**Bra sjukvård för alla – en utopi?**

**Bakgrundsdokument till seminarium kring frågan ” Kan vinstsamhället tyglas?” arrangerat av ABF och Gemensam välfärd den 14/4-12.**

sammanställt av Göran Dahlgren.

Den svenska sjukvården är ojämlik. Höginkomsttagare får ofta bättre och snabbare vård än patienter med låg inkomst. Dessa sociala skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet har ökat under senare år. En orsak till detta är reformer präglade av ökad marknadsorientering och privatisering. Vinstintressen har överordnats befolkningens behov av en god vård. En av de största vårdpolitiska utmaningarna är därför att bryta denna trend mot ökande klasskillnader och säkerställa en bra vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta kräver en kunskapsbaserad hälso- och sjukvårdspolitisk strategi som entydigt främjar en bättre och jämlik vård.

Den självklara värdegrunden för denna strategi är dels Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om en god vård på lika villkor för hela befolkningen dels följande etiska principer för svensk sjukvård som riksdagen i politisk enighet fastställt:

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

De fakta, kommentarer och förslag som redovisas nedan kan förhoppningsvis vara av intresse i arbetet på att vidareutveckla och konkretisera en samlad vårdpolitik som utifrån denna värdegrund bidrar till en bättre och jämlik hälsa.

 **Sociala skillnader i ohälsa och vårdbehov.**

Kunskap om ohälsans sociala fördelning är en förutsättning för att kunna bedöma om hög- och kortutbildade, rika och fattiga, arbetare och tjänstemän får hälso- och sjukvård efter behov.

Klasskillnaderna i ohälsa och förtida död i dagens Sverige kan illustreras med följande exempel:

* Låginkomsttagare löper mellan 50 och 100 procents högre risk än höginkomsttagare att drabbas av flertalet stora folksjukdomar.
* Den rikaste tiondelen av befolkningen upplever att de har bättre hälsa vid 80 år än den tiondel med lägst inkomst upplever att de har vid 65 års ålder.
* Risken att dö mellan 30 -74 år är ungefär dubbelt så stor bland personer med enbart grundskola jämfört med personer med eftergymnasial utbildning.
* Medellivslängden bland kvinnor med arbetarbakgrund har inte förbättrats sedan början på 1980-talet samtidigt som den ökat för alla andra kvinnor liksom för både manliga arbetare och tjänstemän.

Dessa stora och i vissa fall växande sociala skillnader i ohälsa och tidig död leder till att det finns stora sociala skillnader i vårdbehov. En vård på lika villkor förutsätter därför att låginkomsttagare, kortutbildade, arbetare har ett avsevärt högre vårdutnyttjande än höginkomsttagare, akademiker, tjänstemän. Lika vårdutnyttjande i dessa grupper innebär således att vården är mycket ojämlik.

1. **Den ojämlika vården – några exempel.**

*Högutbildade får vid* ***lika vårdbehov******mer vård*** *än kortutbildade:*

* En rapport från OECD ( 2004) visar att de sociala skillnaderna i vårdutnyttjande inom den öppna vården är större i Sverige än i flertalet andra länder. Däremot fanns inte motsvarande sociala skillnader i utnyttjade av slutenvård (mätt i antal nätter på sjukhus.)
* En omfattande nordisk studie (Haglund 2004) visade att kortutbildade i relation till sina vårdbehov besökte läkare mer sällan än högutbildade i Sverige, Danmark och Finland. I Norge hade man däremot ett vårdutnyttjande som matchade olika befolkningsgruppers behov.

*Låginkomsttagare, kortutbildade och arbetslösa* ***avstår oftare från att söka vård*** *än andra grupper.*

* Ett stort antal studier visar att låginkomsttagare, kortutbildade och arbetslösa av olika skäl inte söker vård trots att de upplever ett behov att professionell vård. (Burström 2002, Åhs och Westerling 2006)
* Låginkomstgrupper har ett mycket lägre utnyttjande av tandvård än medel- och höginkomsttagare (Wamala et. al. 2006)

*Högutbildade får vård av bättre* ***kvalitet*** *än kortutbildade.*

* Patienter med högre utbildning som drabbats av hjärt-kärlsjukdomar får – i jämförelse med patienter som har kortare utbildning – en intensivare medicinering.

Det finns många olika orsaker till sociala skillnader som dessa . Ovilja mot att söka vård, olika kraft och möjligheter att hävda sina intressen som patient, vårdpersonalens personliga prioriteringar samt en vårdpolitik som som främst gynnar höginkomstgrupper och minskar möjligheterna för låginkomsttagare att få den vård de behöver.

Denna artikel fokuserar i första hand på hälso- och sjukvårdpolitiken med särskild fokus på hur en ökad marknadsorientering och privatisering påverkar de sociala skillnaderna i vårdens tillgänglighet och kvalitet. Samtidigt aktualiseras förslag till beslut och åtgärder som bidrar till en bättre och jämlikare vård.

1. **Sociala skillnader i vårdens tillgänglighet.**

*3.1. Vårdens* ***formella*** *tillgänglighet.*

Den formella tillgängligheten inom den offentligt finansierade vården är mycket bra . Hela befolkningen har rätt att utnyttja denna vård som omfattar nära nog alla typer av sjukvård. Ett undantag är de s.k. papperslösa dvs. personer som fått avslag på sin asylansökan men illegalt stannar i Sverige. Denna grupp har en mycket mer begränsad rätt till offentligt finansierad vård i Sverige än motsvarande grupp i många andra västeuropeiska länder. (Norredam et al 2006)

***Förslag:***

***Utifrån principen om allas lika rätt till vård bör den formella rätten till offentligt finansierad akut sjukvård även i Sverige inkludera alla papperslösa.***

*3.2 Vårdens* ***geografiska*** *tillgänglighet.*

I ett internationellt perspektiv är den geografiska tillgängligheten i tid och rum till närmaste läkare/vårdcentral relativt god. 2009 fanns det 1 023 offentligt finansierade vårdcentraler i Sverige. Det finns dock stora problem att säkerställa en tillfredställande läkartäthet för befolkningen i vissa landsbygdsområden/glesbygd och i storstädernas låginkomstområden.

