som måste omopereras inom 10 år (1999-2008).* Två privat drivna sjukhus, Capio S:t Görans sjukhus och Sophiahemmet, hör till de tre sjukhus som måste göra flest omoperationer. Sämst resultat i hela landet på

denna indikator (flest omoperationer) har privata Elisabethsjukhuset i Uppsala.

Sammanfattningsvis kan då konstateras att olika offentligt drivna sjukhus hade den bästa vårdkvaliteten för samtliga 10 indikatorer. Kommersiellt drivna Capio S:t Görans sjukhus tillhörde de tre bästa sjukhusen på två indikatorer. Mest anmärkningsvärt är dock att Capio S:t Görans har den sämsta vårdkvaliteten av alla akutsjukhus i Stockholmsregionen på tre av indikatorerna. Det finns mot denna bakgrund ingen verklighetsförankring i påståendet att vården vid Capio S:t Görans sjukhus har en högre kvalitet än vid offentligt drivna sjukhus. Tvärtom finns anledning undra om inte privatiseringen av S:t Görans sjukhus bidragit till sänkt vårdkvalitet.

6.5 Larmsignaler stängs av vid privatisering.

Inom den offentligt drivna och finansierade vården har larm om felaktigheter och risker inom vården varit av strategisk betydelse – t.o.m. lett till ny lagstiftning – för att upptäcka allvarliga brister i vårdens kvalitet. Den personal inom den offentligt drivna vården som slår larm har s.k. meddelarfrihet dvs. är i lag skyddad mot varje form av repressalier från arbetsgivarens sida.

Inom det privata näringslivet råder en annan kultur och lagstiftning. Anställda har t.ex. ingen meddelarfrihet. Dessa kommersiella normer och regelverk gäller även offentligt finansierad vård när den drivs av kommer-

siella vårdföretag. Samtidigt minskar möjligheterna till offentlig insyn. Detta bidrar till att missförhållanden och dålig kvalitet på vården kan vara svårare att upptäcka och åtgärda när den offentligt finansierade vården är kommersiellt driven.

Det finns dock möjlighet att skriva in kravet på meddelarfrihet i landstingets avtal med en kommersiell vårdgivare eller som ett generellt krav för offentligt finansierad vård. Samtidigt är meddelandefriheten ändå alltid svagare med ett sådant avtal, eftersom den inte motsvaras av det efterforskningsförbud som enligt grundlagen bara gäller ”myndighet eller annat allmänt organ”. Konsekvenserna av ett avtalsbrott är mindre än av ett grundlagsbrott. Inte ens med den begränsningen har emellertid den politiska viljan att införa ett generellt krav på meddelarfrihet inom den offentligt finansierade vården funnits hos den borgerliga regeringen.

6.6 Auktorisering av offentligt finansierad privat driven vård måste skärpas

Den kvalitetsgranskning som krävs för auktorisering baseras på vårdgivarens egen beskrivning. Landstinget gör sedan en viss uppföljning av vad som angivits i avtalet. Inom Vårdval Stockholm har t.ex. 18 vårdcentraler stora brister. De fem vårdcentraler som hade de allvarligaste bristerna var samtliga små privatdrivna vårdcentraler (Dagens Medicin 50/09).

En grundtanke med vårdvalsmodellen är att de enskilda patienterna bedömer den faktiska kvaliteten genom sina val av vårdgivare: ”Bra vårdgivare får många patienter, dåliga får slå igen”. Denna enkla, marknadsbaserade filosofi fungerar dåligt inom hälso- och sjukvården. Patientens möjligheter att bedöma vårdens kvalitet före en behandling är vanligen mycket begränsade. Det måste därför alltid finnas en hög kvalitativ nivå som skall gälla för alla vårdgivare. Det får aldrig vara först när patienten – eller landstinget – upptäcker slarv och felbehandlingar som man höjer kvaliteten. Då är ju skadan redan skedd. Patienten måste – oberoende av vilket val hon gör - vara säker på att alla vårdgivare uppfyller lika högt ställda kvalitetskrav. En felbehandling leder ju ofta till konsekvenser som inte kan repareras i efterhand.

Det finns därför starka skäl att införa en striktare och mer ingående prövning av alla offentligt finansierade vårdgivare. Detta har också betonats bl.a. i en rapport från revisorerna i Stockholms läns landsting som anser att ”Hälso- och sjukvårdsnämnden bör förbättra sin förmåga att ställa kvalitetskrav” samt att ”sätta upp kriterier för uppföljning och eventuellt återtagande av auktorisation.” (Landstingsrevisorerna 2008) Ett förslag som nyligen aktualiserades av Socialdemokraterna är ett nationellt system för kvalitetssäkring - certifiering – som baseras på en mycket mer ingående prövning och uppföljning än den granskning som görs vid auktorisering i dagens vårdvalssystem.

6.7 Konkurrens kan motverka nödvändig samverkan

Samverkan mellan primärvård, kommuner och slutenvård är ofta en förutsättning för en god vårdkvalitet speciellt för multisjuka och personer med missbruksproblem. Ett väl utvecklat tvärsektorielt samarbete är också en grundsten för ett effektivt folkhälsoarbete. Under de senaste årtiondena har - med blandade resultat - stora insatser gjorts för att vidareutveckla denna samverkan.

Istället för att fortsätta med detta viktiga utvecklingsarbete präglas dagens sjukvård alltmer av en kommersiellt inspirerad konkurrensideologi. Nu hävdas att ökad konkurrens ökar såväl primärvårdens tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet. Konkurrensverket har därför fått en central roll vid utvärderingar av olika vårdvalsmodeller. Den vårdpolitik Konkurrensverket förordar präglas av ökad privatisering och en uppstyckning av verksamheter eftersom detta antas främja en ökad konkurrens. Det finns dock ingen analys om och när samverkan kan vara en bättre väg att uppnå de sjukvårdspolitiska målen. Något Samverkansverk med uppgift att främja samverkan finns inte. Konkurrens har blivit ett överordnat mål inom hälso- och sjukvården.

Det finns därför goda skäl att i den svenska vårdpolitiska debatten lyfta fram internationella jämförande studier som fokuserat på just avvägningen mellan konkurrens och samverkan inom sjukvården. En sådan studie – publicerad av det välkända

forskningsinstitutet European Observatory on Health Systems Research – konstaterade t.ex. att ”den allmänna trenden under det senaste årtiondet har varit en ökad marknadsorientering och ett utökat utrymme för företagsanda. Kunskapsbaserade analyser pekar dock på att primärvårdens mål enklare kan nås i en mindre konkurrensutsatt och mer reglerad miljö som betonar social rättvisa”.

6.8 Fungerande vårdkedjor och kontinuitet

En akilleshäl inom den offentliga vården och än mer inom kommersiella vårdssystem är att säkerställa fungerande vårdkedjor dvs. att samordna insatser för en patient som behöver vård från olika delar i sjukvårdssystemet. Denna brist på samverkan innebär speciellt för patienter med sammansatta vårdbehov stora problem att hitta rätt i vården och få den vård de behöver. Inom den offentligt drivna vården har man därför under de senaste årtiondena arbetat med att utveckla s.k. vårdkedjor.

