

S·KVINNOR

**MER VÅRD FÖR
PENGARNA
OCH MER PENGAR
TILL VÅRD**

Rapport för S-kvinnor

Av: Dan Andersson, *fd LO:s chefsekonom*

INNEHÅLL

1. INLEDNING	s. 3
1.1 RÄTTVISA OCH VALFRIHET I VÅRDEN	s. 5
1.2 FRÅN OFFENTLIGT MONOPOL TILL MARKNADER	s. 6
1.3 BEHOVET AV VÅRD	s. 8
2. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS UPPDRAG	s. 9
2.1 INDIVIDHÄLSA OCH BEFOLKNINGSHÄLSA – TVÅ OLIKA UPPDRAG	s. 9
2.2. HÄLSANS SOCIALA BESTÄMNINGSFAKTORER	s. 10
2.3 VÄLFÄRDSSTATENS BETYDELSE FÖR HÄLSAN	s. 11
2.4 INTERNATIONELL JÄMFÖRELSE	s. 12
2.5 KVINNORS HÄLSA	s. 13
2.6 SLUTSATSER	s. 17
3. SJUKVÅRDENS KOSTNADER	s. 18
3.1 KOSTNADSUTVECKLINGEN	s. 18
3.2 MÖJLIGA FÖRKLARINGAR TILL ATT KOSTNADERNA STIGER	s. 18
3.3 UNDANTRÄNGNING OCH VÅRDINFLATION	s. 20
3.4 VÅRDINFLATION	s. 21
3.5 SLUTSATS: UTAN NYA RESURSER PRIVATISERAS VÅRDEN	s. 22
4. FINANSIERING	s. 23
4.1 DE TRE ALTERNATIVEN	s. 23
4.2 FÖRSÄKRINGAR	s. 24
4.3 AVGIFTER	s. 29
4.4 SKATTER	s. 33
5. MARKNADER FÖR VÅRD	s. 34
5.1 FÖR OCH EMOT MARKNADER FÖR VÅRD	s. 34
5.2 VARFÖR SÅ HÖG VINST?	s. 37
6. RÄTTVIS OCH EFFEKTIV VÅRD	s. 38
6.1 RESURSKNAPP ELLER EFFEKTIV VÅRD?	s. 38
6.2 VÅRDtider	s. 39
6.3 PRIVATA VÅRDGIVARE SKA TILLÄMPA GRUNDLAGEN	s. 40
6.4 LÄKARE OCH SKÖTERS KOR: ALLMÄNINTRESSETS RIDDARE ELLER EGENINTRESSETS DRÄNGAR?	s. 40
6.5 EFFEKTER AV KONKURRENS MELLAN VÅRDGIVARE	s. 41
6.6 VAD ÄR RÄTTVISA I VÅRDEN?	s. 42
7. VÅRDVAL I PRIMÄRVÅRDEN	s. 44
7.1 VÅRDVAL SOM ETT EXEMPEL PÅ PRIVATA LÖSNINGAR INOM VÅRDEN	s. 44
7.2 VÅRDVAL GER OMFÖRDELNING AV VÅRD	s. 44
7.3 TILLGÄNGLIGHET, LIKA VILLKOR, KVALITET OCH PRODUKTIVITET	s. 46
7.4 VÄRDERING AV INSATSEN INTE RESULTATET!	s. 48
7.5 SLUTSATSER OM VÅRDVAL	s. 48
7.6 GÄRNA VÅRDVAL MEN FÖRST EN REJÄL HÄLSOUNDERSÖKNING	s. 49
8. SLUTSATSER	s. 49
LITTERATURLISTA	s. 55

INLEDNING

Vårt hälsotillstånd har genomgått en otrolig utveckling de senaste hundra åren. Vi lever längre, vi har hittat vaccin och botemedel mot sjukdomar som tidigare var livshotande. Vi har gjort fantastiska tekniska framsteg som förenklar livet för både sjuka och friska. För varje generation har vi blivit lite friskare, hälsosammare och dessutom fått några extra år att leva. Men det har också krävts folkbildning och resurser för att bygga en gemensamt finansierad sjukvård som är rättvis och till för alla. Det krävdes politisk vilja och visioner för att bygga ut sjukvården.

Den svenska sjukvården har de senaste decennierna anklagats för att vara ineffektiv och kostsam. Privatiseringar och Vårdval har införts för att effektivisera vården.

Resultatet ser vi nu: Svenskarna är inte längre friskast i världen, sjukvårdspersonal saknar resurser och tid för att kunna göra ett tillfredsställande jobb, patienter hamnar i kläm, orättvisorna ökar medan de privata vårdföretagen plockar ut rekordvinster.

Låt oss vara tydliga: privatiseringarna har inte gynnat vare sig vårdpersonal eller patienter, bara ägarna till de privata vårdföretagen. I rapporten ”Mer pengar till vård och mer vård för pengarna” av Dan Anderssons får vi det svart på vitt. Avkastningen för sjukvårdsföretagen år 2007 låg på nästan 19%, trots att den genomsnittliga avkastningen för privata företag ligger på 10%. Resurser som kunde ha gått tillbaka till vården hamnar nu alltså i privata händer. Vi har ett vårdssystem med för lite pengar och för lite vård för pengarna.

Vården präglas alltså av resursbrist. Sverige ligger på en genomsnittlig position vad gäller vårdens kostnader i förhållande till BNP, ca 9 procent, flera länder i Europa har kostnader kring 10 procent av BNP. Men, vi har bara ca 2 vårdplatser för akutsjukvård per 1 000 invånare mot 3-4 i andra länder och 3 läkarbesök per invånare och år mot 4-5 i andra länder.

En snålt dimensionerad sjukvård innebär stark konkurrens om resurserna mellan gamla och unga, och med en allt större andel av befolkningen över 65 år blir trycket på vården ännu högre.

Villkoren för de äldre har försämrats. I Sverige minskade i åldersgruppen 65-84 år andelen med nedsatt förmåga starkt mellan 1980 och slutet av 1990-talet för att sedan åter stiga. Detta gäller både män och kvinnor. Någoting har alltså hänt sedan 1990-talets mitt i Sverige vad gäller villkoren för de äldre. Samtidigt får allt fler länder en längre medellivslängd än Sverige. År 1970 var den förväntade återstående livslängden för ett nyfött barn, d v s medellivslängden, 74,7 år i Sverige. Närmast kom Nederländerna med 73,7 år. År 2007 är medellivslängden i Sverige 81 år men 6 länder har nu längre eller samma medellivslängd.

Minskade resurser till vården gör att allt fler skaffar sig en privat vårdförsäkring för att gardera sig. Antalet med vårdförsäkringar har i Sverige ökat från 100 000 till ca 400 000 under 00-talet. Privata vårdförsäkringar är när det gäller målet lika vård ett större problem än privata vårdcentraler.

Vi vet att behovet av sjukvård kommer att öka, dels på grund av fler äldre men framför allt för att ökade inkomster leder till ökad efterfråga av sjukvård. Om inte landstingen vill tillgodose denna efterfrågan innebär det att vården kommer att privatiseras.

De skattebaserade systemen i Norden klarar inte av att förse medborgarna med tillräckligt med vård. År 1985 konsumerade svenskar 15 procent mer sjukvård än i länder där vård finansieras med försäkringar. 2005 konsumerar invånare i länder med försäkringsbaserad ersättning mer vård i t.ex 23 procent mer vård än i Sverige där vården är skattefinansierad. Det är en radikal förändring på 20 år.

Om inte skatten höjs kommer sjukvårdens och äldreomsorgens andel av BNP minska med en tredjedel fram mot år 2050. Men eftersom det samtidigt finns en ökad efterfrågan på sjukvård kommer snarast sjukvården att privatiseras. Om några decennier kommer ca hälften vara privat.

Påverkas vårdpersonalens arbetsutövning av privatiseringarna. Ja, det gör den. Det finns ett starkt samband mellan tillgänglighet till privat vård och överförskrivning. Höginkomst-kommunen Danderyd har år 2009 uppemot 450 recept per 1000 invånare medan de fattigaste kommunerna har omkring 300 recept.

”Om läkarna tvingas vika ned sig för vinstdrivande vårdbolag, för krav på antibiotika från resursstarka kunder hur skall de då klara allvarliga samtal om övervikt, rökning, alkohol, motion, kost mm. Det är frågor som både berör den enskilde individens hälsa och samhället kostnader för vård.”, skriver Dan Andersson i rapporten.

Orättvisorna inom vården ökar. Vårdvalen innebär att resurser tas från socioekonomiskt drabbade områden till förmån för höginkomstområden. Det är ungefär 50 % skillnad i hälsa mellan arbetare och tjänstemän, men vårdvalen utgår inte från ersättning efter socioekonomisk grupp.

Även kvinnors hälsa har försämrats under de senaste decennierna, jämfört med mäns hälsa. Unga kvinnors hälsa är mycket påtagligt sämre än unga mäns. En större andel unga kvinnor använde såväl receptbelagda som receptfria smärtstillande läkemedel, jämfört med motsvarande andel bland unga män (receptbelagda: 9 procent för kvinnor respektive 6 för män; receptfria: 57 respektive 34 procent). Att ha besvär av ångslan, oro eller ångest var nästan dubbelt så vanligt bland unga kvinnor, jämfört med männen (46 respektive 25 procent).

Dagens samhällsklimat kräver att människor tar ansvar för sin hälsa. I kvällstidningar, böcker och tv-program ser vi hur människor - ofta kvinnor och låginkomsttagare – ”får hjälp” med sin övervikt, rökning eller missbruk. Ansvar för hälsan har lagts på individen, med Vårdvalens möjligheter till hjälp. Vi måste återta samhällets ansvar för folkhälsan. Riksdagen bör utforma mål för hälsan, exempelvis för de stora folksjukdomarna som cancer, stroke, diabetes och hjärtinfarkt samt mål för överlevnad och inte minst livskvalitet för de som drabbas.

Riksdagen bör även utforma visioner för sjukvårdens framtida inriktning och hälsans utveckling i befolkningen. Det behövs visioner om hur vårdskador och läkemedelsbiverkan skall motverkas och om så grundläggande saker som hygien i vården så att sjukhussjuka minimeras och resistens mot antibiotika motverkas. Statens måste även satsa på kunskapsspridning och använda nationella program för att nå en hög och jämn standard i sjukvården. Vi måste stärka staten roll vad gäller tillsynen av vården, speciellt med den ökade mångfalden av vårdgivare.

Resurserna till vården måste öka, och det innebär ökade skatteintäkter. Det är dags att bryta den senaste tidens skattesänkartävling inom politiken och erkänna att vården behöver mer pengar. Folkets vilja att betala lite mer i skatt för en bra sjukvård är stor. Sjukvårdspersonalen behöver få känna att de kan utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt och patienterna ska kunna känna sig nöjda med den vård de får.

Valfrihet i alla ära, men det är en bra, rättvis och effektiv sjukvård som behövs. Med politisk vilja och ökade resurser kan vi åter hamna i topp över världens mest välmående folk.

Nalin Pekgul

Förbundsordförande

Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund

1. INLEDNING AV DAN ANDERSSON

1.1 RÄTTVISA OCH VALFRIHET I VÅRDEN

I några avseenden är Sverige unikt. Mer jämställt, mer jämlikt och samtidigt mer individualistiskt. Sverige är också unikt genom rationella icke religiösa värderingar. Personer med sekulära-rationella värderingar har en allmänt ifrågasättande attityd och anser att den enskilde kan göra egna rationella bedömningar. I Sverige dominerar sekulära-rationella värderingar.¹ D.v.s. svenskar vill mer än befolkningen i andra länder ifrågasätta och bestämma själva.

I politiken kring sjukvården finns konflikten kring det moderna Sverige kanske som tydligast. Hur mycket valfrihet och hur mycket gemensamt och till vilken kostnad? Man kan säga att socialdemokratins uppgift har varit att riva ner auktoritära organisationer och ge förutsättningar för kapabla människor som vill fatta sina egna beslut och göra egna rationella bedömningar. Denna individualism skall förenas med en kollektiv vilja vilket är en förutsättning för gemensam skola eller sjukvård.

Sjukvården har hittills styrts efter tre principer som riksdagen har fastställt:

- människovärdesprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen

”Solidaritet innebär också ett särskilt ansvar för grupper som inte själva tydligt kan uttala sina behov.” Behovsprincipen innebär att den som är mest sjuk skall prioriteras istället för en efterfrågestyrning, där den som har förmåga påverkar resursernas fördelning. Målsättningen för den offentliga sjukvården är utomordentligt ambitiös. ”Hälso- och sjukvårdspersonalen bär ett särskilt ansvar för att upprätthålla *människovärdesprincipen*. Det innebär att den enskilde bemöts och vårdas med respekt och omtanke oavsett personliga egenskaper, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.”²

Det finns nu två starkt avvikande synsätt på hur sjukvården skall utvecklas vad gäller frihet, rättvis vård och mycket vård patienten kan få för pengarna. Den andra avvägningen är mellan förebygganden insatser som kan minska medborgarnas frihet, och traditionell vård.

Julian Le Grand professor vid London School of Economics och tidigare rådgivare till Tony Blair argumenterar starkt för valfrihet i vården. Det finns enligt Le Grand fyra utgångspunkter vid produktion av offentliga tjänster, tilltro till producenten, målsättningar och utvärderingar av målen samt att via politiska processer påverka sjukvårdspolitiken och för det fjärde val på en marknad. Bäst möjlighet till kvalitet, effektivitet och jämlik vård får man på en marknad.³

Valfrihet i vården motiveras av två skäl. Det första är att valfrihet ger patienterna ökad kontroll, vilket många efterfrågar. Flertalet patienter är mycket väl informerade om olika behandlingsmetoder och vill ha större möjlighet att påverka och välja vård. När patienterna får ökad kontroll bidrar det faktiskt också till bättre behandlingsresultat. Det andra skälet för ökad valfrihet är att det ger sjukhus och andra vårdinrättningar nyttig konkurrens. Om missnöjda patienter kan vända sig någon annanstans tvingar det fram förbättringar.

¹ Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. SOU 2006:77

² Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen 2010

³ Källa: Le Grand. J The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition. Princeton University Press 2007

En starkt kontrasterande syn har fransmannen och välfärdsforskaren Bruno Palier. Han menar att man kan bedöma hälso- och sjukvårdssystemens resultat enligt fyra kriterier: jämlik tillgång till hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat, kostnadskontroll och aktörernas frihet. Mycket ofta strider patienternas och läkarnas frihet mot en jämlik tillgång till hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdssystem som kontrollerar och begränsar patienternas rörelsefrihet ger en mer jämlik tillgång till hälso- och sjukvård.

Palier visar i en rapport från 2006 stor respekt för den svenska sjukvården men pekar på problemet med tillgänglighet. Palier säger att ”överallt finns ett grundläggande dilemma som rör valet mellan jämlikhet och valfrihet. Det gäller i varje land, även i Sverige. Problemet är varken kostnad eller kvalitet, utan valfrihet. Ökad valfrihet i svensk sjukvård kommer att leda till ökade kostnader – och mindre jämlikhet i vården.⁴

1.2 FRÅN OFFENTLIGT MONOPOL TILL MARKNADER

Jag börjar med att visa på skillnader mellan utbudet av vårdresurser, efterfrågan på vård och behovet av vård, nedan redovisas förändringen från landstings- till marknadsvård.

Utbud ← Behov → Efterfrågan					
Offentligt	Central planering inom landstingen för att tillgodose behovet av sjukvård (1) Utbud = Behov = Efterfrågan				Skattefinansiering
		Utförar- beställar-system separerar utbudet från finansören. (2)		Efterfrågan skiljs ut. genom att patienten får välja vårdcentral	
	↓	Steg 1 Alternativa producenter upphandlas, ex inom primärvård. (3)			
Privat	Steg 2 Privat finansierade sjukhus. (4)			Privat finansiering via försäkringsbolag(4)	

Nordisk sjukvård, inklusive den brittiska, skiljer sig från andra länder genom en strikt kontroll av utbudet av vård genom ett regionalt organ, styr tillgången på vård inom sin region. Det visas i tabell 1, nivå (1) genom att utbud och behov samt efterfrågan finns i samma ruta.

Landstingen har i praktiken varit ensam producent och finansör av sjukvård i sin region. Man kan säga att det varit och är en planekonomi där politiker och tjänstemän fördelar resurser efter vad de ser som medborgarnas behov eller vad den medicinska sakkunskapen anser rimligt. Ny teknik, nya läkemedel och ny kunskap driver på utvecklingen.

När landstingen står för finansieringen anpassas efterfrågan till utbudet. Landstingen begränsar efterfrågan genom utbudet och tillgängligheten. Patientavgifter används så att inte efterfrågan blir mycket större än utbudet, men det uppstår ändå köer i vården. En svaghet i monopolsystemet är att valfriheten är låg. Det är viktigt att notera att ökad valfrihet inte innebär att fler patienter får mer vård. Det är den totala budgeten samt hur mycket vård man får för pengarna som i sin tur styrs av hur effektiva eller produktiva vårdenheterna är.

⁴ Palier. B Hälso- och sjukvårdens reformer En internationell jämförelse. SKL 2006 .

De är stora skillnader mellan olika enheters kostnader. Det kan bero på olika prioriteringar eller olika effektivitet. ”Inom primärvården är skillnaden mellan den högsta och den lägsta kostnadsnivån, räknat som avvikelse i procent från genomsnittet, cirka 45 procentenheter.”⁵ För att öka insikten om kostnader används olika former av marknadspress på vårdenheterna. Under 1990-talet genomfördes i flera länder reformer som syftade till att öka produktiviteten och effektiviteten. I de svenska landstingen t.ex. infördes beställar-utförarmodeller där vårdenheterna får betalt för sin aktivitet och inte bara ett övergripande anslag (*nivå 2 i tabell 1*), d.v.s. *utbudet* av vård påverkas. Marknadsliknande styrmekanismer införs och en ny ideologi för sjukvård, New Public Management, med styrning, ledarskap belöningar och utvärdering.