Skillnaderna i vårdutbud mellan stad och land samt mellan södra och norra Sverige har ökat kraftigt sedan Lagen om valfrihet (LOV) trädde i kraft (1/1 2010) Denna lag – som är obligatorisk inom primärvården – innebär bl.a. att alla vinstdrivna privata vårdgivare som uppfyller vissa krav får en automatisk rätt till offentlig finansiering. De får samtidigt rätt att besluta var denna offentliga vård ska lokaliseras. Ett centralt mål för de kommersiella vårdföretagen är att ge god vinst. Det är därför självklart att de väljer att lokalisera verksamheten där det är mest lönsamt. Vinstkriterier överordnas därmed befolkningens behov av vård vid vinstdriven offentligt finansierad vård. Finansiären av denna vård d.v.s. skattebetalarna/landstinget kan i ett vårdvalssystem varken påverka omfattningen eller lokaliseringen av de vårdcentraler/husläkarmottagningar de finansierar. Landstingen måste dessutom prioritera – säkerställa - finansieringen av dessa kommersiella vårdgivares verksamhet innan de kan etablera nya offentligt drivna vårdcentraler i för vårdföretagen olönsamma områden där ofta befolkningens behov av ett ökat vårdutbud är störst.

Dessa marknadskrafter återspeglas i Konkurrensverkets Rapport 2012:1 som redovisar följande geografiska fördelningen av de 190 nya privata vårdcentraler som tillkommit under vårdvalsreformens två första år:

* 168 vårdcentraler (88 %) av samtliga nyetablerade offentligt finansierade privata vårdcentraler har lokaliserats i områden som generellt sett har en hög eller mycket hög tillgänglighet när det gäller olika tjänster. (57 procent har t.ex. lokaliserats i storstadsregioner med ett redan stort vårdutbud.)
* 23 privata vårdcentraler (11,5 %) har lokaliserats i områden med ”medelbra” tillgänglighet.
* 1 vårdcentral (0,5 %) har etablerats i områden med låg tillgänglighet
* Ingen vårdcentral (0 %) har etablerats i områden med mycket låg tillgänglighet.

 De offentligt drivna vårdcentralerna blev under samma tvåårsperiod 5 färre. Skillnaderna i geografisk tillgänglighet ökade således kraftigt efter införandet av lagen om obligatoriskt vårdval. Samtidigt blir det svårare för landstingen att bygga ut den offentligt drivna vården. I de landsting där det både finns – ur ett företagsekonomiskt lönsamhetsperspektiv – både lönsamma och olönsamma områden måste man prioritera finansieringen av de nya privata vinstdrivna vårdcentralerna. Detta står i direkt strid med Hälso- och sjukvårdslagens sjunde paragraf som slår fast att ett landsting ska ”planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.” Det strider även mot den av riksdagen fastställda behovsprincip som slår fast att behoven skall styra lokaliseringen av sjukvårdens resurser. De landsting – speciellt i norra Sverige – som innan lagen om valfrihetssystem trädde i kraft - haft svårt rekrytera läkare och annan kvalificerad sjukvårdspersonal får efter att denna lag införts än svårare att rekrytera denna personal. Den kraftigt expanderande vinstdrivna vården i storstadsregionerna fungerar ofta som en magnet även för dessa yrkesgrupper.

Förespråkarna för vårdvalssystem hävdar ofta dessa system ökar patientens makt eftersom pengarna följer patienten. Man kan då rösta med fötterna. Detta argument saknar helt verklighetsanknytning när det gäller var vårdcentraler/husläkarmottagningar ska lokaliseras. Vart ska de patienter gå som önskar en vårdcentral i ett område som av de kommersiella vårdgivarna anser vara olönsamt? Ansvariga politiker har inte kunnat ge någon väganvisning. De har ju fört över makten att besluta till kommersiella vårdföretag. Däremot förväntas de som bor i olönsamma områden fortsätta att betala skatt som finansierar vinstdrivna vårdcentralers verksamhet i den/de delar av det egna landstinget där det är företagsekonomiskt lönsamt bedriva vård.

De positiva effekterna av vårdvalssystem är bl.a. ett ökat primärvårdsutbud som givetvis innebär att närheten till närmaste vårdcentral minskar i de områden som fått ett ökat antal vårdcentraler. Detta har dock inte – enligt de analyser som gjorts - minskat väntetiderna inom primärvården.

De borgerliga partierna arbetar nu – i nära samarbete med de de kommersiella vårdföretagarnas företrädare (Svenskt Näringsliv/Vårdföretagarna) – med att vidga vårdvalssystemet till andra delar vården och omsorgen trots att flertalet landsting och många kommuner är emot en utvidgning. Speciella stimulansbidrag utgår för att främja denna utveckling. Samtidigt betonas att man inom visssa områden avser att göra ”Lagen om vårdval” obligatorisk – liksom den redan är i primärvården – om ansvariga politiker i landsting och kommuner inte anser att vårdvalssystem bidrar till en bättre och jämlikare vård.

Med en fortsatt och utvidgad expansion av vårdvalssystemet kommer de nuvarande alltför stora skillnaderna i geografisk tillgänglighet till god vård att öka.

Detta oroar vissa ledande centerpartister som av tradition betonat vikten av att ”Hela Sverige ska leva.” De anser att något måste göras när endast 1 av 190 nya privata vårdcentraler lokaliserats i områden med låg eller mycket låg tillgänglighet. Ett förslag som förts fram är att begränsa uppdraget för vårdcentraler i företagsekonomiskt ”olönsamma” områden. Det skulle kunna öka möjligheterna att driva en lönsam verksamhet även i glesbyd och i vissa underförsörjda landsbygdsområden.