Om vården splittras upp på olika konkurrerande vinstdrivna enheter kan det vara än svårare att utveckla fungerande vårdkedjor. Detta är speciellt fallet om en viss typ av samverkan är olönsam eller gynnar en konkurrent.

Behovet av kontinuitet i vården har traditionellt och med rätta betonas också som en viktig vårdkvalitet. Detta har speciellt betonats inom primärvården där det är en stor trygghet att under lång tid kunna gå till samma läkare och distriktssköterska.

En konkurrensutsatt primärvård med krav på periodisk upphandling av driftsansvarigt företag har erfarenhetsmässigt försämrat vårdens kontinuitet.

En övergång till en ”evig” auktorisering och offentlig verksamhetsfinansiering av alla kommersiella vårdgivare som uppfyller vissa krav och inte missköter sig ger givetvis bättre möjligheter att säkerställa en god kontinuitet.

Trots detta ansåg hälften av de läkare som svarade på Läkarförbundets ”Vårdvalsenkät” (2009) att vårdvalsreformen gjort det svårare att upprätthålla kontinuiteten mellan patienter och läkare.

6.9 Risken för konkurs

Det finns ytterligare en hotbild mot kontinuiteten inom vårdvalssystemen som bör uppmärksammas. Det är att risken att såväl offentligt som kommersiellt driven vård t.ex. vårdcentraler går i konkurs. Alla vårdgivare oberoende av driftsform skall ju finansieras genom intäkter som är direkt relaterade till antalet registrerade patienter och antalet besök. Ett antal nyetablerade kommersiella vårdgivare i Stockholm har redan gått i konkurs. De patienter som listat sig hos dessa offentligt finansierade företag får nu söka sig till andra vårdgivare. Kontinuiteten i vården bryts. Vårdcentraler i socialt utsatta områden som går i konkurs kan vara ett särskilt stort problem eftersom de boende i detta ”olönsamma område” kan få än svårare att finna en lämplig vårdgivare i

sin närmiljö.

Ur det vårdideologiska perspektiv som styr en kommersialiserad offentligt finansierad vård är däremot en konkurs – ”exit” - av en offentligt driven vårdcentral ett tecken på att systemet fungerar. I den långtidsplan som tagits fram inom Stockholms läns landsting uttrycks detta på följande sätt: ”En sak som måste stå klart för vårdproducenterna på en marknad är att de bär det fulla ekonomiska ansvaret för sin verksamhet. De ska inte kunna räkna med att köparen, om det kniper, ska rädda dem på det sätt som landstinget gjort genom tillskyndande av ägarbidrag” (SLL Långtidsplan 2009).

Utifrån denna grundsyn är det logiskt att hävda att det är fel att satsa extra resurser för att förhindra att en offentlig vårdcentral i ett socialt utsatt område går i konkurs. Det snedvrider marknadens krav på lika villkor för alla vårdgivare oberoende av driftform. Vårdmarknadens ideologi om konkurrens på lika villkor överordnas därmed hälso- och sjukvårdslagens mål om god vård på lika villkor.

6.10 Sjukvårdsrelaterade skador och hälsorisker

Sjukvårdsrelaterade skador är ett allvarligt kvalitetsproblem inom svensk sjukvård liksom i många andra länder. Enligt Socialstyrelsens analys av 2 000 patientjournaler (2008) drabbades 8,6 procent av alla patienter som vårdats på sjukhus i somatisk vård (kroppssjukvård) av någon form av vårdskada. Det innebär relaterat till alla vårdtillfällen inom sjukhusens

kroppssjukvård (2,1 miljoner/år) att 105 000 patienter skadats och 3000 avlidit p.g.a. någon form av sjukvårdsrelaterade skador. 10 procent av alla vårddyggn inom akutsjukvården orsakas av vårdskadorna. (SLL:s Långtidsutredning 2009). En viss minskning av de sjukhusrelaterade infektionerna har dock kunnat konstateras under 2009.

Ett skäl till sjukhusinfektioner är bristfällig städning. Internationellt liksom i Sverige tycks en övergång från städning på sjukhus i egen regi till städning utförd av kommersiella städbolag ha inneburit en kvalitetsför-sämring. Hård tidspress för att trots pressade priser få en bra vinst är ett av skälen. Ett annat kan vara bristande professionell kompetens för just sjukhusstädning med dess höga krav och mycket begränsad, om någon, kontakt med övrig personal på sjukhuset.

En annan av de stora sjukvårdsrelaterade hälsoriskerna är en allt större användning av antibiotika som leder till antibiotikaresistens. Patienter med allvarliga infektioner kan då inte längre få en effektiv antibiotikabehandling. Detta skulle speciellt drabba låginkomstgrupper eftersom de i högre grad än andra grupper drabbas av sjukdomar som kräver en effektiv antibiotikabehandling. En viktig målsättning är därför att försöka eliminera onödig användning av antibiotika.

Detta kan dock vara svårare i marknadsorienterade och vinstdrivna sjukvårdssystem eftersom vårdgivaren inte vill förlora en kund som begär antibiotika. Det är därför inte för-

vånande att antibiotikaförskrivningarna ökade vid införandet av vårdval i såväl Halland som Stockholms läns landsting. Trots rekommendationer om återhållsamhet ökade t.ex. antalet utköpta recept på luftvägsantibiotika i Sockholm med 10 procent mellan 2007 och 2008 enligt Stockholms läns landstings utvärdering av vårdvalet. (Dagens Apotek 2009)

6.11 Svenskt kvalitetsindex

Svenskt kvalitetsindex mäter varje år hur stor andel av befolkningen som är nöjd med vården. Jämfört med flertalet andra verksamheter ligger sjukvårdens nöjdhetsindex högt.

Vid en jämförelse mellan offentlig och privat sjukvård (2009) är andelen nöjda inom den privat drivna vården något högre (73,7 procent) än inom den offentligt drivna vården (69,5 procent). Vid en jämförelse med 2008 kan man samtidigt konstatera att andelen nöjda inom den privat drivna vården minskat med 3,4 procent medan andelen nöjda inom den offentligt drivna vården ökat med 2,2 procent. En möjlig orsak till denna negativa trend när det gäller den kommersiellt drivna vården kan vara att incitamenten – lönsamheten – genom olika politiska beslut blivit så goda att även företag utan tidigare erfarenheter inom vårdbranschen nu etablerat sig på den nya offentliga vårdmarknaden.

Svenskt kvalitetsindex redovisar tyvärr inget nöjdhetsindex relaterat till olika befolkningsgrupper med stora vårdbehov som t.ex. äldre och låginkomsttagare/kortutbildade.

De öppna jämförelser som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen gör av vårdkvaliteten i olika landsting visar också i huvudsak på relativt god vårdkvalitet. Tyvärr saknas även i dessa redovisningar en social dimension som belyser sociala skillnader i vårdkvalitet.