I början av 2000-talet lanseras *efterfrågestrategier*.⁶ Väntetidsgarantier och andra åtgärder syftar till förbättrad tillgänglighet i vården. Vårdvalsmodeller introduceras i tre landsting i Sverige. (*Nivå 3 i tabellen*) Dessa reformstrategier, att öka utbudet eller att påverka genom efterfrågan, syftar till att ge patienterna mer vård för pengarna utan föra till mer pengar till vården. Det skall med andra ord bli mer resurser utan att skatter eller premier behöver öka. Efterfrågan kan manifesteras i telefonköer till vårdcentralen eller väntetider hos specialister. Den har också kommit till uttryck i ett ökande intresse för att teckna privata sjukvårdsförsäkringar.

Ytterligare ett steg är därför troligen på väg. (*Nivå 4 i tabellen*) Det är att separera efterfrågan från landstingens kassor genom att finansiera vård via privata sjukvårdsförsäkringar. Det kan föra till mer pengar till vården.

Från offentligt monopol till privat oligopol.

Den förändring som sker inom vården innebär inte att vården kommer att köpas och säljas på en marknad under fri konkurrens mellan många olika vårdföretag. Fri konkurrens förutsätter fritt inträde på marknaden men landstingen, som finansierar huvuddelen av vården, kommer att begränsa etableringen för att begränsa volymen och därmed kostnaderna. När ett begränsat antal företag etablerar sig uppstår en oligopolmarknad där företagen sedan själva skapar hinder för inträde av nya företag. Det är viktigt att se vad den begränsade konkurrensen innebär för volym och priser vid produktion av vård.

Det är också viktigt att se att landstingen dels inte är ett marknadsföretag dels inte är vinstdrivande. De tar inte ut monopolpriser. Exemplet avser de marknadsföretag oftast oligopolföretag som nu växer fram i vård och omsorgssverige. Oligopolföretag på en vårdmarknad kommer att producera en större volym än en monopolist men mindre än vid fri konkurrens. Oligopolpriserna är lägre än monopolpriset men högre än priset vid fri konkurrens som är lika med marginalkostnaden.⁷ Summa summarum kommer oligopolet att ge högre vinster än vid fri konkurrens och högre kostnader men ett större utbud av vård.

Om ett byte från vård producerad av landstingets monopol bara leder till högre vinster och löner till ägare och anställda eller om det också leder till högre kvalitet beror på kunders förmåga hävda sig mot producenten, liksom av den tillsyn som sker av verksamheten. Utfallet blir alltså beroende av de regler som kommer att gälla på denna marknad.

⁵ Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv- Jämförelse mellan landsting 2009. Sveriges kommuner och landsting 2010.

⁶ Jonsson, P.M , Agardh.E,& Brommels.M Hälso- och sjukvårdens strukturreformer. Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Medical Management Centre, Karolinska Institutet. 2006. Ansvarskommitténs skriftserie ISSN 1653-55029

⁷ Mankiew. N.G. Principels of Economics. Second edition. Hartcourt College Publischer 1998.

1.3 BEHOVET AV VÅRD

Två frågor:

För det första, är sjukvårdsresurserna tillräckliga i förhållande till behovet?

För det andra: fördelas de tillgängliga resurserna efter behovsprincipen?

Det finns ett enkelt sätt att svara på *den första frågan* om det är för lite sjukvårdsresurser i Sverige och det är om människor känner till sina sjukdomar och får behandling för dem. Så är det inte. Flera av de stora folksjukdomarna är underdiagnosticerade och underbehandlade dvs. befolkningen känner inte till sina sjukdomar och behandlas inte för dem.

Diabetes är ett exempel på att behov inte är samma sak som efterfrågan. Cirka 5 procent av kvinnorna och 7 procent av männen i åldern 18–84 år har diabetes. Men lika många personer antas ha sjukdomen utan att ännu ha fått diagnosen. Antalet personer som insjuknar i typ 2-diabetes har hittills legat stabilt i Sverige, trots att allt fler blir överviktiga. Övervikt är en viktig orsak till diabetes.⁸

Det är också fler som har högt blodtryck än vad som är diagnostiserade. Och av dem som diagnostiserats högt blodtryck är det långt ifrån alla som behandlas. Det betyder att två av de stora folksjukdomarna finns det ett dokumenterat större behov av vård än vad som realiserats i efterfrågan. Och den offentliga sjukvården frågar inte regelbundet efter hur deras uppdragsgivare mår.

Min tes är alltså att människor inte efterfrågar för mycket sjukvård. De borde efterfråga mer men i så god tid att de både de själva och vården kan bidra till att hälsan blir bättre. Ibland, långt ifrån alltid, kommer de då efterfråga mindre vård.

Svaret på *den andra frågan* är att sjukvården kan vara på väg bort från behovsprincipen, som innebär att den som är mest sjuk skall prioriteras till en efterfrågestyrning, där den som har förmåga påverkar resursernas fördelning.

Utvecklingen inom sjukvården är, på gott och ont, marknadsorienterad. Socialmedicinaren Bo Burström formulerar det.” Ena sidan grundas på den (ny)liberala idén om att den bästa vården uppnås genom att maximera individens frihet och valmöjligheter, minska statens roll och marknadsorientera sjukvården. Mot detta står den egalitära uppfattningen att staten har en viktig roll för att utjämna ojämlikhet i människors förutsättningar och möjligheter, och i synnerhet för grupper som annars riskerar att bli missgynnade.⁹

En grundläggande iakttagelse för vården är att hälsan i en befolkning står i omvänt förhållande till förmåga att betala. Med avtagande inkomst ökar ohälsan. De som har höga inkomster är friskast och de med lägre inkomster har sämre hälsa. De som har högre inkomster har större förmåga att betala för sjukvård.

⁸ Nationella riktlinjer för diabetesvården – beslutsstöd för prioriteringar. 2009 Preliminär version. Socialstyrelsen.

⁹ Burström, B. Socialmedicin och rättvis vård. Socialmedicinsk tidskrift 5/2009.

2. HÄLSO - OCH SJUKVÅRDENS UPPDRAG

2.1 INDIVIDHÄLSA OCH BEFOLKNINGSHÄLSA – OLIKA UPPDRAG

Denna rapport handlar om sjukvård och hälsa både på individuell nivå (individhälsa) och övergripande nivå (befolkningshälsa). Det är två olika perspektiv. ”Utgångspunkten i medicinska sammanhang /den individuella nivån, min anm. / är att patienten lider av något slag hälsoproblem och att målet är att åtgärda problemet genom att manipulera de biomedicinska mekanismerna.” ”Folkhälsan har inte ett reparativt perspektiv eller ett individuellt perspektiv.”¹⁰

Innan man vare sig förkastar eller ansluter sig till idéer om vårdval, vårdförsäkringar eller privata lösningar bör man ta ställning till vilka faktorer som bestämmer hur frisk en befolkning är. I vilken utsträckning är det smittsamma sjukdomar som kan förebyggas med egna och kollektiva insatser respektive icke smittsamma sjukdomar somt ex cancer och stroke? Och av det senare hur mycket beror på individens egna val, hennes handlingsmöjligheter samt på verkan av teknik som biltransporter eller nya marknader vilket kan innebära t.e.x snabbmatställen. Till sist hur mycket beror på sjukvården d.v.s. hur mycket kan sjukvården påverka befolkningens hälsa?

Enligt uppgift från socialstyrelsen står sjukvården för ungefär en femtedel av förbättringen av folkhälsan. Försök som gjorts att uppskatta vårdens bidrag till den stigande medellivslängden under en hundraårsperiod tyder på att denna kan ha svarat för hälften.¹¹ Vill man öka befolkningshälsan så är det alltså ofta andra verktyg än sjukvård som skall användas t.ex. utbildning eller reglering av tillgänglighet samt beskattning av tobak och alkohol och av vissa kaloritäta födoämnen.

Sjukdomar kan delas in i smittsamma och icke smittsamma sjukdomar. År 1952 var en tredjedel av dödsfallen orsakade av infektionssjukdomar. Den andelen har nu ungefär halverats och är nu ca 17 procent av dödsorsakerna. Fram träder ett nytt mönster med sjukdomar som hänger samman med samhällets utveckling och de levnadsvanor som följer av detta d.v.s. icke smittsamma sjukdomar.¹²

Man kan jämföra utvecklingen för folkhälsan och hygien under 1900-talet. Den förbättrade hygien var en avgörande förutsättning för den bättre folkhälsan och livslängden. Men den ökade hygien förutsätter både ett ändrat beteende hos befolkningen, t.ex. att tvätta händerna, men också kollektiva insatser i form av avlopp och reningsverk och tillgång till friskt vatten samt bättre bostäder. Således både individuella och kollektiva insatser.

Sjukvårdens uppdrag har förändrats och hänger samma med hur människor väljer att leva eller under vilka villkor de lever och hur samhället påverkar individerna att leva. Många friska år går förlorade på grund av faktorer som för lite grönsaker i kosten och fysisk inaktivitet eller för mycket tobak och alkohol. Att t ex drabbas av hjärtinfarkt och stroke kan förklaras av fem riskfaktorer: blodtryck, höga kolesterolnivåer, rökning, låg fysisk aktivitet och förmaksflimmer. *Riskfaktorer som i sin tur kan relateras till levnadsvanorna.* Den nedgång som skett i insjuknande i akut hjärtinfarkt de senaste åren har planat ut för män i åldern 55-54 år och än tydligare för män i åldern 60-64 år. Samma tendens till utplaning finns för kvinnor 60-64 år.¹³

¹⁰ Munthe. C. (2009) Etik grundfrågor och konfliktområden. Ur *Folkhälsan som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. red Andersson. I & Eljertsson. G. Studentlitteratur.

¹¹ Stefan Ackerby. Vad får vi för pengarna? Sveriges kommuner och landsting 2008.

¹² Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport 2009. Stockholm.

¹³ Hjärtinfarkter 1987-2007 samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987-2008. Socialstyrelsen 2009

Blodtrycksnivån i befolkningen är jämte livslängd en indikator på befolkningens hälsa. Högt blodtryck är en av de viktigaste orsakerna till flera sjukdomar. Generellt har blodtrycket i flera länder sänkts hos befolkningen. Men det finns i Sverige en utplaning så att andelen med högt blodtryck inte längre sjunker.¹⁴

Ett mått på hälsan i ett land är hur många per 100 000 invånare som dör före 75 års ålder. I Sverige är det 282. I Storbritannien och USA är så många som 351 respektive 413 personer. Resurserna för sjukvård är störst i USA men också överdödligheten, i förhållande till Sverige, är den ca 56 procent högre. Det antyder att det är andra faktorer än sjukvårdens omfattning som styr hälsan.¹⁵

I de följande avsnitten skall jag visa på några faktorer som styr hälsan i befolkningen. Genom att jämföra Sverige med omvärlden kan vi bättre förstå både nivån på befolkningens hälsa och riskfaktorer för hälsan.

2.2 HÄLSANS BESTÄMNINGSFAKTORER

En brittisk regeringsrapport hävdar att det effektivaste sättet att påverka skillnader i befolkningshälsa är att studera de sociala bestämningsfaktorerna bakom ohälsan. Exempel på bakomliggande sociala orsaker är fördelningen av pengar, tid och inflytande. Inte minst visar det sig att stress och över- och underordning i arbetet eller den kontroll man har över arbetet styr hälsan.¹⁶

Mitt intryck är att politiken för att förbättra folkhälsan skiftat fokus från de sociala bestämningsfaktorerna över mot det individuella ansvaret. Politikerna tenderar alltmer att ge individen själv ansvaret och förringa betydelsen av bakomliggande orsaker. Tvärtemot råden i den brittiska regeringsrapporten fokuserar insatserna för att förbättra folkhälsan i de rika länderna alltmer på livsstilsfaktorer, som t ex rökning, eftersom dessa faktorer uppfattas som lättare att påverka jämfört med de sociala orsakerna till ohälsa. Självfallet har individen ansvar och bör ta ansvar för sin hälsa men det är inte fullt så enkelt.

Övervikt och fetma är ett exempel. Stress i sig själv bidrar till fetma. ”Stress av olika typer aktiverar biologiska mekanismer som verkar via nervsystemet och hormonella processer, som i sin tur aktiverar en kaskad av olika processer som leder till bl.a. bukfetma, inflammatoriska processer och störningar i kärlväggarna. Dessa processer och störningar gör att kärlen blir mindre elastiska och börjar lagra fetter, dvs. åderförkalkning.”¹⁷

Egen kontroll i arbetet är ett annat exempel. Socialmedicinare kan visa på ett tydligt samband mellan underordning i arbetet och hälsan hos tjänstemännen i regeringskansliet (Whitehall) i Storbritannien. Studien fann ett samband mellan graden av kontroll över arbetsuppgifterna och hälsan.¹⁸

¹⁴ Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen

¹⁵ Förebyggelsekommissionen (2009), *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelsekommissionens anbefallninger til en styrket forebyggende indsats*. Ministeriet for sundhet og forebyggelse, Köpenhamn

¹⁶ Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review 2010. Strategic review of health inequalities in England post-2010. 2010.

¹⁷ Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen.

¹⁸ Marmot. M. (2004) Statusyndromet- hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden.

2.3 VÄLFÄRDSTATENS BETYDELSE FÖR HÄLSAN

Sjukvården i de nordeuropeiska välfärdsekonomierna har utvecklats enligt två olika socialpolitiska traditioner, *den tyska Bismarckmodellen respektive den brittiska Beveridgemodellen*. Den tyske rikskanslern Bismarck lanserade 1881 ett socialförsäkringsprogram för att bemöta socialisternas uppsving. Han föreslog ett införande av ett obligatoriskt sjukförsäkringssystem, som röstades fram 1883. Lagen tvingade de tyska arbetarna och deras arbetsgivare att betala in sociala avgifter till sin sjukförsäkringskassa. Efter andra världskriget genomfördes en sjukvårdsreform i Storbritannien som hade utformats av ekonomen William Beveridge. Sjukvården finansierades med skatter och förvaltades av lokala myndigheter.

Sverige valde ett offentligt sjukvårdssystem enligt Beveridgemodellen. Den privatpraktiserande läkarvården och den fria prissättningen och arvode per vårdinsats ifrågasattes. Sveriges läkarförbund protesterade framgångsrikt, en ny lag började inte tillämpas förrän 1955. Den obligatoriska sjukförsäkringen omfattade inte bara sjukersättning utan även läkar- och läkemedelskostnader.¹⁹

Välfärdsstatens inflytande över hälsan sträcker sig emellertid längre än att organisera sjukvården. Man kan t ex fråga sig i vilken utsträckning familjepolitiken styr hälsan. Svenska forskare och experter på välfärdspolitik, ger följande förklaringar till skillnader i hälsa mellan olika länder. De säger när det gäller barn och gamlas hälsa: ”Ju generösare stödet är till tvåförsörjarfamiljer, desto lägre spädbarnsdödlighet. Detta samband är tydligt också då vi korrigerar för skillnader mellan länder i BNP, kvinnors förvärvsdeltagande och arbetslöshet.” De säger vidare att ”Utöver mödravården, förlossningsvården och barnavården är alltså även familjepolitiken, och barnfamiljernas därmed bättre förmåga att själva få inkomster på arbetsmarknaden, viktig för Sveriges mycket låga spädbarnsdödlighet.”²⁰ Satsningar på barns uppväxtvillkor leder således till bättre hälsa.

När det gäller de äldres dödlighet i västländerna är generositeten i pensionssystemet grunddel (folkpensionerna) av betydelse för äldres överlevnad. ”Höjda grundpensioner med 10 procent reducerar överdödligheten bland dem över 65 år med 0,5 procent”.²¹

Det är alltså många faktorer som förklarar befolkningens hälsa, inte bara sjukvård, inte bara hur mycket man själv investerar i sin hälsa med motion och bra kost. Befolkningens hälsa återspeglar politiska värderingar och hur mycket vikt man lägger vid livsstilsfaktorer, påverkan från föräldrarna via genupsättning eller socialt arv i förhållande till aktuella samhällsfaktorer.

Välfärdsstaten har sina begränsningar när det gäller jämlikhet i hälsa. Det är ett känt att inkomstskillnader är lägst i de nordiska välfärdstaterna. En annan etablerad sanning är att inkomstskillnader påverkar fördelning av hälsa. *Man borde alltså vänta sig att hälsan är relativt jämnt fördelad i de nordiska välfärdsländerna*. Men skillnaderna i hälsa är som minst i Sydeuropa.²² Förklaringen är att en social trygghet och tillgång till offentlig service är nödvändiga men inte tillräckliga villkor för att nå jämn fördelning av hälsa. Att färre kvinnor röker i Sydeuropa än i Nordeuropa är en viktig förklaring till att välfärdsstaten i Nordeuropa inte mer utjämnar skillnader i hälsa.²³ Fortfarande är dock spädbarnsdödligheten lägre i Skandinavien.

¹⁹ Palier. B Hälsa- och sjukvårdens reformer En internationell jämförelse. SKL 2006

²⁰ Lundberg. O, Åberg Yngwe. M, Kölegård Stjärne. M, Fritzell, J, Vågerö, D & Palme, J. DN-debatt 18 oktober 2007

²¹ Ibid.

²² Eikemo T. A., Bambra. C. Joyce K. & Dahl.E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. The European Journal of Public Health.2008

²³ Mackenbach. J.P , Stirbu I, Albert-Jan R. Roskam, A-J. R, Schaap.M.M, Menvielle. G, Leinsalu,M & Anton E. Kunst. A.E. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. The New England Journal of Medicine. 2008

En studie som jämför kvinnor sysselsättningsgrad i olika länder med deras hälsa och förväntad livslängd finner inga samband. Samtidigt vet vi att det finns ett starkt samband mellan sysselsättningsgrad och dödlighet i lungcancer.²⁴ Man kan tolka detta som att välfärdsstaten och jämställdheten visserligen har positiva effekter på kvinnors hälsa men att samtidigt en utveckling som medför ökad konsumtion av tobak och alkohol förtar de positiva effekterna. När kvinnor arbetar och övertar mäns riskbeteende så försämras deras hälsa. De positiva effekterna av att deras status och inkomster ökat uppvägs av ett ”manligt” beteende.