Nackdelen med det förslaget är att vårdcentraler i t.ex. glesbygd och landsbygd som ligger långt från ett akutsjukhus behöver ha ett bredare utbud av olika tjänster än vårdgivare i stora städer med ett sjukhus. Ur ett hälso- och sjukvårspolitiskt perspektiv är det därför orimligt att på detta sätt låta vårdföretagens krav på lönsmhet även styra bredden på vårdcentralernas tjänster. Medborgarna har betalt skatt för att få – inte företagsekonomiskt lönsam vård – utan bästa möjliga vård för alla .

 Nedanstående förslag kan bidra till en bättre och även ur ett geografiskt perspektiv mer jämlik vård.

***Förslag:***

***Upphäv ”Lagen om vårdval” och de kommersiella vårdgivarnas ”etableringsfrihet.” Säkerställ en demokratisk styrning av den offentligt finansierade vården som utgår från Hälso- och sjukvårdens krav och de etiska principer som riksdagen fastställt. Detta innebär att landstingen i vanlig demokratisk ordning kan bestämma den offentligt finansierade vårdens omfattning och lokalisering.***

***Samtliga privata vårdgivare som funnits i s.k. vårdvalssystem måste för att erhålla fortsatt offentlig finansiering teckna ett samverkansavtal med landstinget. (Jfr den s.k. Dagmaröverenskommelsen 1985) Avtalen ska vara tidsbegränsade på t.ex. 3-5 år och bör bl.a. ange att verksamheten inte kan säljas utan landstingets godkännande, att företaget ska betala skatt i Sverige samt att meddelandefrihet och kollektivavtal ska gälla.***

***Lagen om offentlig upphandling ändras så att landsting inte behöver konkurrensutsätta upphandling från offentligt finansierad vård som drivs i egen regi eller någon av landstinget kontrollerad bolagsform.***

***Initiera” Operation närvård i glesbygd” som baseras på långsiktiga planer för etablering av offentligt eller ideellt drivna vårdcentraler i glesbygd och andra områden där långa avstånd till vård leder till otillfredsställda vårdbehov****.* ***Statliga ”gles och landsbygdsbidrag” införs som ökar möjligheterna att säkerställa en bra vård på rimligt avstånd för hela befolkningen. Förutom genom nyetableringar av offentligt eller ideellt drivna vårdcentraler kan den geografiska tillgängligheten förbättras bl.a. genom förstärkt hemsjukvård, bilburna läkarteam, och fria transporter till närmaste vårdcentral. En målmedveten satsning för att öka tillgängligheten och bredda utbudet av vård i dessa ”olönsamma” områden bör även omfatta högre lön, bättre arbetsvillkor, ökat inflytande över vårdcentralens organisation och arbetssätt samt ökade möjligheter att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete.***

*1.3 Vårdens* ***ekonomiska*** *tillgänglighet.*

Många låginkomsttagare har inte alltid råd att efterfråga den vård de behöver trots att de via skatt bidrar till dess finansiering. Vårdens ekonomiska tillgänglighet har dessutom försämrats något under de senaste 10 åren bl.a. genom ökade patientavgifter och minskade subventioner till tandvården. En rapport från Socialstyrelsen (Vården värde 2002) visade bl.a:

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

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

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

En fördjupad studie avseende vårdens ekonomiska tillgänglighet i Stockholms län (Burström et al 2008) visar på än större finansiella hinder för personer/familjer med mycket låga inkomster att få den vård de behöver:

* 64 % av alla som erhåller försörjningsstod har av ekonomiska skäl avstått att gå till tandläkare trots upplevda besvär. 35 % har av samma skäl avstått från att söka vård respektive hämta ut läkemedel. Motsvarande andelar i hela befolkningen (18-64 år) var 18 %, 5 % respektive 6 %),
* Ensamstående mödrar med hemmavarande barn och långtidsarbetslösa är också i ett vårdperspektiv mycket sårbar grupper. 17,5 % av de ensamstående mödrarna och 15,5 % av de arbetslösa uppgav t.ex. att de inte haft råd hämta ut den medicin som en läkare ordinerat.

Vårdens ekonomiska tillgänglighet påverkas dels av förändringar i olika befolkningsgrupper ekonomiska resurser (köpkraft) dels av förändringar i patientavgifter och högkostnadsskydd.

Utifrån ett ekonomiskt resursperspektiv är det speciellt viktigt att beakta att andelen fattiga ökar i dagens Sverige. Var fjärde ensamstående kvinna med hemmavarande barn lever – enligt riksdagen utredningstjänst – idag i relativ fattigdom. Det är en fördubbling sedan 2003. Nästan en kvarts miljon barn – vart åttonde barn – lever i relativ fattigdom (Salonen 2009)

Mot denna bakgrund är det mycket sannolikt att de kraftigt höjda patientavgifter och högkostnadsskydd som infördes den 1/1 2012 kommer att minska vårdens ekonomiska tillgänglighet inom just de grupper som ofta har ett stort behov av vård dvs. vården blir än mer ojämlik.

Det finns även i en intäktsfinansierad offentligt finansierad vård en risk att vårdgivaren prioriterar lönsamma patienter även om de olönsamma patienter har ett större vårdbehov. Ur de olönsamma patienternas perspektiv är detta ett osynligt ekonomiskt hinder för att få den vård de behöver. Denna risk är givetvis störst när denna offentligt finansierade vård drivs av privata vinstdrivande företag vars övergripande mål är god vinst. Lönsamhetskrav inom den offentligt finansierade vården kan också innebära att man tvingas lägga ner en vårdcentral där den bäst behövs. Detta har t.ex. hänt i Värmland där en vårdcentral fick för många olönsamma patienter med stora vårdbehov. (Konkurrensverkets rapport 2012:12)

 Det är dessutom inte ovanligt att olönsamma patienter får betala onödiga patientavgifter när de remitteras vidare till andra vårdgivare för att den ”första” vårdgivaren vill undvika extra kostnader för t.ex. röntgen och större laboratorietester. Samtidigt ökar givetvis landstingets kostnader när vinstdrivna vårdgivare på detta sätt försöker optimera vinsten.