7. Solidarisk finansiering av hälso- och sjukvård

7.1 Solidarisk finansiering via skatt

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 genom skatt. Det innebär att medborgarna bidrar till sjukvårdens finansiering utifrån sin betalningsförmåga. Höginkomsttagare betalar mer än låginkomsttagare. Yrkesverksamma mer än gamla. Det innebär vidare att det inte finns någon koppling mellan hur mycket man betalar och vilken vård man får. Fördelningen av vårdens resurser skall styras av behovet av vård – inte av betalningsförmåga. Dagens i huvudsak offentligt finansierade sjukvård lever i relativt hög grad upp till hälso- och sjukvårdslagen solidaritetsprincip.

Alla politiska partier slår vakt om en solidarisk finansiering via skatt av den offentliga sjukvården. Samtidigt råder enighet om att det kommer att ställas allt större krav på politiskt engagemang och vilja för att säkerställa denna solidariska finansiering när de totala vårdkostnaderna ökar p.g.a.

ökad andel äldre och ny, ofta dyrare, medicinsk teknologi. De politiska partier som samtidigt driver krav på stora skattesänkningar och en kostnadsdrivande kommersialisering av vården får givetvis än svårare att säkerställa en solidarisk finansiering av vården.

Det krävs därför en ingående analys och debatt om möjligheterna att höja skatten för att kunna bibehålla den solidariska finansieringen vid växande vårdbehov. Samtidigt krävs en långsiktigare hållbar finansieringsmodell. Den nuvarande modellen där årets intäkter ger ramarna för årets utgifter är ohållbar för att möta periodiska finansiella kriser och större förändringar i befolkningens åldersstruktur. Det faktum att allt fler blir äldre framstår med detta system nära nog som en oplanerad finansieringskris.

Det vore mot den bakgrunden självklart att regeringen tillsammans med landstingen klarlade förutsättningarna för att säkerställa en långsiktigt hållbar solidarisk finansiering av svensk sjukvård.

Samtidigt borde landstingen - utifrån sina lokala förutsättningar – aktualisera samma fråga.

7.2 Ökade vårdavgifter

Den långtidsutredning om den framtida sjukvården som Stockholms läns landsting tagit fram avfärdar varje form av skatthöjning. I en enda mening och utan någon som helst analys slår man fast att en skatthöjning inte är lämplig ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. För att möta de

ökande kostnaderna föreslås istället ökade patientavgifter utan någon närmare analys. Man nämner inte ens att ökade patientavgifter – vid ett oförändrat vårdutnyttjande – är den mest regressiva formen för sjukvårdens finansiering. Den innebär ju att de med en stor sjukdomsburda måste betala en mycket större andel av de samlade sjukvårdskostnaderna samtidigt som betalningsburdan minskar för dem med en liten sjukdomsburda. I praktiken innebär det:

att äldre betalar mer och yrkesverksamma mindre.

att kvinnor betalar mer och män mindre.

att låginkomsttagare betalar mer och höginkomsttagare mindre.

Det behövs ingen djupare analys för att konstatera att en kraftigt ökad privat finansiering via olika typer av avgifter inom den offentliga vården strider mot hälso- och sjukvårdslagens solidaritetsprinciper. Detta gap mellan lagens intentioner och den faktiska politiken förstärks dessutom i dagen Sverige – även vid oförändrade vårdavgifter - genom ökande inkomstskillnader och vidgade klasskillnader i hälsa och därmed vårdbehov.

Det är mot denna bakgrund mycket alarmerande att andelen privat finansierad vård av de totala vårdkostnaderna har ökat från 10 procent år 1990 till 16 procent år 2000. Orsaker till denna ökade privatisering är i första hand ökande privata kostnader för tandvård, minskade subventioner för läkemedel samt fler och ökande avgifter inom den offentliga sjukvården.

Privat finansiering av helprivat vård har också ökat men är vid en analys av vårdens totala kostnader fortfarande av liten betydelse.

Denna omfördelning av betalningsburdan har skett i tysthet utan någon större debatt under en period då alla partier hävdar att de helt och fullt står bakom principen om en solidariskt finansierad vård.

Sannolikheten är stor att den privata finansieringen kommer att öka under de närmaste åren. Ett skäl är att en allt större andel av vården drivs av kommersiella vårdgivare som har ett kommersiellt intresse att öka sina intäkter oberoende av om det är offentliga eller privata betalningar. Ett annat skäl är att många partier vill sänka skatten trots att en kraftig majoritet av svenska folket prioriterar högre skatt om den går till att utveckla och förbättra sjukvården.

En ökad avgiftsfinansiering inom vården ligger också i linje med de ekonomiska långtidsutredningar som tidigare den socialdemokratiska och nu den borgerliga regeringen tagit fram. Grunden för dessa förslag är att skatterna måste sänkas och att hushållens betalningsförmåga ökat. Alla har råd att betala mer för den vård de behöver ur egen ficka. I dessa analyser finns bara genomsnittsmänniskor – alla verkar ha samma inkomst och betalningsförmåga. Inkomstskillnader och sociala skillnader i ohälsa och vårdbehov lyser även i dessa ”tung” ekonomiska utredningar nära nog helt med sin frånvaro. Dessa analy-

ser måste därför betecknas som både missvisande och oprofessionella ur ett hälso- och sjukvårdspolitiskt välfärdsperspektiv.

7.3 Sociala effekter av ökad andel privat finansiering av offentlig vård

Utredningar om sjukvårdens finansiering måste utgå både från ett samhällsekonomiskt och sjukvårdspolitiskt perspektiv. Speciellt viktigt är det att alltid inkludera ett hushållsperspektiv där man samtidigt beaktar:

- a) sociala skillnader i ohälsa/vårdbehov som självklart måste vara basen för alla bedömningar av de finansiella konsekvenserna av patientavgifter och andra privata avgifter.
- b) alla patientavgifter och andra avgifter inom den offentliga vården och omsorgen samt den privata finansieringen av tandvård och läkemedel. Vilka faktiska merkostnader för vård får – med hänsyn taget till olika högkostnadsskydd – grupper med stora respektive små vårdbehov?
- c) inkomstskillnader mellan olika grupper för att bedöma hur stor andel av vårdens totala kostnader som belastar hög- respektive låginkomstgrupper.
- d) minskade inkomster vid sjukdom för olika socioekonomiska grupper (ersättningsnivåer i sjukförsäkringen mm) för att kunna bedöma hur betalningsbördan förändras mellan t.ex. rika friska och fattiga sjuka.

Den här typen av analyser i ett hushållsekonomiskt perspektiv av betalningsbördans fördelning blir allt väsentligare ju större andel av de totala vårdkostnaderna som finansieras privat. Idag är kunskaperna om sociala och finansiella effekter av höga privata vårdkostnader bland låginkomsttagare mycket begränsade i Sverige. Det finns dock ”punktvisa” varnings signaler som att obetalda sjukvårdslaterade räkningar allt oftare återfinns bland kronofogdens indrivningsärenden.