2.4 INTERNATIONELL JÄMFÖRELSE

2.4.1 SVERIGES FÖRSÄMRADE HÄLSOPOSITION

Svenskar har nog förställningen att de tillhör en friskare befolkning än andra. Det har varit en riktig föreställning, men i jämförelse med andra länder framstår vi inte länge som så friska.

– År 1970 var den förväntade återstående livslängden för ett nyfött barn, d v s medellivslängden, 74,7 år i Sverige. Närmast kom Nederländerna med 73,7 år. År 2007 är medellivslängden i Sverige 81 år men 6 länder har nu längre eller samma medellivslängd.

För att mäta hälsa används också måttet ” åtgärdbar dödlighet” d.v.s. dödlighet som kan påverkas av antingen folkhälsopolitik eller av sjukvården.

– Nio länder har lägre åtgärdbar dödlighet än Sverige. Dödstaten per 100 000 i befolkningen är 82 i Sverige mot kring 70 i några andra länder men 100 i Danmark och 110 i USA.

Sveriges unika position när det gäller befolkningshälsa har alltså försvagats.

2.4.2 MÖJLIGA ORSAKER TILL DEN FÖRSÄMRADE INTERNATIONELLA POSITIONEN

Jämfört med många andra länder har den svenska sjukvården har sedan år 1970 fått en lägre ökning av sina resurser. De totala utgifterna för hälsovård som andel av BNP ökade med 2,3 procentenheter mot 4,5-8,5 procentenheters ökning i flera andra länder. Dessutom utvecklades Sveriges BNP långsammare efter 1970 än andra länders BNP. Sett över hela perioden 1970-2007 har basen för sjukvårdens finansiering, dvs. produktionens värde, således försvagats i Sverige. Svensk sjukvård får mindre resurser än i vart fall Danmark och Norge.

Sjukvårdens andel av BNP kan jämföras med utvecklingen av andelen äldre i olika länder. Sverige hade redan år 1970 en hög andel äldre i befolkningen, 13,7 procent var över 65 år mot i genomsnitt 10,1 procent i OECD-länderna. År 2007 var andelen äldre i Sverige 17,4 procent mot 14,7 procent i OECD som genomsnitt. När det gäller förändringen har andelen äldre växt mer i Sverige än i Danmark och Norge men i samma takt som i OECD-länderna som genomsnitt.

Sammanfattningsvis har Sverige i förhållande till andra länder en högre andel av befolkningen som är över 65 år, men en lägre genomsnittlig andel av ekonomin som går till sjukvård. Äldrebelastningen är således högre för svensk sjukvård. Sammantaget kan det ha skett en undanträngning av den vård som de yngre får.

²⁴ Lundberg. O, Monica Åberg Yngwe. M Kölegård Stjärne. M, Björk. L & Fritzell. J. The Nordic Experience: Welfare States and Public Health. Health Equity Studies No 12 - August 2008

Ett syfte med detta avsnitt är att visa att hur frisk en befolkning är inte alls behöver förklaras av sjukvårdens effektivitet eller hur mycket resurser den har.

Det faktum att sjukvården i Sverige får mindre resurser än i många andra länder samtidigt som befolkningen är äldre och mer vårdkrävande skulle kunna uppvägas av att svensk sjukvård är effektivare. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, redovisar jämförelser som visar att svensk sjukvård i olika rankingar kommer högt upp på ”pallplatser” utom när det gäller en tillgänglighet till vård. Jämförelser sker mellan 17 länder som sedan rankas. Vid en jämförelse av Sverige i förhållande till 17 länder får Sverige, Spanien, Norge och Frankrike bäst resultat. Sämst resultat har USA, Danmark, Portugal och Storbritannien.²⁵

Men säger läsaren, som sannolikt besökt Danmark, beror danskars flera år kortare livslängd verkligen på sämre sjukvård?²⁶ Som läsaren så här lång in i rapporten insett bör man inte jämföra sjukvården mellan länderna utan hänsyn till de andra faktorer som påverkar befolkningens hälsa t.ex. insatser för inkomstfördelning och familjepolitik och det som kallas livsstilar. Danskar dricker mer och röker mer beroende på en mer liberal politik.

Slutsatsen är att det inte är alls klart att Sverige har en effektivare sjukvård än andra länder däremot är det uppenbart att den har mindre resurser än i flera andra länder i EU. En ytterligare slutsats är att dödligheten beror på hur liberal politiken är olika avseenden.

En relativ minskning av sjukvårdens resurser i kombination med en hög andel gamla har inneburit en undanträngning av yngre i sjukvården som skulle kunna förklara den försämrade internationella positionen vad gäller hälsan.

2.5 KVINNORS HÄLSA

2.5.1 FÖRÄNDRINGAR ÖVER TIDEN

Indikatorer på försämringar

De flesta vet att kvinnor lever flera år längre än män men det är också dramatiska skillnader i återstående livslängd för individer med olika utbildning. Vid 30 års ålder är skillnaden 10,2 år mellan kvinnor med eftergymnasial utbildning och män med grundskola.

Samtidigt visar en rad indikationer att kvinnors hälsa relativt män har försämrats under de senaste decennierna. Ett första tecken på denna försämring är livslängdens utveckling. Den återstående livslängden, vid 30 års ålder, ökar mycket långsammare för kvinnor än för män oavsett utbildningsgrupp men särskilt för kvinnor med kort utbildning. De senares livslängd ökar under perioden 1986 till 2007 bara med 0,7 år jämfört med en ökning med 3,1 år för män med samma utbildning. Ett annat mått på hälsa är kvalitetsjusterade levnadsår. Forskare har kombinerat överlevnads- och hälsostatistik för perioden 1980/81-1997. Den förväntade livslängden ökade med 3,68 år för nyfödda pojkar men bara med 2,7 år för flickor. Om man räknar om det i valuta, vilket ekonomer gör, och värderar ett kvalitetsjusterat år till 100 000 dollar vann pojkar 11 000 och flickorna förlorade 58 000 dollar.²⁷ Unga kvinnor är förlorare när det gäller hälsa.

²⁵ Molin. R & Persson- Cavalieri A. Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2008. Sveriges kommuner och landsting 2008

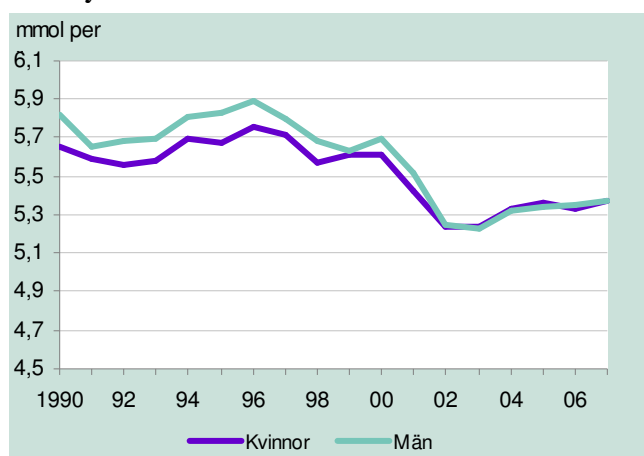
²⁶ Førebbyggelsekommissionen (2009), *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelsekommissionens anbefallinger til en styrket forebyggende indsats*. Ministeriet for sundhet og forebyggelse, København

²⁷ Burström.K. Johannesson. M & Diderichsen.F .The value of the change in health in Sweden 1980/81 to 1996/97. Health Economics 2002

Det är också stora skillnader mellan mäns och kvinnors upplevda hälsa. 15,6 procent av alla kvinnor har svåra besvär med långvarig sjukdom mot 9,0 procent för män. Dessa skillnader finns tydligt redan bland unga män och kvinnor. Bara drygt 2 procent av unga män rapporterar ohälsa mot uppemot hela 11 procent av kvinnorna! Över hela livet består ett hälsogap mellan kvinnor och män trots kvinnors längre livslängd.²⁸ Kvinnor sover illa, 30-40 procent av kvinnorna i förvärvsaktiv ålder har sömnbesvär. Det är en ökning med 2-3 gånger från 1980/81 års nivå. Det finns både köns- och klasskillnader när det gäller sömnbesvären. Men det mest uppenbara är den stora ökningen av sömnbesvären under de senaste två decennierna. Detta gäller *båda könen* och alla samhällsgrupper. Fler sover sämre.²⁹

Blodtrycket har visat sig vara en bra mätare på hälsan i en befolkningsgrupp. Detta utnyttjar vissa landsting när de vill göra breda hälsokontroller.

Blodtrycket hos kvinnor och män i Västerbottens län 1990-2007



Källa: Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport 2009. Stockholm

Diagrammet nedan visar att blodtrycket minskar i befolkningen i Västerbotten men mer för män än för kvinnor och att minskningen för båda könen planar ut och till och med stiger. Det är 40-, 50- och 60-åriga män och kvinnor som undersökts i Västerbotten. Det är bara där landstingen gör dessa breda hälsokontroller. Liknade resultat finns för befolkningens kolesterolvärden, också där är mäns förbättringar större än kvinnors.

Ytterligare ett mått som kan användas för att beskriva utvecklingen av hälsa över tiden är den åtgärdbara dödligheten. Åtgärder för att minska dödligheten kan omfatta såväl hälsopolitik som sjukvårdspolitik. Till den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten räknas lungcancer leverskador och trafikolyckor medan den sjukvårdsrelaterade innefattar, stroke, diabetes och livsmoderscancer. För Sverige visar statistiken att den sjukvårdspolitik åtgärdbara dödligheten faller kontinuerligt för båda könen, medan kvinnors hälsopolitiskt åtgärdbara dödlighet ökar och männens nedgång har stagnerat något. En orsak till den negativa trenden för kvinnor är lungcancerens utveckling som följd av att kvinnor numera röker mer än män. Den studerade tidsperioden är 1987-2006.³⁰

Det har skett en utjämning mellan kvinnors och mäns hälsa som inte bara är positiv visar forskningen. "Under 1970- och 1980-talen återfanns en klar överdödlighet i åtgärdbara dödsorsaker för män jämfört med kvinnor. Dessa skillnader har dock i de flesta fall minskat kraftigt. För sjukdomar som astma, tuberkulos, bakteriell hjärnhinneinflammation och reumatisk

²⁸ Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) 2009.

²⁹ SCB (2008) Levnadsnivåundersökningen.

³⁰ Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 Socialstyrelsen.

hjärtsjukdom har skillnaderna mellan könen försvunnit helt det senaste decenniet (i åldersgruppen under 70 år). För de räkningsrelaterade sjukdomarna lungcancer, kronisk luftrörskatarr och lungemfysem har dödligheten däremot ökat för kvinnorna.”³¹

År 2009 summerade Socialstyrelsen utvecklingen på följande sätt: ”Under de senaste 15 åren har det inte skett några förbättringar i den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten undantaget män med hög respektive medellång utbildning. För män med låg utbildning och för kvinnor i samtliga utbildningsgrupper tycks trenden tvärtom vara en försämring.”³²

Internationell jämförelse

I en internationell jämförelse var svenska kvinnors hälsa bättre än genomsnittet för 19 OECD-länder. Mättet är antalet dödfall per 100 000 i befolkningen för kvinnor 0-74 år och jämförelse sker med 19 industriländer. Åren som jämförs är 1997/98 och 2002/03. För Sverige är tidsperioden ett år kortare: 2001/02.

Åren 2001/02 var den åtgärdbara dödligheten för kvinnor i Sverige 66,90 och den totala dödligheten 216,78 per 100 000 invånare. Sveriges hamnade på åttonde plats i rangordningen för den totala dödligheten och på fjärde plats för den åtgärdbara dödligheten. Det är en försämring jämfört med åren 1997/98 då Sverige hamnade på sjätte plats i rangordningen för den totala dödligheten och på tredje plats för den åtgärdbara dödligheten.³³

Statistiken kan ses på flera sätt. Som att kvinnor, får en bättre hälsa och deras hälsa är något bättre men nära genomsnittet för de rika länderna. En annan tolkning är att svenska kvinnors hälsa förbättras påtagligt långsammare jämfört med kvinnor i andra länder.

Unga kvinnors hälsa

En större andel unga kvinnor använde såväl receptbelagda som receptfria smärtstillande läkemedel, jämfört med motsvarande andel bland unga män (receptbelagda: 9 procent för kvinnor respektive 6 för män; receptfria: 57 respektive 34 procent). Det var fem gånger så vanligt att unga kvinnor hade besökt en ungdomsmottagning, jämfört med hur ofta männen hade gjort det (25 respektive 5 procent). Att ha besvär av ångslan, oro eller ångest var nästan dubbelt så vanligt bland unga kvinnor, jämfört med männen (46 respektive 25 procent). De unga kvinnorna hade i högre utsträckning dessa besvär än genomsnittet av kvinnorna i befolkningen.³⁴

Äldres kvinnors hälsa

Ett skäl till att de nordiska länderna förlorat sitt ledarskap är utvecklingen för de äldre. Särskilt märkbart är att äldre franska, spanska, italienska men särskilt japanska kvinnor har nått en lägre dödlighet än de tidigare de ”bästa” länderna som Sverige och Island.³⁵

I Sverige minskade i åldersgruppen 65-84 år andelen med nedsatt förmåga starkt mellan 1980 och slutet av 1990-talet för att sedan åter stiga. Detta gäller både män och kvinnor. Någoting har alltså hänt sedan 1990-talets mitt i Sverige vad gäller villkoren för de äldre. En positiv syn är att

³¹ Westerling. R. Åtgärdbar dödlighet som en indikator i den folkhälsopolitiska uppföljningen. En undersökning av regionala skillnader i Sverige 1989–2003 2008. Statens folkhälsoinstitut R 2008:03

³² Hälsa -och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen.

³³ Nolte E.& McKee. M. The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis. Health Affairs.2008; 27:

³⁴Resultat från Nationella folkhälsoenkäten 2006-2008– Regionala och nationella resultat. Unga personers hälsa 2009

³⁵ Lundberg. O, Monica Åberg Yngwe. M Kölegård Stjärne. M, Björk. L & Fritzell. J. The Nordic Experience: Welfare States and Public Health. Health Equity Studies No 12 - August 2008

bara ca 7 procent av åldersgruppen har nedsatt förmåga och att den andelen är hälften av vad den är i USA.³⁶

En mer öppen fråga är om inte de minskade offentliga resurserna innebär att både sjukvården och omsorgen om de äldre kvinnorna blir för svag. Länder där äldre kvinnor lever längre är präglade av familjesystem där tar döttrarna, och vissa fall svärdöttarna, hand om de äldre kvinnorna. I jämställda samhällen blir äldre kvinnor sårbara om samhällets omsorg försämras.

2.5.2 ORSAKER TILL DEN FÖRSÄMRADE HÄLSAN

Jämställdhet och ohälsa

Sverige är föregångare när det gäller jämställdhet men hur påverkar detta hälsan? Jo, det visar sig att mäns hälsa förbättras men att vissa grupper av kvinnor, de som är pionjärer och som är jämställda i arbetslivet, får relativt sämre hälsa. Risken för dödlighet för kvinnor och män som ur synvinkeln jämställdhet lever traditionellt eller otraditionellt ger en fingervisning om pionjärrollens kostnader. Mycket traditionella kvinnor hade med måttet inkomstjämlighet 37 procent och med måttet socioekonomisk position 32 procent lägre risk för förtidig död jämfört med jämställda kvinnor. Samtidigt har mycket traditionella män mätt i vård av sjuka barn 59 procent högre risk för förtidig död jämfört med jämställda män.

Det är osäkert hur orsakssambandet ser ut. Det kan vara en selektion så att riskbenägna kvinnorna aspirerar på makt och resurser och att de hälsomedvetna männen vill ta ansvar för barnen. Det är också möjligt att det är orsakssamband så att familjelivet bidrar till mindre riskfyllda livsstilar än arbetslivet. Jämställdhet i vård av sjuka barn innebar minskad risk för sjukskrivning bland både kvinnor (14 %) och män (27 %)

Den citerade forskningsrapporten sammanfattar: ”Den mest etablerade hypotesen när det gäller jämställdhet och folkhälsa är att minskade könsskillnader i fråga om makt, ekonomi, och familj är förenat med minskade könsskillnader i hälsa och livslängd. De fåtal studier som idag finns stödjer denna teori, exempelvis har visats att kvinnor löper ökad risk för förtidig död om de är jämställda i inkomster och socioekonomisk position, medan män löper minskad risk om de är jämställda i vård av barn. En delförklaring till detta kan också vara att själva pionjärskapet avseende jämställdhet gynnar mäns hälsa och missgynnar kvinnors hälsa.”³⁷

Det behöver inte innebära att jämställdhet på längre sikt är skadligt för hälsan när män inser fördelarna för dem med en mindre traditionell mansroll.

Överdödligheten för folkhemmets döttrar

Det är i samhällsvetenskapen inte alltid tydligt vad som är orsak och verkan, man kan ibland bara visa statistiska samband.

I en studie jämförs kvinnor i hyreshus med kvinnor som bor i villa. Kvinnorna jämförs efter vilken utbildning de har. Risken för förtida död för en kvinna varierar med utbildning. (Utbildning kan ses som en variabel som berättar om ställning i arbetslivet och om inkomster.)

För kvinnor i hyreshus som inte är gifta är överdödligheten på 120 procent i förhållande kvinnor i villa. För gifta kvinnor med kortare utbildning än gymnasium är överdödligheten 70 procent och för kvinnor med eftergymnasial utbildning 40 procent. Civilståndet är alltså viktigare än utbildning när det gäller överdödlighet.

³⁶ Heahlt at Glance 2009.