***Förslag:***

***Alla patientavgifter inom den offentligt finansierade primärvården avvecklas successivt med målsättningen om en avgiftsfri primärvård (som i Danmark och England) inom tre år från det att beslut om avveckling fattats.***

***Högkostnadsskyddet för läkemedel sänks och subventionerna till tandvården ökas*.**

***Skärpt uppföljning för att spåra offentligt finansierade vårdgivare som av företagsekonomiska lönsamhetsskäl minskar vårdens tillgänglighet för ”olönsamma patienter” De som på detta sätt försämrar vårdens tillgänglighet bör få reducerad ersättning. Om det upprepas bör avtalet sägas upp. Detta är i linje med HSLs intentioner och de etiska principer som gäller för alla läkare.***

***1.4 Tidsmässig***  *tillgänglighet*

Inom primärvården fick – hösten 2009 – nästan alla ( 93 %) av alla patienter i riket som önskat träffa en allmänläkare fått en konsultation inom sju dagar (SKL 2009) ”

Däremot finns långa väntetider inom den öppna specialistvården och i vissa delar av den slutna vården. Kötiderna till den offentligt finansierade vården tycks inte vara relaterade till om sjukhuset drivs i offentlig eller privat regi.

Ökade finansiella resurser och finansiella incitament som ”kömiljarden” har bidragit till reducerade köer. Fortsatt och intensifierat utvecklingsarbete krävs emellertid för att varaktigt kapa köerna. Detta är givetvis av stor betydelse speciellt för patienter som under kötiden upplever smärta, har begränsad förmåga att fungera normalt och som oroas över att sjukdomen förvärras och kan bli svårare att behandla.

Långa väntetider på vård inom den offentligt finansierade vården ökar också det upplevda behovet av att skaffa en privat sjukvårdsförsäkring som öppnar vägen för snabbare vård. Detta i sin tur undergräver på sikt viljan att betala skatt för den offentligt finansierade sjukvården och bidrar till en allt ojämlikare vård.

Ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv är det också viktigt kunna klarlägga om och i vilken utsträckning resursstarka personer kan ta sig snabbare fram i den offentliga kön än mindre resurstarka grupper med samma eller större vårdbehov. Detta är idag inte möjligt eftersom patientens utbildning eller yrke vanligen inte registreras i kö-statistiken (som t.ex. i Danmark) Speciella analyser visar dock att resursstarka grupper i Sverige – liksom i Danmark – även inom den offentliga vårdkön kommer fortare fram i den offentliga vårdkön än mindre resursstarka grupper.

Den borgerliga regeringens ”legalisering av gräddfiler” till offentligt finansierade sjukhus (2006) för dem som vill och har råd teckna privata sjukvårdsförsäkringar öppnar givetvis för än större sociala skillnader i vårdens tidsmässiga tillgänglighet.

***Förslag:***

***Ökade resurser till verksamhetsområden där långa köer uppenbarligen beror på en underfinansiering av vården.***

 ***Ökade finansiella och andra incitament som stimulerar till en effektivare vård som leder till kortare väntetider och köer.***

***Ange yrke eller utbildning för alla som finns i olika kölistor och redovisa periodiskt om och i vilken utsträckning kötiden påverkas av patientens sociala bakgrund.***

 ***Återinför förbud mot privatfinansierade patienter och vårdgivare inom den offentligt finansierade vården.***

1. **Valfrihet.**

Rätten att välja vårdgivare skrevs 1995 in i Hälso- och sjukvårdslagens paragraf 5 som slår fast att ”alla som är bosatta i ett landsting ska kunna välja fast läkarkontakt”(allmänläkare) samt att landstingen i lag är förbjudna att begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område. Det finns vidare en rekommendation som alla landsting antog i slutet av 1990-talet som innebär att alla patienter som har remiss till en specialistmottagning eller sjukhus bör ha möjlighet att fritt välja vårdgivare i hela landet. Det innebar att valfriheten sedan länge är större inom svensk sjukvård än i flertalet andra rika länder inklusive USA.

Det kan mot denna bakgrund verka egendomligt att just ”ökad valfrihet” var och är det helt dominerande argumentet för den borgerliga regeringens sjukvårdsreformer. Det beror på att ”ökad valfrihet” har givits bl.a. följande helt olika innebörd:

* Ökad valfrihet innebär ökade möjligheter att välja t.ex vårdcentral bland alla offentligt finansierade vårdcentraler inom det egna landstinget. Det råder politisk enighet om att detta är viktigt. De flesta väljer den vårdcentral som ligger närmast. Relativt få byter vårdgivare . Möjligheten att byta vårdgivare är speciellt viktig när man är missnöjd med en viss vårdcentral/läkare.
* Ökad valfrihet innebär ökade möjlighet välja mellan olika utbud , specialiteer och behandlingsmetoder. Vid diskussioner kring behovet av mångfald var det många som betonade att alternativa vårdgivare kunde erbjuda ett mer varierat vårdutbud och innovationer än offentliga vårdgivare.

Konkurrensutsatt upphandling och Lagen om valfrihet har emellertid snarast haft motsatt effekt. Skälet är att dessa system kräver relativt ingående beskrivningar av vårdutbud mm. Konkurrensverket konstaterar också att ”Det är svårt urskilja tydliga skillnader mellan vårdcentralerna.”