I ett internationellt perspektiv – i 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. Detta är givetvis en katastrof ur ett hushållsekonomiskt perspektiv. De ökande privata sjukvårdskostnaderna i USA har dessutom – enligt USA:s hälsominister – i hög grad bidragit till att folk inte kunnat betala sina amorteringar på hus. Detta ledde till att många försökte sälja sina hus samtidigt som huspriserna sjönk. Osålda hus och alltför låga försäljningspriser ledde till att många inte kunde betala sina skulder. Bankkris följde och USA:s finansiella kris, som spred sig som en löpeld, var ett faktum. Självfallet fanns även många andra orsaker till den finansiella krisen men det är ingen tvekan att kraftigt ökande privata sjukvårdskostnader var en av de utlösande faktorerna.

Sjukvården, som brukar betecknas som en viktig del av ett lands välfärdssystem, har i länder med en hög andel privat finansierad sjukvård blivit ett system som genererar ofärd. Internationellt talar man mot denna bakgrund allt oftare om ”the medical poverty trap” (den medicinska fattigdomsfällan).

Sammanfattningsvis kan konstateras att ökad privat finansiering inom den offentliga vården innebär att betalningsbördan ökar mest för dem som har minst ekonomiska resurser och störst behov av vård.

7.4 Privata sjukvårdsförsäkringar

Den långtidsutredning som Stockholms läns landsting tagit fram förordar privata sjukvårdsförsäkringar utan att med ett ord antyda att detta undergräver möjligheterna att bibehålla en solidarisk finansiering via skatt. De som tecknar en dyr privat sjukförsäkring kan ju knappast förväntas vara villiga att betala skatt för en sjukvård som de redan betalt för privat.

Samtidigt saknar ju privata sjukvårdsförsäkringar en omfördelningseffekt utanför den krets som tecknat just denna försäkring. Det innebär att det inte finns någon omfördelning av resurser från resursstarka grupper med en privat försäkring till resurssvaga grupper som inte har råd att ta någon privat försäkring. Man kan således genom en privat försäkring ”låsa in” pengarna som avsätts till sjukvård till en ofta ekonomiskt privilegierad grupp med relativt små vårdbehov. För denna grupp blir försäkringspre-

mierna relativt låga. Grupper eller individer med stora vårdbehov måste samtidigt betala högre premier om de över huvud taget anses försäkringsbara. Detta är den precisa motsatsen till en solidarisk finansiering.

7.5. Individuella vårdkonton

Individuella vårdkonton är en annan finansieringsmodell som har förordats, bl.a. i den långtidsplan som tagits fram inom Stockholms läns landsting. Dessa konton fylls enligt förslaget på via skatten och innebär – i motsats till en solidariskt skattefinansierad vård – att de skall användas för att betala kontoinnehavarens privata sjukvårdskostnader. Detta är igen ett exempel på hur man ”läser in”/individualiserar bidragen till sjukvården och därmed begränsar möjligheterna till en solidarisk finansiering där resursstarka subventionerar vården för resurssvaga grupper.

Enligt SLL:s långtidsplan kan högkostnadsskyddet höjas när man inför vårdkonton eftersom behållningen på vårdkontot skapar en finansiell buffert. Långtidsplanen saknar helt analyser som visar hur mycket en låg- respektive höginkomsttagare skall betala in på sitt vårdkonto, dvs. vilka skillnader det kommer att finnas i köpkraft för att betala en allt mer privat finansierad vård. Den tar inte heller upp de sociala skillnaderna i ohälsa och därmed olikheter i behov av vård.

Om dessa perspektiv lyfts in skulle det än tydligare framgå att en ökad finansiering via vårdkonton också strider mot hälso- och sjukvårdslagen

och dess solidaritetsprinciper.

7.6 Bör höga vinster återinvesteras i vården?

Syftet med all offentligt finansierad sjukvård är att bidra till bättre hälsa, mindre smärta och god omsorg. De som betalar denna verksamhet via skatten och erhåller vård bedömer givetvis värdet av vårdens insatser utifrån dessa mål för verksamheten. De eftersträvar ingen ekonomisk vinst på de skattemedel som finansierar verksamheten. Traditionellt har också de offentliga vårdgivarna haft samma grundsyn dvs att ge bästa möjliga vård för de resurser som avsatts för hälso- och sjukvården via skatt. Deras verksamhet styrdes inte av krav på ekonomisk vinst och bästa möjliga ekonomiska avkastning.

Offentligt finansierade kommersiella vårdgivare har däremot vinst som ett överordnat mål. Detta är naturligt och nödvändigt eftersom syftet med deras verksamhet är att ge god ekonomisk avkastning på investerade pengar. Detta kommersiella synsätt har i viss utsträckning även spritt sig till den offentligt drivna vården genom att ställa krav att t.ex. varje vårdcentral skall kunna finansiera sin egen verksamhet på samma villkor som de offentligt finansierade kommersiellt drivna vårdcentralerna. Även den offentligt drivna primärvården blir därmed kommersialiserad. Detta är – som bl. författaren Göran Rosenberg tydliggjort – ett exempel på hur man ”maskerar skillnaden mellan ekonomiskt intresse och samhällsintresse.” (Rosenberg 2010)

En annan politiskt laddad fråga är om de höga vinster som offentligt finansierade kommersiella vårdföretag gör, helt eller delvis, bör återinvesteras i vården. Eller om finansiären/landstinget på något annat sätt – till exempel med höga kvalitetskrav – kan säkerställa att offentliga vårdresurser används till vård och inte till övervinster.

Ser man de höga vinster inom den kommersiellt drivna offentligt finansierade vården som en finansiell förlust för landstinget finns all anledning till oro. De kommersiella vårdbolagen hör nämligen – enligt en aktuell rapport från SCB (2009) – till de absolut mest lönsamma företagen i Sverige med en genomsnittlig avkastning på 19 procent. De fem största vårdbolagen har tagit ut 3 miljarder av våra skattepengar i vinst. De riskkapitalbolag som lånar upp pengar för att köpa vårdbolag, som säljs efter ett par år, betalar löner plus bonusar till ledningen som ligger långt över de löner och bonusar som t.ex. finns inom landets storbanker. Avkastningen till ägarna är också ofta exceptionellt hög (Werne 2010).

Skattefinansierade Catio St Görans sjukhus har t.ex. enligt dess verkställande direktör Britta Wallgren under de senaste sex åren (2003 – 2009) gjort en vinst på drygt en kvarts miljard kronor. Det innebär att man redan gjort vinster som är större än vad man betalade för sjukhuset när man köpte det 1999. (Dagens Nyheter Ekonomi 2009).

Näringslivets företrädare ser – föga förvånande – inga problem med hög lönsamhet. Svenskt Näringslivs representanter hävdar att de kommersiella vårdföretagen är mycket mer kostnadseffektiva och fungerar därför som en viktig drivkraft för ökad produktivitet och effektivitet inom hela den offentligt finansierade sjukvården: *”Förbjud inte vinster i vårdföretag. Om alla sjukhus var lika produktiva som snittet av de tre bästa skulle sju miljarder kunna sparas. För att driva på utvecklingen mot lägre kostnader måste sjukhusen utsättas för privat konkurrens”* (Svenskt Näringsliv 2009), Och vidare: *” Utan möjlighet att göra vinst skulle verksamheten bedrivas mindre effektivt och välfärdens kärna fungera sämre”* (Bäckström 2009). Hög vinst är ju i ett kommersiellt perspektiv lika med hög effektivitet. Att effektivitet inom hälso- och sjukvården handlar om bättre hälsa och livskvalitet finns bara inte med i ett kommersiellt perspektiv.