³⁷ Månsdotter. A. Jämställdhet och folkhälsa. Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:5.

De som redovisas är folkhemmets döttrar. Det är endast personer som är födda i Sverige och som år 2003 var minst 45 år. Invandring och etniska komponenter bör inte vara en viktig variabel i detta sammanhang.³⁸

Min hypotes är att det finns hälsorisker med att bo ensam. Det kan också vara så att kvinnor med sämre hälsa eller riskabel levnadsstil väljer eller tvingas bo ensamma.

Alkohol och rökning

Priset på vin och särskilt starköl har sjunkit i Sverige sedan 1995. Sedan 1985 har antalet restauranger med alkoholförsäljning tredubblats. Denna utveckling är förknippad med ett ändrat dryckesmönster.³⁹ Andelen kvinnor som är storkonsumenter (>20 gram alkohol/dag) har ökat från 1,5 till 4,7 procent. År 2002 var det ungefär lika vanligt med kvinnliga storkonsumenter som det var med manliga år 1990. Det sker en feminisering av stordrickandet.⁴⁰

Storstäder är på gott och ont föregångare. Andelen riskkonsumenter av alkohol i Stockholms län ökade mellan åren 1994 och 2006 med 54 procent för kvinnor och 62 procent för män. Ca 1/3 av kvinnliga tjänstemän på mellan eller hög nivå är riskkonsumenter. Det är vanligare att unga kvinnor är riskkonsumenter. Med riskkonsumtion av alkohol avses antingen en veckokonsumtion som för män motsvarar minst 210 cl (knappt tre flaskor) och för kvinnor minst 125 cl (1 2/3 flaska) vin per vecka *eller* att minst två till tre gånger per månad vid ett och samma tillfälle dricka motsvarande minst två flaskor vin.⁴¹

2.6 SLUTSATSER

Sveriges mycket starka position är det gäller befolkningshälsa har försvagats. Det finns två skäl. För det första sker en utjämning med andra länder när det gäller hälsofaktorer som alkohol, rökning och andelen med fetma. För det andra ligger sjukvårdskostnadernas andel av BNP numera på en mellanposition i Europa. År 1985 hade Sverige högst sjukvårdskostnader.⁴² Att Sverige jämfört med andra länder satsar något mindre på vård är därför en del av förklaringen till att Sverige förlorat sin ledande position när det gäller folkhälsa.

Påverkan på befolkningshälsan sker rimligen med ett antal års eftersläpning i förhållande till de faktorer som styr befolkningshälsan. Eftersom varken arbetslöshet, inkomstfördelning, levnadsvanor eller sjukvårdsresurserna har förbättrats relativt andra länder under senare år så är det mest sannolika att försämringen jämfört med andra länder kommer att fortsätta.

Kvinnors hälsa relativt män har försämrats under de senaste decennierna. Svenska kvinnors hälsa relativt kvinnor i andra länder försvagas också. Kvinnor som är pionjärer när det gäller jämställdhet eller som ”övertar” manliga normer när det gäller riskfylld konsumtion tex av tobak får sämre hälsa än andra. Unga kvinnors hälsa är mycket påtagligt sämre än unga mäns. Välfärdstatens omfattning och dess organisation påverkar befolkningens hälsa.

³⁸ Dödlighet efter utbildning, boende och civilstånd. SCB 2004

³⁹ Folkhälsoinstitutet (2008)

⁴⁰ Andréasson, S. (2005)

⁴¹ Folkhälsan i Stockholms län 2007. Stockholms läns landsting. 2007

⁴² Källa: Health at Glance. OECD 2009.

3. VAD STYR SJUKVÅRDSKOSTNADERNA?

3.1 KOSTNADSUTVECKLINGEN

Mellan åren 2001 och 2007 har kostnaderna för hälso- och sjukvården ökat med 13 procent. Mest ökade kostnaderna för sådan vård som till största delen utförs på sjukhus – de ökade med 20 procent. Ökningarna beror i hög grad på den medicintekniska utvecklingen. Vården använder nya och dyrare behandlingsmetoder samt nya och dyrare mediciner.⁴³

Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård, exklusive tandvård 2008 i kronor per invånare samt förändring mellan 2005-2008 i procent.

	Kronor per inv.	Förändring 2005-2008
Primärvård	3 463	5,3%
Specialiserad somatisk vård	10 754	3,5%
Specialiserad psykiatrisk vård	1 907	0,9%
Läkemedel inom förmånen	2 253	-3,4%
Totalt	20 098	2,6%

Källa: Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv. Jämförelse mellan landsting 2009. Sveriges kommuner och landsting.

Tabellen ovan säger att det är primärvården som växer mest men samtidigt att dess andel bara är 15 procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvård. År 2008 kostar sjukvården över 20 000 kr per invånare och primärvården ca 3 500 kr.⁴⁴

3.2 STIGANDE EFTERFRÅGAN PÅ HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SOM FÖRKLARING TILL ÖKADE SJUKVÅRDSKOSTNADER

Under de närmaste 20 åren kommer stigande efterfrågan på hälso- och sjukvård innebära stigande kostnader. Efterfrågan påverkas både av behovet av hälso- och sjukvård och av möjligheten att betala för den. Kritiska faktorer som kommer att påverka efterfrågan är

- Hur många som är gamla, särskilt andelen över 80 år.
- När i livet sjukdomarna kommer och hur länge de varar.
- Livsstilsfaktorer som t ex rökvanor och alkoholkonsumtion.
- Hur många som arbetar, d v s den andel av befolkningen som är sysselsatt.

Om utbudet inte motsvarar efterfrågan kan glappet slutas genom att vissa behov av hälso- och sjukvård trängs undan och aldrig blir tillgodosedda. Undanträngningen kan yttra sig i köer och bristande tillgänglighet men också i kvalitetsförsämringar eller stigande priser och avgifter. Här följer en genomgång av de faktorer som kommer att ha en avgörande inverkan på hur efterfrågan utvecklas samt av undanträngningens följder.

Ökad medellivslängd

Detta avsnitt handlar om i vilken proportion som sjuka och friska år läggs till livet, och den kostnadsökning för vården och äldreomsorgen som följer av att fler blir äldre. Resurserna för sjukvården skulle behöva öka med 24 procent till år 2030 och äldreomsorgen med 61 procent för att bara för att behålla samma standard i verksamheten.

För en generation sedan, på 1950-talet, kunde en 65-årig man eller kvinna förvänta sig att leva i ytterligare 13-14 år. På 1860-talet handlade det om drygt 10 år för dem som då blev 65 år gamla.

⁴³ Hälso – och sjukvårdsrapport 2009.

⁴⁴ Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv. Jämförelse mellan landsting 2009. Sveriges kommuner och landsting.

Idag kan en kvinna förvänta sig leva i ca 21 år, en man några år kortare. Kvinnors medellivslängd på 83 år 2008 kommer att öka till 87 år 2060 och männens från 79 år till 85 år. Livslängden ökar och skillnaden mellan könen krymper något. Andelen i befolkningen som är över 65 år ökar från 18 procent till 25 procent fram till år 2060.⁴⁵

Det finns tre olika synsätt om ökningen av äldre och kostnaderna för vården som är ganska avgörande för vad vården kommer att kosta. En tes är att sjukligheten bara blir uppskjuten och att de sjuka åren kommer vid en högre levnadsålder. Vid *uppskjuten sjuklighet* poängteras betydelsen av förbättrade levnadsvillkor och en mer hälsosam livsstil som förklaring till både minskad dödlighet och bättre hälsa och funktionsförmåga.

En annan hypotes är att sjukligheten bara blir mer *sammanpressad*, d.v.s. att bättre levnadsbetingelser för människor och medicinska insatser innebär att det blir färre år med sjuklighet. En motsatt hypotes är *utvidgad sjuklighet* som innebär att både friska och sjuka år läggs till livet och att den ökade livslängden leder till ökade sjukvårdskostnader

Min bedömning är att dödlighetens variation mellan grupper och mellan länder indikerar att samhällsförhållanden har stor betydelse för dödligheten. Sjuklighetens omfattning och vid vilken ålder den kommer är inte främst bestämd av ödet. Slutsatsen är att det går att påverka hur många friska och sjuka år det blir som äldre. En radikal hälsopolitik kan påverka samhällsförhållandena så att sjukligheten blir sammanpressad.

Nästa fråga är i vilken grad som sjukdomar leder till nedsatt funktionsförmåga. Det finns ett samspel mellan dödlighet och ohälsa och nedsatt funktionsförmåga. Att vara sjuk behöver inte innebära nedsatt förmåga. Utvecklingen innebär att individer med svår ohälsa som skulle ha dött överlever, vilket kan ses som en kostnad. Men utvecklingen innebär också att individer med medicinska insatserna får svår ohälsa reducerad till lätt och därigenom ökar inte den samlade ohälsan utan kan till och med minska.

I vilken proportion sjuka och friska år läggs till livet och hur människor som blir sjuka återfår sin funktionsförmåga efter medicinsk behandling kan i betydande grad påverkas. I Sverige minskade andelen med svåra besvär av långvarig sjukdom kraftigt i åldersgrupperna 65-84 år mellan 1980 och 2008. En tolkning är att fler friska år läggs till livet. Samtidigt ökade livslängden och antalet äldre.

Stigande inkomster

Det är inte bara fler äldre som förklarar den ökade efterfrågan på vård. Ökad produktivitet leder till ökade inkomster och konsumenten använder sina ökade inkomster till mat, elektroniska prylar men också till mer sjukvård och mer fritid. Sambandet mellan ökade inkomster och konsumtion av olika varor och tjänster kallas inkomstelasticitet.

Ekonomhistorikern Fogel kan, baserat på utvecklingen i USA sedan år 1875, visa att om inkomsterna ökar med 1 procent ökar konsumtionen av mat med 0,2 procent, av sjukvård med 1,6 procent och av utbildning med 1,5 procent.⁴⁶ Om inte landstingen kan eller vill höja skatten och öka vårdens resurser så kommer efterfrågan att ta andra former. Det är vad jag tror att vi nu kan se.

⁴⁵ Sveriges framtida befolkning. Demografiska rapporter 2009.1 SCB 2009.

⁴⁶ Forecasting The Cost of U.S Health Care In the 2040. Fogel. R.W, Workingpaper 14 361, NBER 2008.

Ökad alkoholkonsumtion

Detta avsnitt visar att ökad alkoholkonsumtion ökar vårdens kostnader. Inom akutsjukvården beräknas 20-30 % tillhöra gruppen högkonsumenter. Den direkta alkoholorsakade vården beräknas ligga mellan 5-11 % av samtliga vårdtillfällen. Inom sjukhusens öppenvård bedöms ca 20 % av patienterna vara högkonsumenter. I primärvården finner man drygt 10 % högkonsumenter. För psykiatrin redovisas 20-40 % högkonsumenter.⁴⁷

En alkoholscreening som genomförts på 22 sjukhus och 21 vårdcentraler våren 2009 visar att andelen patienter med en riskfylld alkoholkonsumtion har ökat överlag i jämförelse med en liknande undersökning från 2006. Tydligast är ökningen i åldersgruppen 18-24 år. Jämförs siffrorna med befolkningen i stort utmärker sig åldersgruppen 45-64 år, vilken ligger betydligt högre gällande riskfylld alkoholkonsumtion.⁴⁸

Hur mycket av den ökade vårdbelastningen beror på ökad alkoholkonsumtion?⁴⁹ De ca 2 liter i ökad alkoholkonsumtion som huvudsakligen är resultatet av en mer alkoholliberal politik har ökat sjukskrivningarna för män med ungefär en fjärdedel. Om vi utgår från sambandet mellan alkohol och sjukskrivningar samt att mellan 5-11 % av samtliga vårdtillfällen är alkoholorsakade kan vi föra följande diskussion: om vi antar att alkoholrelaterade sjukskrivningarnas förändringar är proportionella mot vårdkostnaderna, bör vårdens kostnader ha ökat med en fjärdedel. D.v.s. i stället för 5- 11 procent skulle den alkoholrelaterade vården ha varit 3,75- 8,25 procent. Alkohol liberalismen sedan EU-inträdet skulle kunna ha orsakat en kostnadsökning av sjukvården på ett par procent.

3.3 UN DANTRÄNGNING AV DE FÖRVÄRVS AKTIVAS VÅRDBEHOV

Om utbudet av sjukvård inte ökar i takt med ökat behov av vård och ökad efterfrågan på vård kan resultatet bli att vårdbehov trängs undan och inte blir tillgodosedda. En annan möjlig utveckling är att vårdens kvalitet försämras. Ökad efterfrågan på sjukvård från äldre kan ha inneburit att vården för de förvärvsaktiva trängs undan.

Sjukvården behövs också mitt i livet. Påståendet att sjukvården domineras av äldre behöver nyanseras. Av antalet vårdtillfällen i sluten somatisk vård 2006 (det var hela 1 465 018 vårdtillfällen) stod åldersgruppen 25-44 år för 268 512 och åldersgruppen 45-64 år för 340 803 tillfällen. I den förstnämnda gruppen var det till 60 procent bara ett tillfälle under året och andra gruppen 40 procent. De i förvärvsaktiv ålder behöver alltså påfallande ofta slutna sjukvård, även om det bara är en gång eller två gånger om året, och det bör ha betydelse för befolkningens stöd för finansiering av sjukvården. Slutna vård är alltså inte bara något som inträffar sent i livet.⁵⁰

Å andra sidan: personer över 65 år, som år 2006 motsvarade 17 procent av befolkningen, står för knappt hälften av den totala slutenvårdskonsumtionen.⁵¹ Under 1950- och 60-talen växte sjukvården fem gånger mer än vad som kunde förklaras av den demografiska utvecklingen. Under 1980- och 90-talen förklarar demografin hälften av tillväxten.⁵² Under 1980-90-talen har demografin alltså tagit en större andel av resurstillväxten jämfört med perioden innan. Om

⁴⁷ Öjesjö.L. Lärobok om beroendelära. Beroendecentrum Stockholms hemsida 2004.

⁴⁸ Patienters alkoholvanor samt motivation till förändring. Det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus. Riskbruksprojektet Folkhälsoinstitutet 2009.

⁴⁹ 13 percents ökad sjukfrånvaro för män för varje liter ökad konsumtion ren alkohol per invånare över 15 år är slutsatsen av en studie som följer konsumtionen sedan 1935 till 2002 (resultatet för kvinnor var inte signifikant).

⁵⁰ Patienter i slutna vård 2006. Sveriges kommuner och Landsting 2007

⁵¹ Ackerby. S Vad får vi för pengarna? Sveriges kommuner och landsting 2008.

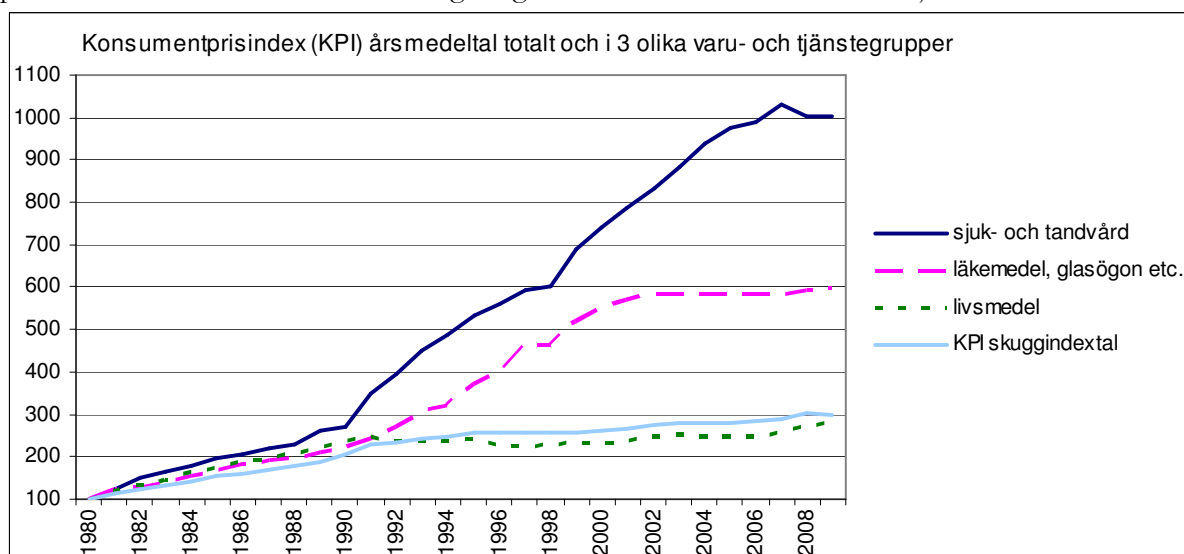
⁵² Ackerby. S. Vad får vi för pengarna? Sveriges kommuner och landsting 2008

resursökningen under den tidigare perioden räckte till både för att öka sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet, kan det under den senare perioden mycket väl ha varit så att den yrkesaktiva befolkningens behov av sjukvård inte tillfredställdes.

3.4 VÅRDINFLATION

Ökad efterfrågan på vård som inte motsvaras av ökade resurser kan också leda till att kvaliteten urholkas och/eller att kostnaderna skenar i väg. Om vården produceras av privata företag kan ökad efterfrågan leda till snabbt stigande kostnader för sjukvård som inte motsvaras av ökad kvalitet.

Sedan 1980 har priserna på hälso- och sjukvårdstjänster som säljs på en marknad ökat mer än konsumentpriserna. Mellan 1980 och 2009 ökade priset för sjukvård och tandvård med 900 procent. Priserna för läkemedel och glasögon etc. har ökat mindre än för sjukvård.