* Ökad valfrihet är synonymt med ökad privatisering. Detta är den egentliga innebörden av de borgerliga partiernas valfrihetsreformer. De första borgerliga valfrihetsreformerna införde konkurrensutsatt upphandling som öppnade för offentlig finansiering av privata vårdföretag. Utmaningsrätt, avknoppning och speciellt vårdvalsreformer avser främst att främja en ökad privatisering av den öppna vården. Lagen om vårdval med fri etablering har inneburit att 190 offentligt finansierade vinstdrivna vårdföretag etablerats. I valfrihetens namn har det privata utbudet ökat kraftigt t.ex. inom primärvården. Före införandet av vårdval var andelen privata vårdgivare i hela landet 28 procent. Denna andel har efter knappt två år (oktober 2011) med obligatoriskt vårdval ökat till 40 procent. I Stockholms län drevs vid samma tidpunkt 65 procent av all primärvård av privata vårdföretag. För de stora vårdföretagen har detta givetvis inneburit en snabbt expanderande marknad. Antalet listade patienter (oktober 2011) hos Praktikertjänst, Carema sjukvård och Capio AB var över 1,2 miljoner personer.

 Valfrihetsreformer handlar således inte i första hand om att öka medborgarnas möjlighet att välja vårdgivare utan om att öka vårdföretagens möjligheter att komma in på en offentligt finansierad vårdmarknad med hög och säker lönsamhet.

* Ökad valfrihet påstås förbättra vårdens kvalitet. De som förordar marknadsorienterade vårdsystem hävdar ofta att patienternas aktiva val av de bästa vårdcentralerna leder till en successiv kvalitetshöjning. Detta förutsätter emellertid att patienterna ofta byter vårdgivare och att de kan få information om vårdens medicinska kvalitet hos olika vårdgivare. Vanligen finns ingen av dessa förutsättningar. I verkligheten väljer nu - liksom före vårdvalsreformen - nästan alla patienter den vårdcentral som ligger närmast (oberoende av driftsform) Väldigt få byter vårdcentral. Det betyder att de eventuella kvalitetshöjande effekterna av att patienter byter vårdgivare knappast påverkas av vårdvalet – de är oförändrat mycket små.

Däremot innebär en ökad privatisering av vården att kvalitetskontrollen måste skärpas. Vårdföretagen – liksom andra kommersiellt drivna företag – är naturligen obenägna ingå i rapportsystem där brister tydliggörs och som kan visa att andra vårdgivare är bättre. Erfarenhetsmässigt finns även en uppenbar risk att kommersiellt drivna företag sänker kvalitén för att säkerställa en god företagsekonomisk vinst. Det är givetvis helt orimligt att de som söker offentligt finansierad vård genom sina aktiva val ska svara för en kvalitetssäkring av olika vårdgivare. All offentligt finansierad vård måste vara av god kvalitet. Det förutsätter en skarp offentlig kvalitetskontroll av såväl offentligt som privat driven vård och omsorg.

***Förslag***

***Skärpt löpande kvalitetskontroll av alla offentligt finansierade vårdgivare i den öppna vården. (se vidare förslag i avsnittet nedan om ”Vårdens kvalitet.”)***

***Intensifiera arbetet med information till medborgarna om såväl upplevd som medicinskt professionell bedömning av olika vårdgivare/läkare. Fortsatt strikt reglering av vårdgivarnas marknadsföring av sina tjänster.***

***Förbättra valfriheten för medborgarna genom att säkerställa rätten att alltid kunna välja läkare inom den öppna vården (inte enbart t.ex vårdcentral)***

***Utvecklingen av privat icke vinstdriven vård stimuleras dvs vård som drivs i kooperativ regi, av stiftelser, icke vinstdrivna aktiebolag (s.k SVB bolag) eller ideella föreningar. Detta ökar de reella valmöjligheterna genom att det kan öppna upp för eldsjälar som brinner för att pröva nya idéer. (De som däremot framförallt brinner för tjäna pengar får söka efter höga vinster på annat håll)***

1. **Resursfördelning och ersättningssystem.**

Hälso- och sjukvårdslagen slår entydigt fast att offentliga resurser till vård ska fördelas efter behov. De ersättningssystem som som idag används inom t.ex. primärvården baseras på antalet listade,antalet besök och ofta en mycket liten andel relaterat till resultat/måluppfyllelse. Flertalet landsting har en hög andel (80-85 %) av ersättningen relaterad till antalet listade. Många av dessa landsting har vid viktningen av denna s.k. capiterings ersättning förutom ålder tagit hänsyn till vårdtyngd respektive olika socio- ekonomiska faktorer. Detta för att ersättningen i möjligaste mån ska vara relaterad till olika ålders- sjukdoms och socio-ekonomiska gruppers olika vårdbehov. E

Två landsting (Stockholm och Uppsala) har valt att ha en relativt hög andel av ersättningen knuten till antalet besök. Stockholms läns landsting har dessutom valt att enbart beakta – väga in – ökad ersättning relaterad till ålder men inte när de okade vårdbehoven är relaterade till sociala skillnader i ohälsa/vårdbehov. En hög andel besöksrelaterad ersättning ökar möjligheterna till goda vinster för vårdföretagen eftersom antalet besök i hög grad kan påverkas av läkare och annan vårdpersonal som beslutar om återbesök mm. Vid lika ersättning oberoende av konsultationens längd finns samtidigt en risk att de prioriterar korta lättare fall än tidskrävande fall trots att de senare har ett större vårdbehov. Ur ett vårdpolitiskt perspektiv innebär detta dels att ökande kostnader jämfört med en ersättning som i huvudsak baseras på antalet listade dels en ökad risk för ökande sociala skillnader i vårdens tillgänglighet. De sociala skillnaderna i vårdens tillgänglighet och kvalitet ökar dessutom än mer i t.ex Stockholms läns landsting som tagit bort ett tidigare bidrag till socio-ekonomiskt svaga områden med stora vårdbehov samtidigt som man valt att inte beakta dessa sociala skillnader vid ersättningen per listad patient.