Höga vinster vid kommersiellt driven vård ses således ofta som ett bevis för den offentligt drivna vårdens ineffektivitet. Man påstår att det finns massor av luft inom den offentliga sjukvården som kan omvandlas till vinst när privata och kommersiella vårdgivare konkurrerar på samma villkor.

Det omvända argumentet är att höga vinster visar att det finns pengar att ta tillbaka till vården. Mona Sahlin m.fl. skrev 2009: *”Skattepengar till välfärden skall användas för att höja kvaliteten i välfärden – inte till vinstuttag”*. Denna syn på höga vinster inom den offentligt finansierade vården utvecklas på det

socialdemokratiska partiets hemsida. Där anser man att höga privata vinster kan ses som ett slöseri med skattepengar och vittnar om att det finns pengar som kunde användas för att utveckla verksamheten. Sverige har till skillnad från många andra länder inga regleringar för privata utförare (Socialdemokratiska partiet 2009). Och vidare: *”Gemensamma resurser tänkta för välfärdsverksamheter ska gå till välfärdsverksamheter. För att genomföra detta krävs en ny reglering som syftar till att uppnå högre kvalitet i välfärden”* (med krav på t.ex. tillgänglighet, personaltäthet, investeringar i personalens utbildning och kompetensutveckling).

S-strategin är således att genom skarpa tillgänglighets- och kvalitetskrav reducera eller eliminera höga vinster. Initialt skall detta ske genom krav på att alla vårdgivare skall certifieras samt genom utveckling av system för löpande uppföljning och kvalitets-säkring. Internationella erfarenheter visar emellertid att många länder som planerat införa skarpa krav för en obligatorisk certifiering har haft stora problem med att precisera och följa upp mätbara och relevanta kvalitetsindikatorer. Det måste därför betecknas som osannolikt att man enbart genom ökade krav på kvalitet och bättre system för uppföljning skulle kunna kontrollera de multinationella vårdföretagens vinster.

En säkrare politik för att säkerställa en god vård på lika villkor är att återinföra i hälso- och sjukvårdslagen att driften av offentligt finansierade sjukhus inte får överlämnas till vårdgivare

vars syfte är att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent. De sjukhus som redan har privatiserats helt eller delvis får fortsätta sin verksamhet i enlighet med de tidsbegränsade avtal som reglerar den kommersiella driften av dessa sjukhus. I något eller några fall kan det bli orimligt dyrt för landstinget att återta ett kommersiellt drivet sjukhus med hänsyn till ingångna avtal. I dessa fall får man försöka hitta speciellösningar för att undvika att stora ekonomiska resurser avsedda för vården går till att köpa tillbaka offentligt finansierade kommersiellt drivna sjukhus. Erfarenheter från Skottland kan vara av speciellt intresse eftersom dess regering och hälsoministerium har lyckats återföra några kommersiellt drivna sjukhus till offentlig drift.

8. Vårdens totalkostnader och kostnadseffektivitet

8.1. Vårdens totalkostnader

Ett väl fungerande system för att hålla vårdens totalkostnader inom ramen för givna samhällsekonomiska ramar är av strategisk betydelse eftersom kostnadsökningar som avsevärt överstiger tillgängliga resurser leder till:

- a) kortsiktiga besparingar som är mer styrda av vilka tekniska och legala möjligheter det finns att göra besparingar snarare än prioriteringar utifrån olika vårdpolitiska mål. Dessa kortsiktiga och ur ett vårdpolitiskt perspektiv ofta irrationella besparingar drabbar i allmänhet resurssvaga grupper hårdast.

- b) ökad privat finansiering genom bl.a. olika typer av avgifter som minskar vårdens ekonomiska tillgänglighet, speciellt för låginkomsttagare med stora vårdbehov.

Därför är det viktigt att analysera hur totalkostnaderna påverkas av offentlig respektive kommersiell drift och finansiering ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv.

All internationell erfarenhet talar för att de mest effektiva metoderna att säkerställa att vårdens totalkostnader anpassas till samhällsekonomiska realiteter finns i budgetstyrda offentliga system.

Med ökad kommersialisering av dessa system följer också mer prestationsrelaterade ersättningar som driver upp totalkostnaderna. Detta är naturligt eftersom kommersiella vårdgivare har starka incitament för att expandera sin verksamhet. Ökade kostnader för den som betalar för den offentligt finansierade vården (skattebetalarna/landstinget) innebär ju ökade intäkter för och vinstmöjligheter för de kommersiella vårdgivare som säljer vård. Vem har mött ett kommersiellt serviceföretag som anser att de inte har råd att sälja mer av sina tjänster? Kommersiell drift skapar därför i sig ett ökat utbudstryck. Detta utbudstryck är i jämförelse med flertalet andra branscher mycket starkt inom sjukvården. Detta beror på att läkare och annan kvalificerad vårdpersonal inte bara kan påverka utbudet av sina tjänster utan också efterfrågan på dessa tjänster. Det är ju i hög grad läkaren som

bestämmer vad patienten behöver för vård. Denna s.k. sekundära vårdefterfrågan utgör sannolikt större delen av den totala vårdefterfrågan. Få kommersiella företagare har samma goda möjlighet att påverka efterfrågan på de tjänster man säljer. Detta belyses dock inte i de kommersiella vårdvalsmodeller som nu införs i svenska landsting. I presentationer av dessa modeller framstår det som om det endast var patienterna som genom sina val styrde vårdens omfattning och fördelning.

Vårdens totala kostnader ökar även på grund av det överutbud av offentligt finansierade kommersiellt drivna vårdcentraler, husläkarmottagningar och privatläkarmottagningar som finns framförallt i storstädernas höginkomstområden.

De vårdvalsmodeller med etableringsfrihet som nu införs inom svensk sjukvård kommer sannolikt att öka vårdens totala kostnader eftersom det inte finns – får finnas – någon övre gräns för antalet offentligt finansierade kommersiella vårdgivare. Alla som uppfyller de formella krav som krävs för en auktorisering har rätt att driva sin verksamhet med offentlig finansiering. Kostnadspärrar kan sättas för enskilda företag i termer av antal listade patienter eller antal besök per år men inte för antalet vårdgivare. I vårdvalsmodeller där den helt dominerande ersättningen till vårdgivarna är relaterad till antalet listade patienter är detta inte ett stort problem ur ett totalkostnadsperspektiv eftersom befolkningens storlek sätter en gräns

för antalet som kan listas. I vårdvalssystem – som i Stockholm – med en hög andel av ersättningen till vårdgivarna i form ersättning per besök finns inte motsvarande befolkningsrelaterade spärr. De första rapporterna visar också att kostnaderna för primärvården ökat i Stockholm sedan vårdvalet införts. Om detta hade förbättrat vården för dem med de största behoven och sämsta tillgången till god vård hade denna kostnadsökning varit en välkommen förstärkning av en underfinansierad primärvård. Men eftersom det i första hand är befolkningen i redan gynnade områden som vinner på detta vårdvalssystem finns – utifrån målet om en god vård på lika villkor – anledning att beskriva denna kostnadsökning som negativ.