Källa: KPI. SCB. 2010

Det kan jämföras med livsmedel som ökade med 180 procent och KPI med ca 200 procent. Denna jämförelse har svagheten att den innefattar tandvård och att det först under det senaste decenniet sker en ökning av privata vårdföretag.⁵³

Min uppfattning är att privatiseringen av vården ökar risken för sjukvårdsinflation som antingen kan yttra sig i att vi får mindre vård för en given kostnad eller högre kostnader för samma vård. Orsaken är att vårdgivarnas möjligheter att manipulera finanssären. Pengar styr individers beteende och det finns minst fyra sätt för vårdgivaren att manipulera:

- Överskatta vårdbehovet hos patienten.
- Dumpa de vårdtunga patienterna på andra vårdenheter.
- Skumma grädden genom att välja ut de lättbehandlade patienterna.
- Underbehandla patienter som är vårdtunga.

Erfarenheterna från Vårdval Stockholm är ett tydligt exempel på riskerna med vårdinflation. Ett krav för att få en riktig ersättning vid vårdval är att alla listade patienter faktiskt undersöks så att det blir en komplett diagnosregistrering i samband med läkarbesök. Men också detta innehåller

⁵³ KPI. SCB.2010

risker eftersom diagnosregistreringen ger drivkrafter till att överskatta vårdbehovet, för att få högre ersättning.⁵⁴

I Stockholms vårdval används principen lika summa per person utan hänsyn till behov. Styrmetoden är styckeprissättning, eller fee for service. Det betyder att beslut om vård, bygger på ekonomiska mer än medicinska kriterier. Det blir för lockande att genomföra meningslösa återbesök eller att genomföra snabb och enkel vård på relativt friska personer. Systemet tenderar alltså att driva upp vårdkostnaderna och bryter dessutom mot behovsprincipen.

Det innebär att det krävs mycket strikt utvärdering av verksamheten hos vårdgivarna vilket dessa upplever som besvärande byråkrati. Men denna utvärdering, eller byråkratikostnad är en av de faktorer som man måste väga in när man utvärderar effektiviteten av reformen. Både information från diagrammet ovan och från USA talar för att det kommer att utvecklas en vårdinflation i Sverige.

3.5 SLUTSATS: UTAN NYA RESURSER PRIVATISERAS SJUKVÅRDEN

Behovet av sjukvård kommer att öka. För det talar att det kommer att bli fler äldre men framför allt så med ökade inkomster kommer befolkningen att vilja efterfråga mer sjukvård. Om inte landstingen vill tillgodose denna efterfrågan innebär det att vården kommer att privatiseras.

Regeringens ekonomer har en mycket pessimistisk bild av möjligheterna att finansiera vården i framtiden. Sedan 1980 har kommunsektorns produktion av välfärdstjänster utvecklats i ungefär samma takt som den privata konsumtionen. Detta är enligt finansdepartementet inte möjligt framöver på grund av att det är omöjligt att höja skatten. ”Utvecklingen av den offentliga konsumtionen med i genomsnitt 0,7 procent per år ska jämföras med den privata konsumtionen som beräknas växa med 3,1 procent per år fram till 2030.” Denna skillnad i utveckling innebär den offentliga tjänsternas kvalitet inte stiger i takt med den privata standarden och det kommer att upplevas som en försämring. ”Om skattesatserna är oförändrade kommer den skattefinansierade konsumtionen av sjukvård och äldreomsorg minska som andel av BNP”⁵⁵.

Av finansdepartements beräkningar framgår att om inte skatten höjs kommer sjukvårdens och äldreomsorgens andel av BNP minska med en tredjedel fram mot år 2050. Men eftersom det samtidigt finns en ökad efterfrågan på sjukvård kommer snarast sjukvården att privatiseras. Om några decennier kommer ungefär hälften att vara privat.⁵⁶ Jämför man med USA där sjukvårdens andel av BNP är 16 procent och kring hälften, inte är offentligt finansierat så är det inte en osannolik utveckling.

⁵⁴ Anell, A. Vårdval på gång i dagens primärvård. Stora skillnader mellan olika modeller och stort utvecklingsbehov. Läkartidningen nr 28/29 2008

⁵⁵ Långtidsutredningen 2008. SOU 2008:105

⁵⁶ Om vi antar att den offentliga sjukvårdens andel av BNP minskar med en tredjedel (från 9 procentenheten av BNP till 6 enheter, ”det går inte att höja skatten”) och samtidigt att sjukvården som andel av BNP stiger från 9 till 12 procent på grund av ökad efterfrågan, så kommer hälften av sjukvården och äldreomsorgen att vara privat om några decennier.

4. FINANSIERINGEN AV SJUKVÅRDEN

4.1 SKATTER, SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGAR ELLER AVGIFTER

Sjukvården kan finansieras genom skatter, försäkringar eller avgifter. I de flesta fall kombineras dessa tre finansieringsvägar. I basen finns en skattefinansierad del som i högre eller mindre grad kompletteras med kollektiva eller privata försäkringar. Oavsett om vården betalas av skattemedel eller försäkringar tillkommer direkta patientavgifter. Fördelningen mellan skatter försäkringar och avgifter får betydelse för vårdens inriktning, fördelning och effektivitet.

Jag skall visa vad läroböcker och internationella översikter säger om för- och nackdelar med alternativen för att sedan mer utförligt diskutera skatter för ökad sjukvård. Jag börjar med de principiella perspektiven med utgångspunkt från en lärobok av hälsoekonomen Anders Anell.⁵⁷

Ett individuellt sätt att ordna en buffert för sjukdomar skulle kunna vara att spara. Men att spara för vård och omsorg som eventuellt kan kosta flera miljoner är orealistiskt och därför måste behovet lösas med någon form gemensam finansiering antingen via skatten eller genom någon sorts försäkring. I båda fallen sprids risken att tvingas finansiera dyra behandlingar på flera antingen över alla skattebetalare eller över dem som delar en försäkring.

Fördelen med skattefinansierade system är att vårdresurserna fördelas jämnt (efter behov). De ger jämfört med andra system bättre *kontroll över kostnaderna* och kräver liten administration i förhållande till försäkringsfinansierade system. Nackdelen är att skatter kan hämma arbetsutbudet och därmed få en negativ effekt på samhällsekonomin.

Svagheten är en spegelbild av fördelarna. Skattefinansieringen ger mer kontroll över kostnaderna, det ger lägre valfrihet och sämre tillgänglighet till vården för de grupper som med hjälp av försäkringar har möjlighet att efterfråga vård. Märk väl att här finns en fördelningskonflikt inbyggd i tillgängligheten.

Fördelen med försäkringar som komplement till den skattefinansierade vården är att den försäkrade kan få större frihet att välja vård. Om den skattefinansierade vården har begränsade resurser ökar försäkringen tillgängligheten till vården för den som är försäkrad och kan också innebära att den försäkrade erbjuds vård av högre kvalitet.

Om det är ett land med ojämn kvalitet i sjukvården, tänk ett land utanför den rika världen, ger en försäkring möjlighet att få bättre kvalitet i vården. Det ger i länder med bra kvalitet större tillgänglighet till vård därför att försäkringen kan finansiera företräde till framför andra till bra vård. Det betyder inte att alla får bra vård.

Avgifternas bidrag till finansieringen av vården är litet, särskilt när det gäller den teknologitunga delen av vården. Avgifter används främst för att hålla tillbaka efterfrågan på vård. De kompletterar därmed den ransonering av vården som följer av dålig tillgänglighet.

I det följande skall jag visa att skatter är att fördrå framför de andra alternativen.

⁵⁷Anell.A. Hälsoekonomi.Studentlitteratur 2009

4.2 SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGAR

Något om omfattningen av sjukvårdsförsäkringssystem i olika länder.

I en OECD- rapport 2009 gör professorn i hälsopolitik Peter. C Smitt följande analys av sjukvårdsförsäkringarna i USA och i vissa EU-länder. En grundläggande egenskap hos en vårdmarknad är möjligheten att byta försäkringsgivare. Den andra är en stabil och långsiktig finansiering av försäkringen. I praktiken är valfriheten för många amerikaner väsentligt inskränkt genom inläsning i ett försäkringskontrakt som finansieras av det företag man är anställd i. Detta begränsar också rörligheten och skapar extra otrygghet om man blir uppsagd. Andra saknar en försäkringsplan för att de inte har råd att betala eller för att de upplevs som en för stor risk. I de obligatoriska sjukvårdsförsäkringar som finns i Europa pågår en utveckling mot att definiera vilken risk de försäkrade innebär. D.v.s. i syfte i att undvika dåliga risker, alltså sjuka patienter. Förutom den ökade finansiella risken det innebär för individen försvagar det marknadsmekanismerna och möjlighet att välja. Att kunna identifiera rökare skulle t.ex. öka kunskapen om individernas risk för sjukdom. ”Riskselektande aktiviteter ökar i alla system med konkurrerande sociala sjukvårdsförsäkringar.”

Oro för skevt urval av försäkrade leder i USA till att till en ”kapplöpning mot botten” när det gäller att tillhandhålla vård som för kroniskt sjuka som t.ex. vid mental sjukdom.⁵⁸

EU- ländernas sjukvårdsförsäkringar

If Obama were starting from scratch there would be a strong case (even to a newspaper as liberal as this one) for a system based mostly around public funded health care.⁵⁹

Ledare i den brittiska affärstidningen Economist.

Erfarenheter från EU-länder som har omfattande försäkringar som ersätter eller kompletterar offentlig finansiering av vård visar på en rad nackdelar med försäkringar.

1. *För liten pool.* En effektiv försäkring förutsätter en stor pool med individer att sprida riskerna på. Privata försäkringar innebär mindre pooler att sprida riskerna på. Högriskgrupper kan nekas försäkring, i vissa länder kan försäkringsbolagen dock inte neka kunder. Premierna blir höga för människor som löper stor risk att drabbas av sjukdom, t ex äldre, vilket gör att dessa grupper har svårt att få ett fullgott skydd. Det är således inte lika tillgång till försäkringarnas förmåner. Detta leder till en segmentering av marknaden så att de offentliga systemen får de äldre och de som har svag hälsostatus. Pooler med lågriskgrupper ger möjlighet till lägre premier och dessa försäkringar kan få större marknadsandel. Det leder till ytterligare svårigheter att finansiera de offentliga systemen. Privata försäkringar leder till en segmentering så att de offentliga systemen domineras av äldre och de som har hög risk. Det kan leda till icke avsedda effekter som att underminera betalningsviljan för de offentliga systemen samtidigt som dessa domineras av äldre med svag ekonomisk förmåga.

2. *Svag konkurrens.* Det är svag konkurrens mellan olika försäkringsgivare på grund av brister i öppenhet om premier och rättigheter och svårigheter att byta försäkringsgivare. Det är också ett svagt konsumentskydd vad gäller rättigheter när sjukdomar inträffar.

3. *Kostnadskontroll.* Privata försäkringar ger bättre tillgång till specialister sannolikt beroende på att dessa kan få högre ersättning för patienter som har privata försäkringar och på så vis bidrar det

⁵⁸ Smitt. P. C. Markets Mechanism and the Use of Health Care Resources. ur Achieving better value for the money in the Health Care. OECD 2009

⁵⁹ Economist 27:e Juni 2009.

till sjukvårdsinflation. Försäkringar som kompletterar eller ersätter offentliga system leder således till ojämlik fördelning och till svårigheter med kostnadskontroll. Ytterligare en nackdel med de försäkringsbaserade vårdssystem i de rika länderna är högre administrationskostnader, 6-7 procent som andel av de totala hälsoutgifterna, jämfört med de nordiska 1-2 procent.⁶⁰

4. *Instabil finansiering.* Kollektiva vårdförsäkringar finansieras med arbetsgivaravgifter vilket innebär att basen för intäkterna varierar med konjunkturen. Finansieringen är alltså inte stabil.

Generellt är svagheten med privata *försäkringslösningar* således att de begränsade riskpoolerna *knyter premier och förmåner till hälsorisker. Människor med höga risker att drabbas av sjukdomar och/eller svag betalningsförmåga exkluderas.* Skattefinansiering däremot innebär en effektiv riskspridning och skyddar individerna mot finansiella risker t.ex. att inte kunna betala premien eller avgiften för vården.⁶¹

Det finns emellertid också exempel på försäkringssystem som inte exkluderar dem med hög risk att drabbas av sjukdomar. I Tyskland utvecklar försäkringsgivaren särskilda program för individen med funktionsnedsättningar som diabetes, bröstcancer, astma och kroniska hjärtsjukdomar.⁶²

Holland refereras som ett positivt exempel på en förnyad och balanserad försäkringsmarknad. I systemet ingår en basförsäkring för alla som administreras av privata aktörer. Alla har rätt till basförsäkringen och ett försäkringsbolag kan inte neka någon att teckna en försäkring vid t.ex. handikapp. Därtill kan man teckna tilläggsförsäkring. Problemet är dock desamma i andra system med mer marknadsinslag dvs. som överbehandling, genom att patienterna kallas till extra besök eftersom läkarna nu får mer pengar ju mer de vårdar.

USA: s sjukvårdsförsäkring

I USA är sjukvårdens andel av BNP nästan dubbelt så hög som i Sverige. I Europa kostar sjukvården ca 8-10 procent av BNP jämfört med 17 procent i USA. De administrativa kostnaderna i USA är 516 dollar mot i Frankrike 247 och i Tyskland 191 dollar. Länder med fler finansierare har högre andel administrativa kostnader, i USA 7 procent, vilket är dubbelt så högt som Frankrike och Tyskland. I Canada och Japan är dessa kostnader bara ca 2 procent.⁶³

USA avviker genom lägre andel som är offentlig finansierad, en större andel är försäkringsfinansierad med s.k. outpatient dvs. patienter som behandlas utanför sjukhuset. Kombinationen av hög försäkringsandel och hög andel av vård på praktiker utanför sjukhusen bidrar till en hög kostnad.

Läkarna tjänar 25-40 000 dollar mer i USA än i Tyskland och Storbritannien. Sjukhusvården kostar 40-100 procent mer än i andra länder men tillgängligheten till läkare, mätt som sannolikheten för läkarbesök, är 30 procent lägre än i OECD-länderna som snitt. Priserna på 181 undersökta läkemedel är 30 procent högre än i andra länder. Läkarna använder oftare dyra undersökningar och laborietester.⁶⁴

⁶⁰ Achieving Better Value for Money in Health Care. OECD Health Policy Studies. OECD 2009.

⁶¹ Thomson, S, Foubister, T & Mossialos, E *Financing health care in the European union – challenge and policy response.* European Observatory on health systems and politics. 2009

⁶² Smitt, P. C. Markets Mechanism and the Use of Health Care Resources. ur Achieving better value for the money in the Health Care. OECD 2009

⁶³ Person, M. Disparities in health expenditure across OECD: countries. Why does United States spend so much more than other countries. Written statement to Senate Special committee on aging. OECD 2009.

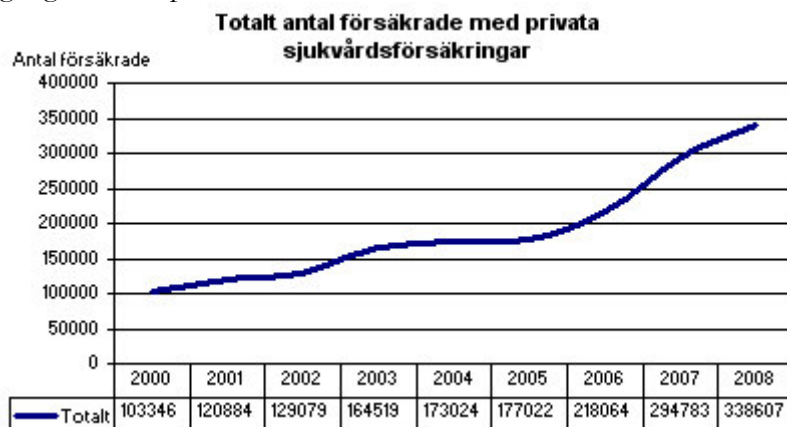
⁶⁴ Person, M. Disparities in health expenditure across OECD: countries. Why does United States spend so much more than other countries. Written statement to Senate Special committee on aging. OECD 2009.

Hushållen i USA betalar en allt större andel av sin budget för sjukvård. Mellan 1984 och 2008 ökade sjukvårdskostnadernas andel av hushållens utgifter från 4,8 till 5,9 procent, en ökning som förklaras av ökade kostnader för vårdförsäkringar.⁶⁵ Under 00-talet har arbetsgivarnas kostnader för de anställdas sjukvårdsförsäkringar ökat med omkring sex procent om året.⁶⁶ För att inte bidra till att höja inflationstakten i USA borde kostnaden vara högst kring fyra procent.

USA är ett exempel på en marknadsstyrd sjukvård men också på obalans mellan konsumenternas och producenternas ställning på marknaden, där producenterna har en stark position i förhållande till konsumenterna.

Sjukvårdsförsäkringar i Sverige

Flera försäkringsbolag i Sverige erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar som lovar en fil utan väntetider fram till vård via privatläkarmottagningar och privata sjukhus. I OECD:s sammanställningar anges vårdförsäkringars finansiering av sjukvården i Norden som obetydlig men det finns skäl att tro att de är växande. År 2008 hade 338 607 personer i Sverige en privat sjukvårdsförsäkring. Marknaden för privat sjukvårdsförsäkring har blivit nära två och en halv gånger större på åtta år.



Källa: Försäkringsförbundet 2010

År 2008 var 87 procent av försäkringarna betalda av arbetsgivarna.⁶⁷ Med ökat intresse och utnyttjande av försäkringarna följer nu ökade kostnader, med i genomsnitt 30 procent.⁶⁸

Tabellen nedan visar ett utdrag ur prislistan för Skandias sjukvårdsförsäkring och ökade kostnader att teckna försäkringens med stigande ålder. Det finns olika kvalitetsalternativ samt för det tredje att det är dyrare i vissa länder utanför Skandinavien, zon 3 i tabellen nedan.