 Detta har bidragit till att resurser förts från låg- och medelinkomstområden till höginkomstområden. Ett motsatt resursflöde – från hög till låginkomstområden – hade varit en självklar målsättning om det funnits en politisk vilja att t.ex. minska de stora och växande skillnader i upplevd vårdkvalitet som finns mellan Stockholms låg- och höginkomstområden.

 En viktig fråga för framtiden är om den nuvarande intäktsfinansieringen bör bibehållas. Det innebär ju att den offentligt drivna vården måste drivas på liknande villkor som den kommersiellt drivna vården eftersom för att säkerställa konkurrens på lika villkor. Det innebär i sin tur att läkare och annan vårdpersonal inom den offentligt drivna vården måste ”räkna pinnar” dvs. säkerställa att de får in tillräckligt med pengar för att kunna driva verksamheten. Detta leder lätt till att man även inom den offentligt drivna vården börjar tänka i termer av lönsamma och mindre lönsamma patienter. Detta strider mot god läkaretik samtidigt som risken ökar att fokus flyttas från behov av vård till intäkter från vård. Detta ökar givetvis ytterligare de sociala skillnaderna i vården. Samtidigt blir det lönsamt att undvika allt som inte ger några extra intäkter som tidskrävande samverkan med socialtjänsten liksom hälsofrämjande och andra förebyggande insatser.

Det finns också en risk att landsting förhindras stödja offentliga vårdgivare som går med förlust därför att de t.ex. är lokaliserade i ”olönsamma områden”. I alla landsting gäller ju att egenverksamheten ska klara sig på de ersättningar som utgår i vårdvalssystemet. I några landsting har man t.o.m. formulerat avkastningskrav på egenregin. Allt för att säkerställa konkurrensneutraliteten. Om man beaktar att över hälften av landstingen idag beräknar att egenregin inom primärvården redovisar en förlust för 2011 finns anledning undra varför syftet även för den offentligt drivna vården ska uttryckas i vinst och förlusttermer. Vad händer om man i konkurrensneutralitetens namn lägger ner alla offentliga vårdcentraler som går med förlust?

Slutsatsen måste bli att denna marknadsorienterade Vårdvalsmodell inte är lämplig för att främja en god vård på lika villkor. Fokus måste flyttas från intäkter och vinst till behov, resultat och bästa möjliga vårdkvalitet.

***Förslag***

***Ersättningen till vårdgivare inom primärvården utgörs i till en del av en behovsbaserad och resultatorienterad budget som baseras på befolkningens ålder och socio-ekonomiska struktur i vårdcentralens naturliga närområde. (De flesta väljer ju att gå till den närmaste vårdcentralen) I en årlig uppföljning redovisas i vilken utsträckning man uppnått de resultat som angivits i budgeten. Har man inte uppnått målen aktualiseras insatser för att förbättra/förändra verksamheten. Fokus är hela tiden på hälso- och vårdrelaterade insatser, resultat och mål.***

***Den andra delen av ersättningen utgår per listad med en differentierad ersättning beroende på ålder, kön vårdtyngd och socio-ekonomiska faktorer samt eventuellt kompletterad med en liten del av ersättningen relaterad till antalet besök. (med hänsyn till konsultationens längd)***

***En separat behovs- och resultatorienterad folkhälsobudget bör finnas för för vissa offentligt drivna vårdcentraler för grupp-befolknings- och samhällsinriktat hälsofrämjande arbete bland befolkningen i vårdcentralens naturliga upptagningsområde. Behovskriterier för denna budget är förutom befolkningens storlek, andelen barn och ungdomar, områdets socio-ekonomiska struktur/karaktär samt omfattningen av olika hälsorisker.***

***(Detta är en idéskiss som givetvis måste prövas och utvecklas innan den ev. kan ersätta de nuvarande ersättningssystemen. Under den tid det tar att utveckla och pröva ersättningssystem med fokus på verksamheten mål och resultat bör de nuvarande systemen vidareutvecklas med en i huvudsak behovsbaserad ersättning per listad patient)***

1. **Vårdens kvalitet.**

Det hävdas ofta att vårdens kvalitet är bättre i vinstdriven än icke vinstdriven vård. Det empiriska underlaget för detta påstående är svagt.

En förutsättning för att en vinstdriven vård ska kunna producera en vård och omsorg av bättre kvalitet och samtidigt ge aktieägarna bästa möjliga vinst är att de kan driva vården mycket effektivare än de offentliga vårdgivarna. Om detta inte är möjligt måste vinsten tas ut genom t.ex. genom höjt pris, mindre vårdvolym, prioritering av lönsamma områden och patienter, skattesmitning/fusk och/eller personalminskningar. Högre pris och lägre vårdvolym är vanligen inga kommersiellt gångbara alternativ eftersom landstingen i avtalen med vårdgivarna i hög grad fokuserar på just pris och volym. Det största hotet mot vårdens kvalitet är nedskärningar av personalen.

Erfarenhetsmässigt är det svårt att på ett meningsfullt sätt mäta vårdens effektivitet och produktivitet. Med de olika mått som används finns knappast några studier som visar att vinstdriven vård är effektivare än offentligt driven vård.

Kvalitetsindikatorer redovisas dessutom vanligen i form av genomsnitt för hela befolkningen. Det är därför svårt att jämföra vårdens kvalitet relaterat till patientens utbildning, yrke eller inkomst.

Däremot kan konstateras att upplevd vårdkvalitet är mycket lägre i låg- än höginkomstområden i Stockholm län och att de som var mest missnöjda med vården före ”Vårdval Stockholm” är ännu mer missnöjda efter två år med detta vårdvalssystem.