I ett internationellt i-landsperspektiv finns en tydlig samvariation mellan graden av kommersialisering och vårdens totala kostnader mätt som andel av BNP som går till sjukvård

Internationellt sett låga totala kostnader (8-9 % av BNP) finns i sjukvårdssystem som i England, Danmark, Finland och Sverige med en relativt hög andel offentligt driven och finansierad vård. Länder som Tyskland och Frankrike, med en högre andel privat vård finansierad via olika typer av obligatoriska sjukvårdsförsäkringar, har något högre totala kostnader (10-11 %). Högst andel av BNP som går till sjukvård har länder som Schweiz (drygt 11 %) och USA (omkring 15 %) som har de mest privatiserade sjukvårdssystemen. Skillnader i vårdkvalitet förklarar inte dessa skillnader i totala kostnader. Ser

man på sjukvården i USA är det snarare tvärtom eftersom 45 miljoner nordamerikaner - trots de höga totalkostnaderna - är oförsäkrade.

Det är inte heller ett system som begränsar den offentliga finansieringen av vården. De offentligt finansierade vårdsystemen i USA för äldre och vissa låginkomstgrupper/fattiga kostar nästan lika mycket i andel av BNP som den offentliga sjukvården för hela befolkningen i England.

De skenande vårdkostnaderna som hotar USA:s och allt fler familjers ekonomi har gjort en sjukvårdsreform till en av president Obamas viktigaste politiska frågor. Motståndet är emellertid intensivt bl.a. från kommersiella försäkringsbolag som säljer privata sjukvårdsförsäkringar. I den sjukvårdsreform som nu (april 2010) tycks gå igenom har man därför bland annat tvingats ta bort förslaget att ett offentligt drivet försäkringsbolag på lika kommersiella villkor skulle få konkurrera med de privata försäkringsbolagen. Denna konkurrens från ett offentligt alternativ som ger ökad mångfald ansågs uppenbarligen som ett allvarligt hot mot de stora vinster som de kommersiella försäkringsbolagen tar hem i ett orimligt dyrt marknadsbaserat sjukvårdssystem.

Mot denna bakgrund är det förvånande att en ökad marknadsorientering och privatisering av vården ofta presenteras som en effektiv strategi för att minska vårdens totala kostnader. Var finns de kommersiellt drivna sjukvårdssystem som med en totala kostnad

på omkring 8-9 % av BNP kan ge relativt god vård till hela befolkningen?

8.2. Vårdens kostnadseffektivitet

Kostnadseffektivitetsprincipen åberopas ofta som ett skäl att öka andelen kommersiellt driven offentligt finansierad vård. Den borgerliga regeringen hävdar med stor kraft att en ökad privatisering leder till ”ökad kvalitet och effektivitet i verksamheten” (Prop. 2008/09:29). Privat drift av offentligt finansierad vård antas ge ”mer vård för pengarna”. Denna högre produktivitet och effektivitet påstås göra det möjligt för kommersiella vårdgivare att både leverera mer och bättre vård och ta ut en bra vinst. Win-win för alla inblandade således: Patienterna får en bättre vård, skattebetalarna betalar mindre och vårdföretagen blomstrar. Denna tes har upprepats så ofta att den av många uppfattas som sann även utan att några bevis redovisas.

Om kommersiellt driven offentligt finansierad vård inte är kostnadseffektivare än offentligt finansierad driven vård innebär en privatisering däremot ett allvarligt hot mot vårdkvaliteten. De kommersiella vårdföretagen måste då säkerställa en tillfredställande vinst genom att t.ex. sänka kvalitetskraven, minska personalkostnaderna genom att avskeda anställda och pressa lönerna och/eller prioritera de mest lönsamma patienterna. Dessa åtgärder innebär sämre vård, speciellt för de patienter som ur ett företagsekonomiskt perspektiv är olönsamma.

Därför är det också ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv av avgörande betydelse att klarlägga om kommersiella vårdgivare generellt sett är mer kostnadseffektiva än offentliga vårdgivare.

I den studie av Vårdval Stockholm som utförts av forskare vid Karolinska Institutet (Rehnberg et.al. 2009) konstateras att det inte föreligger några signifikanta skillnader mellan olika ägarformer. Däremot konstateras att privata mottagningar med avtal från tiden före införandet av Vårdval Stockholm har väsentligt lägre produktivitet än nyetablerade privata mottagningar inom vårdvalssystemet. Vårdval Stockholm tycks således ha ökat produktiviteten för gruppen kommersiella vårdgivare till samma högre nivå som finns inom den offentligt drivna primärvården.

Det finns inte heller några studier som visar att kommersiell drift av t.ex. Capio S:t Görans sjukhus i Stockholm skulle ha inneburit en ökad kostnadseffektivitet. Tvärtom visade en revisionsrapport från landstingets egna revisorer att vården vid S:t Görans under de första åren av kommersiell drift blev nästan dubbelt så dyr för landstinget/skattebetalarna som de offentligt drivna sjukhusen. Detta berodde i hög grad på att de borgerliga partierna gav en rad speciella finansiella förmåner till det företag som drev S:t Görans sjukhus (Bure – Capio). Ingenting pekade mot att vårdens kvalitet förbättrades efter privatiseringen. Även efter den revidering som skedde av avtalsvillkoren när avtalet för-

längdes kan man konstatera att priset per gjord insats (uttryckt i s.k. DRG-poängpris) är högst på S:t Görans sjukhus i jämförelse med alla andra akutsjukhus i Stockholm. Enligt den Långtidsplan som Stockholms läns landsting tagit fram var priset landstinget betalar till S:t Görans sjukhus (2008) 36 557 kronor vilket är högre än DRG-poängpriset vid något annat akutsjukhus inom Stockholms läns landsting. I landstingets långtidsutredning konstateras vidare att ”Det finns god anledning att tro att skillnaderna i DRG-poängpris i inte obetydlig utsträckning reflekterar skillnader i effektivitet”.

En mer ingående analys som SKL/Socialstyrelsen publicerat (2009) redovisar DRG-poäng för olika typer av medicinska insatser. Även i denna rapport betonas att DRG-poängpriset är en indikator på vårdens produktivitet dvs. hur mycket vården presterar i förhållande till vad den kostar. Denna indikator är även en av Socialstyrelsens indikatorer för uppföljning av ”God Vård”.

De kostnader per DRG-poäng för olika insatser som redovisas för olika offentligt drivna sjukhus kan dock inte jämföras med motsvarande kostnader för behandling på Capio S:t Görans sjukhus. Skälet är inte brist på data eftersom Capio S:t Görans rapporterar till samma databas som de offentligt drivna sjukhusen. Skälet är att Capio S:t Görans sjukhus meddelat SKL/Socialstyrelsen att man inte önskar att deras kostnader per DRG-poäng för olika insatser skall publiceras.