Prislista Skandia privat sjukvårdsförsäkring olika alternativ. Kr

Ålder	Bas	Plus	Plus zon 3	Excellent	Excellent Zon 3
35-39	1 698	4 964	8 173	9 169	14 077
60-64	3 640	14 966	22 170	16 487	24 277
75-79 år	10 946	29 701	30 676	30 676	45 954

Källa: Skandias hemsida våren 2010

Det offentliga finansiella perspektivet är att om privata sjukvårdsförsäkringar får en betydande omfattning så minskar det intresset hos resursstarka individer att finansiera den offentliga sjukvården.

⁶⁵ The Consumer Expenditure Survey—30 Years as Continuous Survey. Bureau of Labor Statistics 2010

⁶⁶ Bureau of Labour Statistics, National compensation Survey. US 2010

⁶⁷ Försäkringsförbundet 2010

⁶⁸ Trygg-Hansa Pressmeddelande 2009

Min bedömning är att försäkringsbolagen har intäkter kring 1 mdr kr av sjukförsäkringar. Försäkringsförbundet vill inte berätta hur mycket försäkringsbolagen betalar för de försäkrades vård? 1 mdr kr i förhållanden till landstingens hälso- och sjukvård på 205 miljarder kronor⁶⁹ visar att det är fortfarande en liten summa. Styreffekten kan vara större om den påverkar primärvården och remisser till specialister.

Försäkringar och trovärdighet i förmåner

Vårdförsäkringars fördelar måste ställas mot deras förmåga att garantera rättigheter.

Konsument försäkringsbyrå lät försäkringsbolagen pröva ansökningar om en sjukförsäkring, obs inte vårdförsäkring. De fiktiva ansökningarna gällde:

- 35 årig lärare, man, med reumatism
- 30 årig sjuksköterska med diabetes
- 43 årig revisor, kvinna, med bröstcancer
- 35 årig, man, elektriker med hörselskada
- 40 årig, man, civilingenjör som har haft en hjärtinfarkt men i övrigt är frisk

Samtliga dess fall fick avslag eller krav på kraftigt höjd premie vid ansökan om sjukförsäkring. Det är inte ovanliga sjukdomar utan tvärtom många i befolkningen har någon av dessa eller liknande diagnoser.

Byrån konstaterar följande: ”Den försäkring som det är svårast att få teckna till normal premie är sjukförsäkring. I de typfall bolagen fått att riskbedöma har försäkring sällan beviljats utan klausul (begränsning) eller förhöjd premie.”⁷⁰

Både när det gäller privata och offentliga rättigheter ligger leveranser i form av vård eller ersättningar ofta långt fram i tiden vilket ökar osäkerheten. Det krävs ett mycket starkt konsumentskydd om privata sjukvårdsförsäkringar skall fungera väl. Troligen kommer regleringarna behöver bli så starka att det blir en genomreglerad marknad. De tyska försäkringsinstitutionerna för sjukvård är därför i praktiken halvstatliga institutioner

Ett konkret förslag till vårdförsäkringar är följande: Alla 9 miljoner medborgare måste ha en försäkring som kostar 2 000 kr om året. Drygt 16 mdr kr tillförs vården. Knappt ca 2 mdr kr behövs för försäkringsbolagens administration. 16.2 mdr kr räcker till 6 000 läkare med en kostnad på 2,4 miljoner kr. Försäkringen ger bonus på avgiften för dem som inte har stort vårdbehov precis som en bilförsäkring har bonusklasser. Det ger hushållen motiv att spara till försäkringar. Det förslaget lade ekonomen Bengt Jönsson i ett föredrag för hälsoekonomer hösten 2009.⁷¹

Effektiviteten är huvudproblemet med försäkringar

Enlig min krassa syn är huvudproblemet med vårdförsäkringar inte det faktum att det gynnar relativt friska höginkomsttagare. Det centrala problemet är att kostnaderna drivs upp och vårdens effektivitet kan påverkas negativt. Ett system där vården finansieras med försäkringar ger helt enkelt mindre vård för pengarna jämfört med ett skattefinansierat system. Det beror på att kvantiteten producerad vård, som genomsnitt, blir lägre, vilket beror på att möjligheten för finansären till kostnadskontroll är svagare en skattefinansierad vård. Dessutom är administrationskostnaden högre.

⁶⁹Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2007 OE 29 SM. SCB 2009.

⁷⁰ Funktionshinder - Försäkringshinder. Konsumenternas försäkringsbyrå 2001.

⁷¹ Jönsson .B. Fördrag vid IHE hösten 2009

Motivet för att införa vårdförsäkringar som komplement till skattefinansiering, är att erbjuda den försäkrade valmöjligheter och snabb tillgänglighet. Valmöjligheter och tillgänglighet kräver resurser som i sig driver upp kostnaderna för vården. Detta är en kostnad som köparen av en försäkring kan vara villiga att ta om man säkert får vård. En viktig anmärkning, tillgängligheten per krona, kan vara högre i offentliga system d.v.s. mer vård för pengarna. Men utan denna budgethänsyn är det högre tillgänglighet till vård i försäkringsfinansierade system d.v.s. mer pengar till vård.

Kostnaderna drivs också upp av att försäkringarna erbjuder bättre tillgång till specialister. Dessa får då möjlighet att ta bättre betalt för sina tjänster som ersättning för att de prioriterar försäkringspatienterna. De som är hänvisade till skattefinansierad vård trängs undan från specialistvården.

Erfarenheterna från länder med försäkringsfinansierad vård visar att finansieringen av vården blir fragmenterad på många försäkringsgivare som passivt ersätter vårdföretagen för en uppkommen kostnad. Försäkringsgivarnas upphandlarmakt har alltså visat sig vara svag vilket gett vårdbolagen möjlighet att ta ut höga avgifter och ta betalt för onödiga undersökningar och behandlingar.

Exemplet privatiseringen av de svenska apoteken

Syftet med denna ruta är att visa den prispress som sker när en offentlig instans agerar som samordnare. Varje landsting och varje patient köper själv sina läkemedel men de subventioneras av offentliga medel. Tandvårds och läkemedelsverket (TLV) är en statlig myndighet som bestämmer hur mycket det är rimligt att läkemedel får kosta givet vilken nytta de gör. Under några år 00-tal lyckades den sänka priserna med 20 procent. Myndigheten är unik i världen genom detta uppdrag. Myndigheten har av regeringen de senare åren fått ett omvänt uppdrag mot det tidigare, att öka handelsmarginalen för att göra det lönsamt för privata företag att etablera nya apotek för att öka tillgängligheten.⁷²

”TLV har beräknat att den totala kostnadsökningen i samband med marginalhöjningen uppgår till 460 miljoner kronor per år. En annan konsekvens av omregleringen är att vinsterna från parallellimport framgent tillfaller apoteksaktörerna i stället för landstingen.”

En kylig analys är att den långsamma/sjunkande kostnadsutvecklingen för läkemedel har brutits sedan år 2007/08. Slutsatserna är två. Det bekräftar bilden av att strategisk upphandling och inte passiv ersättning sänker kostnaden. Det blir mer vård för pengarna. Det visar också att ökad tillgänglighet, i detta fall fler apotek, kostar och kräver marginaler.⁷³ Dessa 460 miljoner kr har en alternativ användning, t.ex. fler och bättre läkemedel.

Till de kostnadsdrivande inslagen hör också fragmenteringen av administrations- och marknadsföringskostnaderna på flera bolag och försäkringstagarnas svårigheter att byta försäkringsgivare.

Det kan också vara så att försäkringar driver upp kostnaden så att det inom en given budgetram minskar tillgången till vård för alla i stället för att öka den. Driver den upp kostnaderna leder det till att resurssvagas vårdbehov trängs undan. Hur mycket vård som kan produceras beror på tillgänglig kompetent arbetskraft. Om efterfrågan ökar, tex med hjälp av extra finansiella resurser via växande vårdförsäkringar leder det till att priset på arbetskraft, utrustning, läkemedel lokaler

⁷² Tandvårds och läkemedelsverket 2007.

⁷³ Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos. Maj 2010. Socialstyrelsen

mm stiger. Det betyder att de som inte har betalningsförmåga kan få mindre vård, det trängs undan av marknadskrafterna. Mer vård kan alla bara få om det är mer resurser i form av tex arbetskraft eller sjukhussängar eller att arbetskraften och lokalerna kan utnyttjas effektivare tex genom att operera mellan kl 07. 00 och 21 00, dvs i tvåskift som i industriell produktion.

År 1985 konsumerade svenskar 15 procent mer sjukvård än i länder där vård finansieras med försäkringar och samtidigt också 15 procent mer än i de nordiska länderna som genomsnitt. (I vilket Sverige ingår så skillnaden är än större.) 2005 konsumerar invånare i länder med försäkringsbaserad ersättning mer vård i t.ex 23 procent mer vård än i Sverige där vården är skattefinansierad. Sverige konsumerar mindre vård än Norden som genomsnitt.⁷⁴ Det är en radikal förändring på 20 år. Det kan se som överkonsumtion av vård eller dyrare vård och mer byråkrati. Det kan också ses som att de skattebaserade systemen i Norden inte klarar av att förse medborgarna med tillräckligt med vård.

En växande privat vårdmarknad kan underminera en solidarisk betalningsvilja om den innebär en uppdelning av medborgarna i försäkringspooler. Det är i praktiken svårt att kombinera solidarisk finansiering av vård med konkurrens mellan finansiärer på grund av de starka drivkrafterna till selektion eller att kunna skumma grädden. Privata vårdförsäkringar är när det gäller stödet för allmän sjukvård ett större hot än privata vårdcentraler.

4.3 SKATTER

Skattefinansierade system har en rad nackdelar men dessa måste jämföras med den påtaliga svaghet som finns i försäkringsbaserade lösningar. Fördelen med skattefinansiering är den breda intäktbasen, förutom skatt på lönesumman bidrar även skatt på konsumtion och kapitalinkomster till att täcka sjukvårdens kostnader. Skatterna är omkring hälften av BNP. Socialförsäkringsavgifter som är baserade på lönesumman var år 2009 11,5 procent av BNP.⁷⁵ Avgifter som bara ligger på lönesumman kommer också att variera mer än hela skatteunderlaget där också skatt på konsumtion och kapitalinkomster ingår.

Den citerade utredningen *Financing health care in the European union – challenge and policy responses* frågar om det finns en optimal väg att finansiera sjukvård. Deras slutsats är att offentlig finansiering är överlägsen privat finansiering om syftet är att i) uthålligt få intäkter utan att underminera vårdens mål som är lika bidrag och tillgänglighet och ii) poola risker och för att begränsa individernas finansiella risker, d.v.s. att inte kunna betala vård när de behöver den samt iii) försäkra att individerna får så mycket vård som möjligt för pengarna. Det är således ett rättvis- och två effektivitetskriterier.

Utgångspunkten är enkel. Inkomster är omvänt fördelade mot hälsa. De som har högre inkomster är friskare. De med svagare hälsa och mer behov av vård har lägre inkomster. Av detta följer att skattefinansierad vård, även om skatteskalen är proportionell, men vården fördelas efter behov, får en starkt progressiv fördelningseffekt.

Syftet med detta avsnitt är att visa att det går att höja skatterna. Kritiken mot att använda skatter för att finansiera sjukvård är emellertid inte grundlös. Skatter har effekter på arbetsviljan. En effekt är skatteundandragande som beräknas uppgå till ca 5 procent av BNP, delvis på grund av svartarbete.

⁷⁴ Rehnberg.C, Magnussen. J & Kalevi Luoma.K. Maintaining fiscal sustainability in the Nordic countries. *in* Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. Ed. Jon Magnussen.J, Karsten Vrangbæk. K &. Saltman. R.B. 2009. Open University Press McGraw-Hill Education.

⁷⁵ Analysunderlag, december 2009. Konjunkturinstitutet

Tips till socialdemokratiska skattehöjare - Det beror på hur det görs.

De som säger att skatter har negativa verkningar har rätt. Men hur kan då Sverige fungera bättre, med mer arbetsvilja, än andra länder med lägre skatter är en motfråga?

1. Ett svar är det lönar sig att arbeta. Välfärdssystemet i Sverige ställer krav på att man arbetar. Det finns regler för hur mycket man måste arbeta för att kvalificera sig för A-kassa, sjukpenning och pensionsinkomster utöver grundpension.
2. Skatter kan lättare höjas för tjänster som väljarna/skattebetalarna upplever som legitima, som sjukvård.
3. Man måste se till så att skatteunderlaget inte försvinner utomlands. Det gäller både kapitalskatter och de som flyttar utomlands men ändå har rättigheter i Sverige t.ex. till sjukvård.
4. Om det finns bra ersättningar och förmåner måste en bred arbetslinje hävdas t.ex. se till så att alla som får sociala ersättningar har rätt till dem. De som har nedsatt förmåga erbjuds alternativ sysselsättning. Det är en förutsättning för tilltro till välfärden och skatterna. Vårdbidrag låser fast roller och minskar skatteunderlaget.
5. Skattekontrollen ger ca 4,5 gånger statens utgifter för kontroll. Det betyder att varje "skattefogde" drar in sin lön 4-5 gånger om. Därtill menar skatteverket att den preventiva effekten av skattekontrollen är hög.⁷⁶ Alliansregeringen har minskat på skatteverkets resurser samtidigt som den infört krångliga avdrag som för hushållstjänster, vilket har ökat kostnaderna för skatteverket.

Attityder till frågan "Hur anser du att nedanstående verksamheter bör finansieras?"

Procent

Andel som svarar "bör som nu huvudsakligen betalas genom skatter och arbetsgivaravgifter.	1986	1992	1997	2002	2006
Utbildning	79	75	75	76	86
Sjukvård	90	90	92	93	91
Barnomsorg	63	63	66	69	74
Äldreomsorg	-	92	89	91	91

Källa: Stefan Svallfors. Klasserna, politiken och välfärdsstaten: ett attitydproblem. Opublicerat föredrag

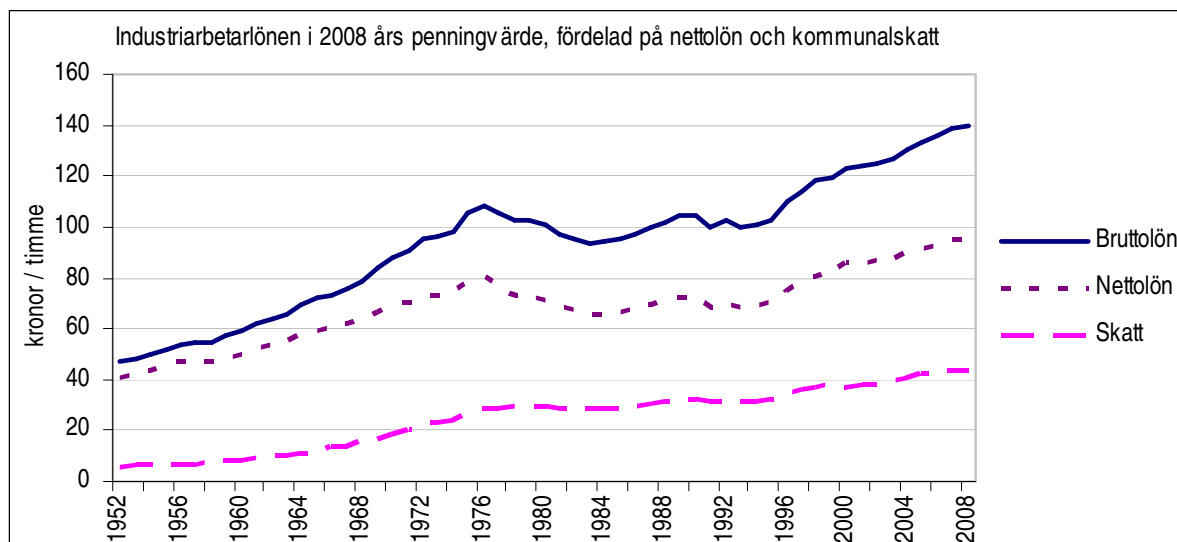
Viljan att betala skatt för sjukvård är som framgår av tabellen ovan hög och stigande mellan 1990-talets och 00-talets mitt. Ju tydligare en sjukvårdsskatt blir destinerad just till sjukvård desto mer liknar den en avgift och har mindre av skattens negativa inverkan nämligen att minska arbetsutbudet. Ekonomer anser att en avgift som går till en vara eller tjänst som betalaren vill ha, inte minskar viljan arbeta. Eftersom avgifter bara kan vara en liten finansieringskälla och skatter är en i förhållande till försäkringar ekonomiskt effektivare lösning, så är ståndpunkten att skatten inte går att höja samma sak som att säga att många patienters behov av sjukvård inte går att tillfredställa.

Det finns en *paternalistisk altruism*, vi bryr oss om andras hälsa och inte bara den egna hälsan. Men omsorgen om andras hälsa, altruismen, är starkare om givaren får inflytande över hur resurser används, dvs. en paternalistisk altruism.

⁷⁶ Skatter i Sverige. Skattestatistisk årsbok 2007. Skatteverket 2007.

Höjd skatt för sjukvård – huvudalternativet

Syftet med detta avsnitt är att visa att det går att höja skatten för att finansiera mer sjukvård och att det är rimligt att så sker. Startpunkten för analysen är att visa hur det har varit för att sedan visa på en tänkbar utveckling. Antagandena är följande. Med ökade inkomster vill löntagarna ha mer sjukvård. De vill också ha en ökad nettolön. De vill ha ökad fritid.



Diagrammet ovan visar att under välfärdsstatens uppbyggnad, från mitten av 1950-talet fram till mitten av 1980-talet, så ökade skattesatserna. Under perioden med svag ekonomi under 1980- och 1990-talet steg skattesatsen men inte reallönerna netto efter skatt. Under senare år har industriarbetarnas reallöner stigit men kommunalskattesatsen har inte gjort det lika mycket. Men, vilket är det viktiga, samtidigt med de ökade skattesatserna så ökade löntagarnas reallöner netto, alltså efter skatt. (Det framgår inte av diagrammet men fritiden ökade också.) Slutsatsen är att löntagarna valde eller accepterade att skatterna ökade som andel av inkomsterna samtidigt som de i absoluta tal, i kronor, fick ökad reallön efter skatt.