När det gäller vårdkvaliten inom sjukhusvården finns kvalitetsregister som bl.a. visar att vårdkvaliten vid vinstdrivna Capio St Görans sjukhus enligt SKLs och Socialstyrelsens ”Öppna jämförelser” (2009) inte är bättre utan snarare något sämre än vid flera andra offentligt drivna akutsjukhus i Stockholms län.

Det finns också en rad internationella studier som entydigt visar att vinstdriven sjukhusvård varken är kostnadseffektivare eller ger bättre vård än icke vinstdrivna sjukhus.

Följande förslag kan bidra till att främja en bättre och jämlik kvalitet inom bl.a primärvården.

***Förslag***

***Utbyggd och skärpt kvalitetskontroll såväl vid nyetablering som av privata och offentliga vårdgivare. Det krävs en löpande kontroll med platsbesök, avtalsuppföljning, medicinsk revision och rapporter om verksamhetens resultat och problem/misslyckanden. Speciell uppmärksamhet krävs inom områden där patientens förmåga att påverka/larma om brister i vård och omsorg är begränsade.***

***Initiera ”Operation kvalitetslyftet”. En långsiktig plan utarbetas för utvecklingen av primärvården i socialt utsatta underförsörjda låginkomstområden. Särskilt finansiellt stöd ges för att täcka uppbyggnadskostnaderna av denna offentligt eller ideellt drivna verksamverksamhet som endast kan drivas i offentlig regi som eventuellt är kompletterade med privata icke vinstdrivna insatser.***

***Inför ett generellt förbud mot kommersiellt drivna offentligt finansierade sjukhus.***

 ***Offentligt finansierade sjukhus som idag drivs av kommersiella vårdföretag/riskapitalbolag ska återgå i offentlig drift när avtalen löper ut. Under löpande avtalsperiod får rätten till offentlig finansiering inte överlåtas/säljas utan landstingets godkännande.Meddelandefrihet och kollektivavtal måste också vara villkor för fortsatt drift.***

 ***Alla riskkapitalbolag och andra ägare till vårdföretag som driver offentligt finansierad öppen och/eller sluten vård åläggs att betala skatt i Sverige. Detta lagregleras bl.a. genom ett förbud mot internlån till mycket hög ränta och s.k. räntesnurror.***

1. **Solidarisk finansiering via skatt.**

All sjukvård måste betalas. Den avgörande frågan är hur denna kostnad ska fördelas inom befolkningen. En absolut förutsättning – villkor – för en jämlikare vård är att hälso- och sjukvården även fortsättningsvis finansieras solidariskt via skatt.

De som hävdar att ökad privat finansiering i framtiden är nödvändig eftersom ”vi inte längre har råd med en offentligt finansierad vård” bör få motfrågan: ”Har de som behöver mest vård råd att betala för den vård de behöver ur egen ficka?” Vid ett oförändrat vårdutnyttjande innebär ju en ökad privat finansiering att grupper med en stor sjukdomsbörda får betala mer samtidigt som betalningsbördan minskar för dem med en mindre sjukdomsbörda. 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.

En ökad privat finansiering strider således mot såväl Hälso- och sjukvårdslagen som de etiska behovs- och solidaritetsprinciper som riksdagen fastställt.

Samtidigt bör konstateras att en ökad privat finansiering förutom att skifta betalningsbördan från hög- till låginkomstgrupper också kommer att innebära att de otillfredsställda vårdbehoven kommer att öka kraftigt . Många fler tvingas avstå från den vård och omsorg de behöver eftersom de inte har råd betala de allt högre avgifterna eller de dyra privata sjukvårdsförsäkringar som krävs för att gardera sig mot oväntade stora vårdkostnader.

Dessa fördelnings- och ohälsoeffekter av en ökad privat finansiering av sjukvården beaktas alltför sällan i de analyser av sjukvårdens framtida finansiering som görs t.ex. i finansdepartementets ekonomiska långtidsutredningar och av landstingens ekonomer.

***Förslag.***

***Utredningar om sjukvårdens finansiering måste inkludera ett sjukvårdspolitiskt perspektiv som fullt ut beaktar:***

* ***Sociala skillnader i ohälsa och vårdbehov.***
* ***Effekter vad avser betalningsbördans fördelning***
* ***Effekter vad avser ökande otillfredsställda vårdbehov och ohälsa.***
* ***Analyser av den föreslagna finansieringen ur ett samlat jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv.***

***En långsiktig strategi för sjukvårdens framtida finansiering tas fram på nationell nivå***  ***som möjliggör* *att*** ***dessa resursbehov löpande ställs mot förslag om skattesänkningar och nya avdragsrätter. Samtidigt*** ***klarläggs behovet av ökad statlig finansiering av inom vård och omsorg.***

1. **Behovet av en skärpt Hälso- och sjukvårdslag.**

Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om en vård på lika villkor har blivit något av ett ”rundningsmärke” när ansvariga politiker infört marknadsorienterade reformer och vinstdriven vård som leder till ökad ojämlikhet i vården. En ökad kommersialisering av den offentligt finansierade vårdens drift har samtidigt inneburit att skarpa kommersiella lagar och regelverk om t.ex. konkurrensvillkor, upphandlingsregler, begränsning av den offentliga insynen överordnas vårdpolitiska mål och principer.

Det är därför nödvändigt – inte minst ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv- att komplettera och vidareutveckla hälso- och sjukvårdslagen så att det i en alltmer marknadsorienterad värld – inte minst inom EU – finns legalt stöd för att främja en offentligt finansierad jämlik vård där vårdbehoven alltid överordnas kommersiella vinstintressen.