Den privata vårdgivare som skulle visa omvärlden hur man ”får mer vård för pengarna” vill således inte ens ”visa korten”. De kostnader per DRG-poäng som man inte önskar publicera gäller bl.a. gallstensoperationer, höftprotesoperationer och specialiserad somatisk vård. Det förefaller osannolikt att man inte önskar publicera dessa data om de visat att privata S:t Görans ger ”mer vård för pengarna”. Vårdens kvalitet vid S:t Görans sjukhus är dessutom – som redovisats ovan - inte bättre utan snare något sämre än vid offentligt drivna sjukhus.

Sammanfattningsvis finns således inget som pekar mot att kostnadseffektiviteten är högre på Capio S:t Görans sjukhus. Däremot finns det tydliga indikationer på att den är lägre än vid andra akutsjukhus i Stockholm. Detta kan förefalla förvånande med tanke på att många politiker och företrädare för näringslivet med så stor bestämdhet hävdar att kommersiell drift självklart är mer kostnadseffektiv än offentlig drift och att Capio S:t Görans var ett av bevisen.

Utgår man däremot från vetenskapliga studier som jämfört produktivitet och effektivitet i offentligt respektive kommersiell drift av sjukvård i olika länder är det helt dominerande resultatet att icke vinstdriven drift (dvs. offentlig eller ideell drift) är lika eller mer kostnadseffektiv än kommersiell drift. Detta redovisas bl.a. i en s.k. metastudie baserad på 317 vetenskapligt granskade artiklar som analyserar produktivitet och effektivitet vid olika

driftsformer. Inte i någon av dessa 317 studier var den kommersiellt drivna vården kostnadseffektivast (Hollingworth 2008).

I den seriösa kunskapsbaserade vårdpolitiska debatten har denna verklighetsbild också i allt högre grad ersatt myten om den kommersiellt drivna vårdens högre kostnadseffektivitet. European Observatory on Health Systems, som drivs med stöd från bl.a. WHO, Världsbanken och London School of Economics, konstaterar i en rapport (Saltman et al. 2002) att ”Ökad effektivitet genom privatisering har visat sig vara en ideologisk tro snarare än en verklighetsbaserad analys.” En omfattande EU-finansierad rapport rubricerad ”Scientific evaluation of the effects of the introduction of market forces into health systems” (European Health Management Association 2002) konstaterar, med exempel från bl.a. England, Holland, Danmark, Finland och Sverige, att den ökade produktiviteten inte beror på en ökad marknadsorientering av vården.

Det finns mot denna bakgrund goda skäl anta att de höga vinster som offentligt finansierade kommersiella vårdbolag gjort inte hämtats hem genom i första hand högre produktivitet och kostnadseffektivitet utan genom lägre kvalitet och prioritering av lönsamma patienter.

9. Behovet av en ny hälso- och sjukvårdslag

Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om ”god vård på lika villkor” och dess etiska principer för en rättvis vård har som belysts i denna skrift i hög grad förvandlats till kulisser. Bakom dessa kulisser driver den borgerliga majoriteten en vårdpolitik som flagrant bryter mot lagens intentioner. En politik där kommersiella mål och principer överordnas hälso- och sjukvårdspolitiska mål utan att detta leder till några legala påföljder.

Detta gäller i första hand den kommersiellt drivna offentligt finansierade vården där vinsten är – och måste vara – ett överordnat mål. De marknadsorienterade styrsystem och ersättningsformer som införs innebär emellertid att även offentligt driven vård i allt högre grad drivs utifrån kommersiella lönsamhetsprinciper. Normen för den offentligt finansierade vården förskjuts därmed alltmer mot de normer och lagar som styr en vanlig kommersiell marknad. Detta är helt i linje med de grundprinciper som präglar s.k. *New Public Management*-reformer.

Det är mot denna bakgrund nödvändigt att omedelbart komplettera den nuvarande hälso- och sjukvårdslagens krav när det gäller en god vård på lika villkor. Detta kan ske genom att införa en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen med följande lydelse: *”Landstinget ansvarar för att all hälso- och sjukvård inom landstinget erbjuds på lika villkor i fråga om tillgänglighet och kvali-*

tet” (Grönwall 2009). I förarbetena till lagbestämmelsen får man sedan göra klart att bestämmelsen innebär att landstinget måste beakta kravet på lika villkor såväl när den egna organisationen av hälso- och sjukvården utformas som när landstinget genom avtal uppdrar åt privata vårdgivare att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för (Grönwall 2009).

Samtidigt måste de nuvarande reglerna i hälso- och sjukvårdslagen angående privat finansiering av vård vid offentligt finansierade sjukhus (gräddfiler mm) tas bort liksom de lagtexter som kräver s.k. etableringsfrihet respektive öppnar för en utförsäljning av offentligt finansierade sjukhus.

I ett något längre tidsperspektiv bör en helt ny hälso- och sjukvårdslag tas fram som tydliggör att hälso- och sjukvårdspolitiska mål och lagar är överordnade kommersiella mål och lagar inom den offentligt finansierade vården. Dagen situation, där hälso- och sjukvårdslagen i viktiga avseenden endast är vägledande medan de kommersiella lagarna är legalt bindande, är helt ohållbar. I praktiken betyder det att kommersiella intressen skall tillgodoses inom den offentligt finansierade vården även om det innebär ett brott mot hälso- och sjukvårdslagens principer om ”god vård på lika villkor”. Behovet av en juridiskt skarp hälso- och sjukvårdslag kommer sannolikt att öka än mer eftersom starka kommersiella intressen inom EU och Världshandelsorganisationen (WTO) ser som en av sina huvuduppgifter att öppna den offentligt finansierade

vårdmarknaden för kommersiella vårdföretag. Arbetet med denna nya hälso- och sjukvårdslag bör därför ges högsta prioritet.

10. Vårdens demokratiska förankring

Den kommersialisering av den offentligt finansierade sjukvården som belysts i denna skrift saknar ett brett folkligt stöd. I en undersökning genomförd av de kommersiella vårdföretagens branschorganisation – Vårdföretagarna – framkom att 6 av 10 svenskar vill ha enbart eller mest offentligt driven sjukvård. De som vill att det skall vara en jämn fördelning mellan privat och offentlig drift uppgår till 35 procent. Endast några få procent önskar en privat dominans (*Dagens Medicin 9/12-09*).

Den starkaste drivkraften för den marknadsorientering och privatisering som präglar den borgerliga sjukvårdspolitiken är kommersiella vårdföretag och försäkringsbolag samt deras intresseorganisationer.

Det är mot denna bakgrund inte förvånande att de borgerliga politikerna – och vissa representanter inom den röd-gröna alliansen – talar om valfrihet och mångfald när de avser marknadsorientering och privatisering. I de få fall de talar om privatisering beskrivs den i termer av enskilda entreprenörer – ofta kvinnor – som brinner för att förverkliga olika idéer för att förbättra vården. Med tanke på att alla stora vårdbolag – utom ett (Praktikertjänst) - ägs av riskkapitalbolag

som mest brinner för att på kort tid få högsta möjliga vinst är detta minst sagt en vilseledande beskrivning av den privatisering man i verkligheten främjar. Det politiska nyspråket blir allt fräckare. De nya Moderaternas sjukvårdspolitiska slutrapport till partistyrelsen (februari 2009) har som titel ”Jämlig vård” trots att den inte med ett ord beskriver sociala skillnader i vården eller några insatser som kan minska dessa skillnader. Samtidigt finns en tydlig strategi hos ledande borgerliga sjukvårdspolitiker som sjukvårdslandstingsrådet i Stockholm Filippa Reinfeldt att undvika debatter med vanliga människor, representanter för fackliga och andra organisationer samt forskare som är kritiska mot den förda vårdpolitiken.