När lönerna stiger framöver bör man kunna förvänta sig att löntagarna vill att skattesatsen stiger så att sjukvårdstjänsternas andel av deras inkomster minst följer inkomstutvecklingen.

Ytterligare en faktor talar för de accepterar högre skatt för sjukvård. Tidigare visades att sett över ett sekel har konsumenterna med stigande inkomster använt mer av inkomstökningen till sjukvård än till livsmedel. Det innebär att livsmedlens andel av budgeten sjunker och konsumenterna får utrymme för annan konsumtion.

Sjukvårdsskatt som försäkring

Att vi trots allt bryr oss om andras säkerhet är ett argument för att det går att höja en sjukvårdsskatt. Det andra argumentet är försäkringsargumentet. En av de tjänster som är mest efterfrågad i vårt samhälle är försäkringar mot oönskat bortfall av inkomst eller behov tjänster som vård. Människor vill ha en jämn inkomstström över livet och därför har de dels buffertsparande, dels försäkringar. Med högre inkomster desto mer efterfrågas trygghetsprodukter. Sjukvård har som visats i avsnitt 4.1 en hög inkomstelasticitet, efterfrågan ökar med 15 procent vid 10 procent inkomstökning. En försäkring för sjukvård ger helt enkelt välfärd för den försäkrade. Den ger det omedelbart när den därför tecknas att individen känner sig tryggare och självfallet när man får sjukvård.

Individer har inte full information om sin egen hälsa, de vet inte vad som händer dem om 20 år eller nästa år. Det är därför rationellt att betala en skatt för att det skall finnas ett sjukhus ”om man skulle bli sjuk.” Hur planerar individer sin konsumtion över sitt liv? Ett svar på den frågan ger samhällsvetares studier över individers privata konsumtion och offentliga konsumtion över en livscykel.

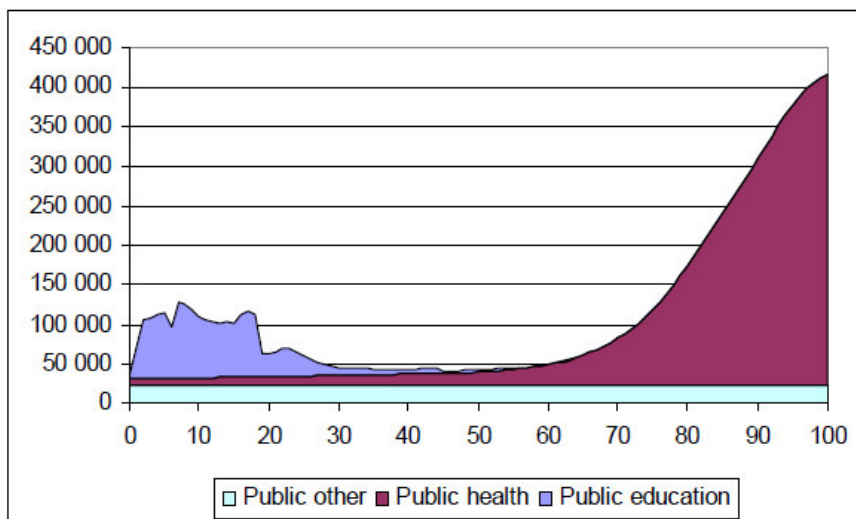


Figure 6 Per capita public consumption by category, in SEK, 2003

Källa: Forsell, C, Hallberg, D, Lindh, T & Öberg, G. Intergenerational public and private sector redistribution in Sweden 2003 Arbetsrapport/Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2008:4

De privata utgifterna för utbildning och vård är små över hela livet vilket innebär att individer räknar med den offentliga konsumtionen för dessa behov. De ser staten som ett försäkringsbolag. I ungdomen är utbildningskonsumtion ca 100 000 kr per år och individ och i ålderdomen, vårdkonsumtion 300 000-400 000 kr per år och individ.) både äldreomsorg och sjukvård ingår i dessa siffror.) Det innebär att i yrkesaktiv ålder är individer beredda att avstå inkomster för att jämna ut sin konsumtion över tiden. Det kommer i själva verket mot slutet av livet per år ofta att konsumera mer än de hade i årsinkomster när de arbetade.

Attityder till frågan ” Skatterna går till olika ändamål. Anser du att den mängd skattepengar som går till de ändamål som nämns nedan bör ökas, hållas oförändrade eller minskas?” Procent.

Andel som vill öka utgifterna (+) samt som vill minska (-)	1981	1986	1992	1997	2002
Sjukvård – och hälsovård	+ 45 - 3	+ 47 - 4	+ 53 - 4	+ 77 - 2	+ 79 - 2
Bostadsbidrag	+13 - 36	+ 13 - 36	+ 13 - 38	+ 14 - 34	+ 8 - 48
Den vanliga skolan (grund - och gymnasieskolan)	+ 26 - 7	+ 32 - 2	+ 50 - 1	+ 70 - 1	+ 71 - 1

Källa: Stefan Svallfors. Klasserna, politiken och välfärdsstaten: ett attitydproblem.

Om man har hög tilltro till att sjukhusvården finns där för mig ”när jag behöver den” så kan sjukvårdsskatten ses som en avgift till en egen försäkring. Om man däremot har låg tilltro till sjukvården är till för den egna hälsan, försäkringsargumentet, utan att den finansierar andras

sjukvård då är det en skatt. Tilltron till och tillgängligheten till sjukvård är därför avgörande för betalningsviljan. Stödet är villkorat.⁷⁷

Vad kan försvaga viljan att finansiera sjukvården med skatter? Tre tänkbara kandidater är, *privata vårdsförsäkringar* så att resursstarka kommer före i kön vid knappa resurser eller ett prioriteringssystem som starkt *begränsar tillgängligheten* eller om den *medicinska kvaliteten* sjunker. Om det är hög kvalitet och tillgänglighet kan viljan att betala skatt öka.

Min summering är denna: En stor del av sjukvården, mer än hälften, går till dem som är i förvärvsaktiv ålder. Med ökade inkomster har de intresse av att finansiera ökad vårdkonsumtion för sig sin egen generation. Förvärvsaktiva upplever nog att det är värt att betala för vården för sina äldre, alternativet är att själva vårda sina gamla.

Det finns goda argument emot men mycket talar ändå för att det kan bli en sammanpressad sjukvård. Äldre kommer att ha en kortare tid som sjuka. Försäkringsargumentet säger att hushållet har intresse av att avstå privat konsumtion för att få genom en sjukvårdsskatt, om det finns tilltro till att det finns sjukvård.

Skatter har nackdelar men försäkringsfinansierad vård har också stora nackdelar. Så länge som principen om att alla skall ha lika vård är skatter troligen bättre finansiering. Det finns en parternalistisk altruism: man är beredd att betala för andras vård men inte för deras konsumtion.

4.4 AVGIFTER

Avgifter kan innebära en fördelning av kostnader mellan vårdgivaren och individen vilket innebär att rationella konsumenter avstår från vård som är av litet värde för dem, onödig eller ineffektiv. Resultatet enligt detta tankesätt är att efterfrågan minskar utan att skada individens hälsa. Särskilt om det finns tak för fattiga patienters avgifter.

Det finns ett antal viktiga invändningar mot detta som visar att avgifter inte kan bli en betydande finansieringskälla. För det första för att de flesta patienter inte är priskänsliga för betalning ur egen ficka för hälsojänster, särskilt för läkemedel. Det förklaras till en del av att läkaren styr patientens efterfrågan. Det flyttar över en del av kostnaden till patienten men om personen inte är känslig för höjden på avgiften ökar ändå efterfrågan.

För det andra för att det är nödvändigt med högkostnadsskydd eller andra form av tak för att skydda patienter med stora behov eller svag ekonomi. Avgiftsfinansiering innebär administrativa kostnader. Om det finns behovsprövning innebär det risker för bedrägligt beteende.

Det är alltså inte övertygande att kostnadsdelning genom patientavgifter påtagligt bidrar till sjukvårdens finansiering om man samtidigt skall nå målen om lika tillgänglighet och skydd av alla patienters hälsa.

Utredningen *Financing health care in the European union – challenge and policy responses*, konkluderar att det inte finns bevis för att avgifter bidrar till kostnadskontroll.

⁷⁷ Även de som tror på solidaritet drar tillbaka sitt stöd för en omfattande välfärdsstat om inte den är rättvis i fördelningen och förhindrar friåkande. Rättsfilosofen John Rawl förklarar det med att om man misstänker att andra inte gör sin andel kommer man frestas att inte själv bidra. Detta gäller särskilt om den inte finns en auktoritativ tillämpning av reglerna. Stödet för välfärdsstaten är alltså villkorat. Källa: Rothstein. B. Corruption, Happiness, Social Trust and the Welfare State: A Causal Mechanisms Approach. QoG WORKING PAPER SERIES 2010:9= April 2010

År 2003 köpte hushållen i Sverige hälso- och sjukvård för 5 710 kr och år 2008 för 6 580 kr, en ökning med drygt 15 procent. Hushåll med högre inkomster använder mer resurser än låg- och mellan inkomsttagare till hälso- och sjukvård, över 8 000 kr per hushåll mot ca 5 000 kr för låginkomsttagare.⁷⁸ Utgifterna sjunker inte proportionellt med inkomsten eftersom många äldre eller sjuka hushåll måste använda en proportionellt större andel av sina inkomster till sjukvård.

Svagheter med avgifter är att de främst håller borta efterfrågan från primärvården, men få är storkonsumenter av primärvård. Det innebär att primärvårdens preventiva roll försvagas och att kostnader kan uppstå senare i kedjan med dyrare sjukvård som följd. Kostnader för sjukvård är snedfördelade så att en liten grupp står för en stor del av kostnaderna och de kommer ofta sent i livet när betalningsförmågan är lägre. Avgifter är därför en extra beskattning av dem som har stora behov av vård och drabbar särskilt låginkomsttagare hårt.

5. MARKNADER FÖR VÅRD

5.1 FÖR OCH EMOT MARKNADER FÖR VÅRD

Konflikten om sjukvården gäller hur starka marknadsinslag som är möjliga och ändå generera rättvis fördelning av vård. Så låt oss pröva argumenten för och emot. Först argumenten för:

Sjukvården är en stor förvaltningsapparat och kompetenta medborgare inser att de politiska mekanismerna inte är perfekta när det gäller att tillfredsställa alla medborgares individuella önskemål. Det kallas ”demokratins svarta hål”. Det finns därför goda argument för valfrihet och marknader som svarar mot ökad individualism och patientens behov av att hävda sig mot producenten.⁷⁹

Politiska filosofer diskuterar om inte marknader faktiskt kan bidra till att skapa en ökad rättvisa och effektivitet samtidigt.⁸⁰ Jag skall visa, förenklat, hur de tänker och det viktiga är vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda för att marknader skall fungera väl. Utgångspunkten för lika omsorg om människor är att de har en lika startpunkt när de gör sina val. Det finns inte heller några oförutsedda risker.

För att marknader skall vara både effektiva och ge rättvis fördelning av resurser krävs att konsumenterna har full information. I vårt fall med sjukvård så krävs en myndighet som utjämnar skillnader i information. En privat vårdgivare som säljer till en vårdkonsument, på en helt oreglerad marknad uppfyller inte detta villkor.

På en ideal marknad finns det inte något som heter tur eller otur. Människor skall därför inte göras ansvariga för t.ex. risker som de inte har kunnat förse t.ex. att få cancer eller att bli påkörda i trafiken. Ett exempel på oförutsebarheten och snedfördelningen av risker och kostnader är följande: I Region Skåne använde i början av 00-talet 3.5 procent av befolkningen hälften av sjukvårdens kostnader och en fjärdedel använde inte någon sjukvård alls under året.⁸¹

⁷⁸ HEK.scb.20/0

⁷⁹ Rothstein. B & Blomkvist. P. Välfärdstatens nya ansikte. Agora 2008

⁸⁰ Jag diskuterar detta med utgångspunkt från en doktorsavhandling av filosofen Lars Lindblom som analyserar Dworkins teori om marknader för rättvis fördelning av resurser

⁸¹ Om primärvården domän och strategier. Slutrapport för socialstyrelsen projekt: Primärvårdens roll för hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet. Socialstyrelsen 2004

Däremot kan olika ansträngningar ge olika ekonomiska resurser vilket kan ses som både effektivt och rättvist. För att individer skall ha lika möjlighet att välja så behövs det säkerhetsnät som ger alla grundläggande resurser och som kompenserar för olika risker som de inte kan förutse.

Om alla som agerar på en marknad har information om framtiden och är rationella så kommer de att avsätta resurser för t.ex. framtida vårdbehov. Så förutseende är inte individer och därför behövs det ett säkerhetsnät som garanteras av staten som ger mer lika tillgång till resurser. En marknad kan fungera rättvist men den kan aldrig tillåta att tur och otur spelar en stor roll vad gäller fördelning av resurser. Det betyder att själva säkerhetsnätet är en förutsättning för att den skall bli en effektiv och rättvis marknad där individer har lika frihet att välja. Och detta säkerhetsnät måste sättas ganska högt så att det ger mer än grundläggande resurser.⁸²

Ett sådant säkerhetsnät är naturligtvis inte gratis utan individen ställs inför frågan om hur mycket resurser de är bredda att avstå för att undvika att hamna i en mycket oönskad situation i framtiden nämligen att inte ha resurser som ger dem sjukvård när de behöver den. Vi visar i avsnitt om skatter att denna kollektiva betalningsvilja är hög och att denna individuella vilja att köpa sjukvård ökar med över tiden stigande inkomster.

Argument mot marknader:

Tre förhållanden gör att det är svårt att överlämna sjukvården till fria marknader.

Genuin osäkerhet. Det är nästan omöjligt för en individ att överblicka sin egen risk för sjukdom och än mindre vad dessa skulle komma att kosta.

2. *Informationsasymmetri.* Sjukvård präglas av att den som producerar har mycket större kunskap än vårdtagaren.

3. *Externaliteter.* Delar av vårdens insatser får effekter t.ex. som skyddar den enskilde individen. T.ex. får förebyggande insatser och vaccinering för smittskydd positiva effekter på hela befolkningen. Denna nytta är större än varje individs vilja att betala för skyddet och det är därför en samhällsuppgift.⁸³

Kritiken mot marknaders utfall har ökat inom nationalekonomin. Utgångspunkten för effektiva marknader är:

1. Konsumenterna vet vad de vill ha, de har väldefinierade och stabila preferenser som återspeglar deras behov och deras eget bästa. De bryr sig bara om sitt eget och inte andras behov.
2. Företag och konsumenter har samma nödvändiga/relevanta information och inte har några begränsningar när det gäller förstå informationen.
3. Konsumenternas enda begränsningar är den som ges av deras budget.

Under 1980-talet växte inom nationalekonomin fram ett alternativt synsätt mot dessa förenklade föreställningar som bland annat legat bakom avregleringar av marknader och det svenska pensionssystemet. George A. Akerlof fick nobelpriset i ekonomi för att ha rätt ut frågan om varför en bil som bara gått några få mil, värderas så mycket lägre än en ny bil. Skälet är att den som skall köpa bilen inte har tillräcklig information om bilen och undrar över varför en ny bil säljs så omedelbart efter köpet. Akerlofs slutsats är att på en marknad där köparen inte kan överblicka kvaliteten, kommer producenten i stället att konkurrera med priset och volymen som

⁸² Lars Lindblom Quality of Resources , Risk and the Ideal Market.

⁸³ Jonsson, P.M , Agardh.E,& Brommels.M Hälso- och sjukvårdens strukturreformer. Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Medical Managment Centre, Karolinska Institutet. 2006. Ansvarskommitténs skriftserie ISSN 1653-5502

är möjliga att observera för konsumenten.⁸⁴ På marknaden för primärvård har kunden lättare att bedöma *synliga* faktorer som pris och väntetider och svårare att bedöma kvaliteten i vården.

Nuvarande balans mellan politik och marknad bygger på att marknader alltid ger högst välfärd, med några få undantagsfall. Nobelpristagaren Joseph E. Stiglitz ifrågasätter hela konceptet. Han säger att när det saknas information kan inte fri konkurrens bidra till bästa möjliga lösning. I en situation kan effektiviteten i ekonomin öka genom statliga ingrepp som får marknader att fungera bättre. I sin nobelprisföreläsning säger Stiglitz att ”informations ekonomi” innebär en fundamental förändring av hur vi skall förstå hur ekonomin fungerar.⁸⁵ Under 1990 och 00-talet ökar insikten om att konsumenternas har en rad begränsningar när det gäller deras beslut om konsumtion.

Vård liksom bilreparationer är *tronvärdighetsvaror*. Producenten vet så mycket mer än konsumenterna och därför så är konsumenterna i underläge och måste lita på den bedömning/diagnos om reparationsbehov eller medicinska ingrepp som producenten föreslår. Marknaden har inslag av utbudsstyrd efterfrågan dvs. att konsumenten efterfrågar det producenten säger att konsumenten behöver. Det innebär att konsumenten både konsumerar och betalar mer än vad som kanske är nödvändigt. I sådana fall behövs ingrepp av en myndighet.⁸⁶

Om konsumenten är i underläge är en metod att skaffa sig information att fråga vänner och bekanta om deras läkare, tandläkare eller bilverkstad. Tandvård är en sådan *ryktesvara*. På en stor marknad med många producenter är det svårare att hitta en person i vänkretsen som faktiskt nyttjat den nya verkstan som man funderar att byta till. Det blir med andra ord svårare att hitta en referens på en större marknad; dvs., informationsproblemet blir större. Det blir på dessa marknader ett högre pris för produkten. Tvärtemot vad som borde bli utfallet av fri konkurrens med många aktörer så kan det bli så här: Priserna på den avreglerade tandvårdsmarknaden (2004 - 2005) för ett antal behandlingspaket är högre på marknader med stor befolkning och med många tandläkare. Marknaden för bilreparationer fungerar så att ”bilägare i genomsnitt är mer missnöjda med bilverkstäderna i storstadsregionerna än de är med verkstäder på större respektive mindre orter utanför storstadsregionerna.”⁸⁷

Självkontrollproblem

Konsumenterna är långt mindre rationella i sina beslut än vad som allmänt antas. Vi överskattar oss själva. Vi överskattar vår förmåga t.ex. att köra bil. Ca 70 procent av svenskarna anser att de kör skickligare än medianföraren.⁸⁸ Vi tror oss alltså kunna fatta svårare beslut än andra.