***Förslag***

***Den nuvarande Hälso-och sjukvårdslagen kompletteras snarast möjligt med en ny paragraf med följande lydelse: ” Landstinget ansvarar för att all hälso-och sjukvård inom landstinget erbjuds på lika villkor i fråga om tillgänglighet och kvalitet.”***

***Den nuvarande hälso-och sjukvårdslagen vidareutvecklas och skärps så att hälso-och sjukvårdspolitiska mål och regelverk överordnas kommersiella lagar som strider mot HSLs grundläggande etiska principer och mål.***

1. **Vårdens demokratiska förankring.**

Ökad privat drift av offentligt finansierad vård saknar ett brett folkligt stöd. Enligt de opinionsundersökningar som periodiskt genomförts vid Umeå universitet förordar flertalet medborgare (85-90 procent) att den offentligt finansierade vården drivs offentligt. Detta stöd för offentlig drift har varit oförändrat stort sedan den första undersökningen i början av 1980-talet.

I en undersökning genomförd av de kommersiella vårdföretagarnas branschorganisation – Vårdföretagarna – framkom att 6 av 10 svenskar vill ha enbart eller mest offentligt driven vård. Endast några få procent önskar en privat dominans.

Samtidigt har – som illustrerats i denna artikel – andelen vinstdrivna vårdgivare ökat mycket kraftigt inom den öppna vården. Svenskt Näringsliv, Vårdföretagarna, SNS och Timbro har framgångsrikt drivit sina kommersiellt motiverade krav på vårdpolitiken. De privata vårdgivarna har nu även branschråd och föreningar i olika landsting. Utvecklingen under det senaste decenniet visar - inte minst inom äldreomsorgen och skolan - hur lätt man underskattar det privata vinstintresset omvälvande makt. Detta gäller speciellt när detta vinstintresse utövas av transnationella riskkapitalbolag. Denna kommersiella makt över den offentligt finansierade vården och vårdpolitiken ökar givetvis med ett ökat kommersiellt drivet vårdutbud.

Det är därför väsentligt att medborgarna får ökade möjligheter att påverka vårdpolitiken. Detta förutsätter tydliga politiska alternativ med konkreta förslag som visar hur man avser att främja en bättre och jämlikare vård.

Denna tydlighet och en vitalisering av demokratin är av speciell betydelse ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv. Alla partier anger ju att de har som mål främja en bättre och jämlikare vård även när den faktiska vårdpolitiken ökar de sociala skillnaderna i vårdens tillgänglighet och kvalitet.

Det är samtidigt viktigt belysa hur lätt det är att med politiska beslut privatisera en verksamhet och hur mycket svårare det kan vara att återföra den i offentlig drift. Detta ställer extra starka krav på en bred demokratisk förankring av beslut om en ökad privatisering av offentligt finansierad vård. Dagens vårdpolitik präglas av motsatsen. De politiker och partier som önskar främja en offentligt finansierad privat talar om mångfald när de menar privatisering och talar aldrig om de kommersiella intressen som är en av de starkaste drivkrafterna för dagens marknadsorienterade reformer. Vem skulle tro på ett politiskt budskap som hävdar att en ökad kommersiell drift och riskkapitalister som tar ut enorma vinster ökade skulle vara den effektivasye strategin för en bättre och jämlik offentligt finansierad vård.

De politiker och partier som vill bryta dagens trend med ökande sociala skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet måste presentera ett samlat alternativ till dagens allt mer kommersialiserade vård.

 Tanken med de förslag som aktualiseras i denna artikel är att illustrera hur man kan förhindra nyetableringar av kommersiella vårdgivare och prioritera en expansion av offentlig och icke- vinstdriven privat vård.

 Huvudfrågan i många landsting är emellertid hur man kan öka den demokratiska kontrollen, styrningen och långsiktiga avvecklingen av de kommersiella vårdbolag som redan är etablerade inom t.ex primärvården . En tänkbar strategi är att fullt ut prioritera en bättre och jämlik vård utifrån de etiska principer som riksdagen fastställt. Det förutsätter en politisk vilja och makt att aldrig tillåta kommersiella intressen påverka vårdens omfattning, inriktning och fördelning. Detta kan endast ske genom en skarp lagstiftning och ett tydligt regelverk. Med denna politik försvinner de möjligheter till höga säkra vinster som finns på dagens oreglerade vårdmarknad. I denna successiva avtrappning blir det de kommersiella vårdgivarna som drar sig ur och den offentliga vården som säkerställer driften där det är motiverat. Samtidigt förstärks landstingets möjligheter att påverka utvecklingen genom tidsbegränsade avtal. Detta är sannolikt en betydligt mer realistisk strategi både politiskt, finansiellt och legalt än att landstinget t.ex. vid ett ”vinstförbud” ”köper” eller lägger ner de många kommersiella vårdcentraler/husläkarmottagningar som redan etablerats.

Reformer för en bättre och jämlik vård av det slag som kortfattat belysts i denna artikel förutsätter att vårdpolitiken har en stark demokratisk förankring och att medborgarna upplever att dessa reformer och beslut verkligen bidrar till en bättre och jämlikare vård för alla.

**Referenser.**

Burström B (2002) Increasing inequalities in health care utilization across income groups in Sweden during the 1990s? Health Policy 62

Burström B et al (2008) Hälsa och livsvillkor bland social utsatta grupper I Stockholms län. Centrum för Folkhälsa SLL, Enheten för Socialmedicin och Enheten för Hälsoekonomi, Karolinska Institutet Stockholm.

Haglund B (2004) Social differences in utilization of ambulatory care. In Health statistics in the Nordic countries Copenhagen: NOMESCO

OECD (2004) VAN Doorslaer et al Income related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries, Paris OECD.

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.

SKL - Sveriges Kommuner och Landsting (2009) Pressmeddelande 8/12 2009.

Wamala, s (2006) Inequity in access to dental care services explain current socio-economic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. Journal of Epidemiology and Community Health issue 60.

Åhs, AMH., Westerling,R (2006) Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. Health Policy issue 78