Ökad kunskap och en bred debatt om konsekvenserna av de marknadsorienterade reformer måste därför stå högt på såväl den politiska som professionella agendan. Det krävs också ett brett engagemang från alla som önskar en bättre och jämligare vård. Snart är det för sent – privatiseringsprocessen är ofta näst intill irreversibel. Det är lätt att med politiska beslut sälja offentligt driven verksamhet men svårt – ofta omöjligt – att med politiska beslut omvandla privat drift till offentlig. Därför bör kampen för en bättre och jämligare vård vara en central fråga på den politiska agendan.

Referenser.

- Burström, B, Forcee LN (2001) Vård på lika villkor? En litteraturgenomgång av studier av vårdutnyttjande i olika grupper. Stockholms Läns Landsting, Socialmedicin 1.
- Burström B. (2002) Increasing inequalities in health care utilization across income groups in Sweden during the 1990s? Health Policy 62: 117-29.
- Burström, B, Schultz A, Burström K. et al (2008) Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Centrum för Folkhälsa SLL, Enheten för Socialmedicin och Enheten för Hälsoekonomi, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Burström B, (2009) Socialmedicin och rättvis vård. Socialmedicinsk tidskrift 5/2009
- Bäckström, U (2009) Uttalande återgivet i Nyhetsblad från Svenskt Näringsliv 10/8 2009.
- Dagens Apotek 2009-06-17.
- Dagen Medicin (2009) 47/09
- Dagens Medicin (2009) Nr: 50/09. Få svenskar vill helst ha en privatdominerad sjukvård.
- Dagens Medicin (2009) Nr: 50/09 Vårdcentraler i Stockholm riskerar böter vid avtalsbrott.
- Dagens Medicin (2010) Nr 11/10 Arbetsmiljö stort problem för vårdcentraler.
- Dagens Nyheter 2009-09-10.
- Dahlgren G, Whitehead M. (2007) A Framework for Assessing Health Systems from the Public's Perspective: The ALPS Approach. Int J of Health Services, Vol. 37, Number 2.
- Dahlgren G. (2008) Neoliberal Reforms in Swedish Primary Health Care: For Whom and for What purpose? International Journal of Health Services Vol. 38, Number 4 (2008)
- Ernst & Young (2008) Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningar. Stockholm.
- Gemensam Valfärd. Förslag framfört av Lars Grönwall vid en hearing om Vårdval Stockholm 2009.: <http://www.gemensamvalfard.se>
- Gröholt E-K, Stigum H, Nordhagen R, Köhler L. (2003) Health service utilization in the Nordic countries in 1966. Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions, European Journal of Public Health 13:30-37.
- Haglund B. (2004) Social differences in utilization of ambulatory care. In Health statistics in the Nordic Countries 2002. Copenhagen: NO-MESCO, pp 222-37.
- Hart, JT. The inverse care law. The Lancet, (1971):405-412.
- Hollingworth, B. (2008) The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. Health Economics 1107-1128 2008.
- Johansson K (2009). Ny institution ska även granska vårdmyndigheter. Dagen Medicin 50/09.
- Landstingsrevisorernas rapport (2008) Nr 20/2008. Granskning av arbetet för ökad mångfald av hälso- och sjukvårdsaktörer, Stockholms läns landsting.
- Lindau, S (2009) Verksamhetschef för Skärholmens vårdcentral, Dagens Nyheter 25/2 2009.
- Lundby-Wedin W. (2009) Ett orättvisare Sverige. ETC Stockholm No 46 2009.
- Läkarförbundet (2009) Läkarförbundets Vårdvalsenkät.
- Moderata samlingspartiet – Jämlik vård - Slutrapport till partistyrelsen från arbetsgruppen för ökad kvalitet och tillgänglighet i våden. Februari 2009. Kan hämtas från: http://www.moderat.se/web/Moderaterna_presenterar_ny_politik_for_rattvis_sjukvard.aspx
- Magnusson J, Vrangbaek K, Saltman R. (2009) Nordic Health Care Systems. Open University Press. McGraw-Hill Education Europe.
- Norredam M, Mygind A, Krasnik A, (2006) Tillgång till hälso- och sjukvård för asylsökande inom EU. En jämförande analys. Läkartidningen 2006:103 (17)

tema

- Proposition 2008/09:29 Lag om valfrihetssystem.
- Rehnberg C, Janlöv N, Kahn J. (2009) Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, Rapport Nr 2009:6.
- Rosenberg G. (2010) I samhällets intresse. Dagens Nyheter 16/3 2010.
- Sahlin M, Granlund M, Johansson Y. (2009) Göteborgsposten 28/10 2009.
- Salonen T, (2009) ”En kvarts miljon fattiga barn fast Sverige aldrig varit rikare” i Spaning efter socialpolitiken- Om en debatt som försvann. Red. Bengt Rolfer . Premiss förlag.Stockholm.
- Saltman RB, Busse R, Mossialos E.(2002) Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham/Philadelphia, Open University Press.
- Schoen C et al.(2009) A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: Perspectives on care, costs and experiences. Health Affairs, 28 No 6 2009.
- Socialstyrelsen (2002) Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?
- Socialstyrelsen (2010) Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning.
- Statistiska Centralbyrå rapport redovisad på Socialdemokratiska partiets hemsida 28/10 2009. Skattepengar till välfärd - inte till privat vinst. SCB www
- Stockholms läns landstings långtidsutredning (2009) Huvudrapport: Framtidens hälso- och sjukvård, Långtidsutredning om sjukvården i Stockholms läns landsting 2008-2025. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholm.
- Sundhetsministeriet, Sundhetsanalyser 2000:2 Social ulighet i sundhet. Forskelle i helbred, livsstil og bruk av sundhedsvaesenet. Delrapport fra Middellevetidsudvalget. Copenhagen:Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Svenskt Näringsliv (2009) inlägg på DN-debatt 29/10 2009.
- Sveriges kommuner och landsting (2009), Pressmeddelande 8/12 2009 God tillgänglighet trots massvaccineringen.
- Söder Björn, uttalande i Dagens Medicin nr 10/10 10 mars 2010.
- van Doorslaer E. et al (2004) Income related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris, OECD.
- Wamala, S. (2006) Inequity in access to dental care services explains current socio-economic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005, Journal of Epidemiology and Community Health 60:1027-33.
- Werne K. (2010) Jackpot i vård. Miljarder i vinst när vården privatiseras. Ordfront nr 1,
- Åhs,AMH., Westerling,R (2006) Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. Health Policy 78: 178-93.