Beteendekonomisk forskning tyder dock på att misstag vid beslutsfattande är ganska allmänmänskliga och inte begränsade till vissa kategorier människor.⁸⁹ Människor har som genomsnitt betydande problem med självkontroll vilket får betydelse för t.ex. läkemedelsanvändningen t.ex. överkonsumtion av antibiotika. Det gäller rökning, alkoholkonsumtion, intag av kalorier samt inte minst motion. Individer betalar för att inte gå på gymmet. De som köper månadskort besöker gymmet så sällan att de får betala 17 dollar per gång

⁸⁴ Akerlof, G.A. (1970) The Market for ”Lemons”: Quality and uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, vol 84. 1970.

⁸⁵ Stiglitz J. E. (2001) Information and the Change in The Paradigm in Economics. Prize Lecture. Nobelstiftelsen 2009.

⁸⁶ Österling, R Beteendekonomi och konsumentpolitik. Integrations och jämställdhetsdepartementet. 2009-03-11

⁸⁷ Grönqvist, E Tjänstemarknader där konsumenten har ett informationsunderläge. – empiriska exempel från tandvård och bilreparationer. Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie 2006:2

⁸⁸ Svensson, O. Are we all less risky and more skillful than our fellow drivers? *Acta Psychologica* 47 1981. North- Holland.

⁸⁹ Österling, R Beteendekonomi och konsumentpolitik. Integrations och jämställdhetsdepartementet. 2009-03-11

mer än om de hade köpt ett kort med 10 besök och till ett pris av 10 dollar per gång. De överskattar alltså sin självkontroll, hur mycket de använder gymmet.⁹⁰

Inramningseffekter

Konsumenterna styrs av inramningen vilket beror på handlingsalternativ och hur dessa presenteras. Beslut påverkas genom att uttrycka samma utfall som en förlust eller vinst, t.ex. hur många år man förlorar eller hur många man vinner. Förluster värderas högre än eventuella vinster. Hur valen ställs upp ”valarkitekturen” har betydelse.⁹¹ Om det är obligatoriskt att gå på läkarkontroller vid 40, 50 och 60 års ålder men man kan få välja bort, kommer få att välja bort. Men om man skall ansöka för hälsokontroll kommer färre att göra det.

Stefan Ackerby, biträdande chefekonom på Kommun och landstingsförbundet, beskriver konsumenternas problem så är. ”Men patientens val kan inte vara det enda värderingskriteriet. Dels kan ofta inte patienten avgöra om resultaten är goda eller om de kan bli bättre. Många vårdinsatser är av engångskaraktär – man väljer bara en gång. Dels har patienten ingen anledning att koppla resultaten till kostnaden, eftersom patientavgiften är densamma hos alla vårdgivare. Värderingen av resultat i förhållande till kostnad måste göras av sjukvårdshuvudmannen, det vill säga landstinget.”⁹²

5.2 VARFÖR SÅ HÖG VINST?

En del av vården utförs av privata företag. Av hälso- och sjukvårdens ca 313 000 anställda år 2007 arbetade ca 54 000 i privatägda företag. Motsvarande inom omsorg var ca 59 000 anställda av totalt ca 360 000 anställda.⁹³ De privata företagen inom vård, skola och omsorg visar mycket god avkastning på det totala kapitalet. Avkastningen år 2007 låg på nästan 19 procent för sjukvårdsföretagen, över 16 procent för utbildningsföretagen och nästan 14 procent för omsorgsföretagen. Detta kan jämföras med den genomsnittliga avkastningen för samtliga privata företag (utom finansiella) i Sverige som ligger på 10 procent.⁹⁴

Vilka är skälen till den höga lönsamheten i sjukvårds- och omsorgsföretagen? En hög avkastning kan förklaras av det är hög risk att bedriva verksamheten eller att det som i läkemedelssektorn krävs mycket investeringar för att utveckla nya produkter/metoder eller för det tredje att de är svag konkurrens och att de som upphandlar betalar för mycket i förhållande till den kvalitet som levereras. Sannolikt är det för svag konkurrens på vårdmarknaden och de som upphandlar för lite vård och omsorg för pengarna vilket ger en hög avkastning för företagen.

Summering

Syftet med detta avsnitt har varit att visa att det finns goda argument för att marknader kan användas för att skapa en effektiv fördelning av resurser som medger frihet att välja men det under vissa förutsättningar. Det krävs på en vårdmarknad en myndighetsfunktion som ser till att det finns ett säkerhetsnät och att det finansieras. Individen skall inte vara ansvarig för sin otur. En myndighet skall utjämna skillnader i information om kvaliteten i produkterna. Det skall finnas lika tillgång till information. En central punkt är att rättvisan gäller vilken vård en individ får tillgång till och inte hur det produceras. I praktiken är det således en rad krav som måste vara uppfyllda för att en vårdmarknad skall vara både effektiv och rättvis.

⁹⁰ DellaVigna. S & Malmendier. U (2006) Paying Not to Go to the Gym. *American Economic Review*. Vol. 96, No. 3, June 2006

⁹¹ Österling. R Beteendekonomi och konsumentpolitik. Integrations och jämställdhetsdepartementet. 2009-03-11.

⁹² Vad får vi för pengarna? – om effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården. Stefan Ackerby SKL 2008

⁹³ Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2007. OE 29 SM 0901 SCB 2009.

⁹⁴ Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2007. OE 29 SM 0901 SCB 2009.

6. RÄTTVIS OCH EFFEKTIV VÅRD

6.1 RESURSKNAPP ELLER EFFEKTIV VÅRD

Sjukvården vet inte särskilt mycket om sin egen effektivitet. Inom primärvården ökade antalet läkarbesök med drygt sju procent mellan 2005 och 2008. Vårdkontaktarna med andra personalkategorier ökade något mindre. Kostnaderna för primärvården, som 2008 uppgick till 32 miljarder kronor, ökade emellertid med åtta procent, varför produktiviteten minskade. Det finns inte uppgifter om vårdtyngden, d.v.s. om patienterna behöver mer tid, och därmed inte säker grund för att bedöma produktiviteten.⁹⁵

Den svenska sjukvården avviker från OECD-länderna genom få sängar i akutsjukvård. Få länder har vidtagit en så snabb neddragning av vårdresurserna, en halvering av antalet sängar, som Sverige. Det kan tolkas både som effektivitet och resursknapphet. I de försäkringsfinansierade länderna som Tyskland och Frankrike har akutvården fler sängar medan i länder med offentligt finansierad vård har färre sängar. Med 2,1 platser för akutsjukvård per 1000 invånare har Sverige lägsta antalet vårdplatser bland länder som jämförs i OECD. Notera också att USA vars sjukvård kostar men än dubbelt mot den svenska också har få platser. Det är tveksamt om effektiviteten har ökat så mycket att det motsvarar den svaga tillväxten av resurser.

Ett mått på attityderna till sjukvård får man av frågor om hur väl välfärdsstaten lyckas. Stefan Svallfors visar att bara 45 procent år 2006 ansåg att myndigheterna lyckade bra eller ganska bra med att tillhandahålla hälso- och sjukvård.⁹⁶

Andelen som instämmer i påståendet ”Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver” är 77 procent. Det finns stora skillnader mellan olika åldersgrupper. De yngre samt de äldre i befolkningen uppger i klart högre grad än dem i yrkesverksam ålder att de har tillgång till den sjukvård de behöver.” Der var inga skillnader mellan könen.⁹⁷

Problemet med tillgänglighet verkar således koncentrerat till förvärvsaktiva. Det finns två förklaringar till detta. Under 1990-talet avvecklades stödet till företagshälsovården. Det innebär att de förvärvsaktiva mer sällan har tillgång till läkare nära sin arbetsplats. Detta har betydelse både när det gäller tillgänglighet och specialisering på uppdraget att bota de sjukdomar eller krämpor som hänger nära samman med arbetslivet.

Den andra förklaringen är att sjukvårdens resurser är så knappa att de äldres behov tränger undan de yngres. Sverige särskiljer sig genom att antalet läkarbesök per invånare är färre än i övriga länder. I Sverige är det under tre besök per invånare medan det i Danmark liksom i Tyskland är över sju besök. Det anmärkningsvärda är att tillgängligheten till läkare varit oförändrad sedan år 1980 samtidigt som sjukvårdens andel av BNP har växt och antalet läkare per invånare har ökat. Det verkar vara ett tillgänglighetsproblem i Sverige.

Antalet läkarbesök per invånare är oförändrat mellan åren 1990 och 2007. Sverige har tillsammans med Mexico OECD-världens lägsta antal läkarbesök per invånare. Sveriges läkare har samtidigt få besök per läkare år 2007 782 besök per läkare mot i snitt 2 553 besök per läkare i OECD. Det var omkring 2 000 besök i försäkringsbaserade system som i Frankrike och Tyskland men också i statligt finansierade system som i Storbritannien. I våra grannländer, t.ex. Finland, har

⁹⁵ Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv- Jämförelse mellan landsting 2009. Sveriges kommuner och landsting 2010.

⁹⁶ Stefan Svallfors. Klasserna, politiken och välfärdsstaten: ett attitydproblem. Underlag vid föredrag 2010.

⁹⁷ Öppna Jämförelser SKL 2009

läkarna 1 456 besök och i Danmark 2 512 besök. En förklaring är enligt OECD-rapporten hur läkarna ersätts. Om det är betalt per besök finns det en tendens till att det blir fler läkarbesök.⁹⁸

En annan förklaring kan vara sjuksköterskans ställning. Om de oftare självständigt har patientkontakter registreras inte detta som läkarbesök. Att sjuksköterskan, som har en lägre kostnad, tar rutinbesök i stället för läkaren är snarast uttryck för rationell specialisering än låg produktivitet. Det kan också uttrycka en mindre hierarkisk och jämställd samt modern organisation där man arbetar i vårdlag.

6.2 VÅRDTIDER

Vårdtiderna skiljer sig åt mellan länderna. Frankrike och flera av andra länder som har delvis försäkringsbaserad finansiering (Bismarck-modell) har en längre vårdtid, ofta kring 4 dagar, än Beverdigeländerna som har mellan 2,2 och 3 dagars vårdtid. Detta kan ses som ett mått på produktivitet. Men också ett mått på effektivitet d.v.s. att man når målet om ökad hälsa. Korta vårdtider kan uttrycka båda delarna.⁹⁹

Läkarförbundet intervjuade år 2004 läkare om bristen på vårdplatser Några röster:

”Bristen på vårdplatser resulterar i att endast riktigt svåra fall kan läggas in och att vårdtiderna blir kortare. – Det är sällan möjligt att skicka hem patienter som kommer akut utan istället väljer man att låta någon av de redan inlagda åka hem. Det innebär ofta en chanstagning att skicka hem patienter för tidigt, man tvingas ta beslut som inte är till patientens bästa. – Behandlingar måste ofta skjutas upp och patienter hinner bli sämre än om de hade behandlats direkt. Deras lidande ökar samtidigt som vårdtiderna blir längre.”¹⁰⁰

En organisation utan buffertar fungerar sämre. En utredningsgrupp i Göteborg kunde år 2009 visa att neddragningar av vårdplatser minskar operationskapaciteten, leder till omdirigering av ambulanser, som minskar ambulanskapaciteten och andra störningar. Dessa störningar har ökat under senare år beroende på brist på vårdplatser.¹⁰¹

Socialstyrelsen ser också problemet med överbeläggningar. ”Vid Socialstyrelsens verksamhetstillsyner rörande överbeläggningar och utlokalisering av patienter sommaren 2003 och 2008 var huvudintrycket att platssituationen var ansträngd inte bara på sommaren. Överbeläggningar och utlokalisering av patienter var vanligt förekommande.”¹⁰²

Slutsatsen är att det är vanligt med överfulla sjukhus och patienterna inte sällan åker hem riskabelt tidigt.

⁹⁸ Health at Glance 2009 OECD.

⁹⁹ Health at Glance 2009 OECD.

¹⁰⁰ Brist på vårdplatser – kris inom svensk sjukvård. Sveriges läkarförbund 2004

¹⁰¹ Khorram-Manesh.A, Hedelin.A& Örtenwall.P. Hospital-related incidents; causes and its impact on disaster preparedness and prehospital organisations. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2009

¹⁰² Vårdgivarnas beredskap för hantering av patientsäkerhetsrisker vid överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn av 38 vårdgivare – sommaren 2009.Socialstyrelsen 2010

6.3 PRIVATA VÅRDGIVARE SKALL TILLÄMPA GRUNDLAGEN

Grundlagen medger att privatisering av offentliga uppgifter. ”Förvaltningsuppgifter kan överlämnas till bolag, förening, samfällighet, stiftelse registrerat trossamfund eller någon av dessa organisatoriska delar eller till enskild individ. Innefattar uppgiften myndighetsutövning skall det ske med stöd av lag. FF11:6) ”

Uppgifterna fortsätter att vara offentliga även om de utförs av t.ex. en privat vårdcentral. Grundlagen ställer krav på rättvis behandling av medborgarna när det gäller genomförandet av offentliga uppgifter. Saklighet, opartiskhet och likhet inför lagen innebär ett mycket strikt förbud mot varje form av diskriminering eller särbehandling. Utgångspunkten är att medborgarna skall behandlas med lika omtanke och respekt. Grundlagens normer är överordnade andra lagar och författningar och anger hur offentliga uppgifter skall genomföras. Uppgifter kan överlämnas till privata huvudmän men vid sådant överlämnande gäller fortsatt grundlagens normer för hur offentliga uppgifter skall genomföras.¹⁰³

God vård säger socialstyrelsens riktlinjer innebär att den ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges inom rimlig tid. Det är flera starka mål.¹⁰⁴

För den som eftersträvar att alla patienter skall behandlas med lika omtanke och respekt behöver inte en privatisering genom t.ex. vårdvalsmodeller innebära problem förutsatt att det finns kontroll av att målen nås.

Om inte det finns en etablerad utvärdering av hur vårdenheter eller friskolor arbetar så kommer det med stor sannolikhet innebära patienterna inte behandlas med lika omsorg och respekt. Ett tecken är olika behandling av elevernas prestationer och betygsinflationen. Christina Cliffordson, doktor i pedagogik vid Göteborgs universitet, visar att det framför allt är redan starka elever som har höjt sina betyg. ”Min studie talar för att hela *betygsökningen är inflation*.¹⁰⁵ Olika former av konkurrens har alltså pressat upp betygen, men inget tyder på att elevernas kunskaper har ökat. En statlig skolinspektion införs nu efter olikbehandling av eleverna. En inspektion för sjukvården utreds.

6.4 LÄKARE OCH SKÖTERS KOR: ALLMÄNINTRESSETS RIDDARE ELLER EGENINTRESSETS DRÄNGAR?

Avgörande för synen på de nationella skattefinansierade systemen effektivitet säger ekonomiprofessor Julian Le Grand är hur mycket man tror att sjukvårdens tjänstemän är allmänintressets riddare eller hur mycket de är egenintressets drängar.

När vårdpersonalen i praktiken förvaltar och fördelar landstingets resurser och patienterna bara ha en producent att välja på får vårdpersonalen stor makt mot patienterna. Det kan innebära lägre effektivitet och att resurserna inte används på bästa sätt i patienternas intresse. Har t.ex. personalen för långa kafferaster fast väntrummet är fullt och är specialisterna mer intresserade av sin egen forskning eller konferenser med kollegor än av patientkontakter?

¹⁰³ Rothstein. B & Blomkvist. P. Välfärdstatens nya ansikte. Agora 2008

¹⁰⁴ Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen 2010.

¹⁰⁵ Svenska Dagbladet den 22 augusti 2009.

Om patienterna inte har god utbildning är gamla, kanske de inte fullt ut är kapabla som kravställare på vården. Kan man inte väl argumentera mot doktorn kan man ju byta vårdcentral. Le Grands syn är att just de resurssvaga vinner på att shoppa i stället för att argumentera för sin rätt.

En helt avgörande faktor är etiken hos den medicinska personalen och förmågan och intresset att upprätthålla denna. Le Grand menar att ersättningen har betydelse för personalens effektivitet. Jag hävdar att ersättningen har mycket stor betydelse för hur den medicinska etiken tillämpas och personalens lojalitet med det offentliga uppdraget. I samband med den svenska välfärdstatens utveckling och genomförandet av sjukförsäkringen kom läkarna i praktiken att bli mer beroende av staten som arbetsgivare än av en privat vårdmarknad.

Som framgår avsnitt om vårdvalen tycker läkarförbundet än så länge att det skall vara en hög fast avgift.¹⁰⁶ Palier påpekar att ”privatpraktiserande läkarna föredrar betalning per vårdinsats, då det anses garantera en bättre vårdkvalitet. Läkaren måste tillfredsställa sin patient annars byter patienten läkare. Framför allt ger ett sådant system bättre inkomster. Detta överensstämde med Sveriges läkarförbunds inställning i slutet av 1940-talet. Det överensstämmer fortfarande med många franska läkarförbunds inställning.”¹⁰⁷

Numera tycker alltså läkarförbundet att det skall vara en hög fast ersättning vilket ger vårdgivarna ekonomiska motiv att hålla folk friska och att arbeta förebyggande. Med en hög fast ersättning belönas kvalitet i vårdarbetet. Kommer läkarna och deras förbund att tycka så när allt fler av deras medlemmar jobbar för privata entreprenörer, eller de själva blir det?

I jämförelse mellan länder visar det sig att det inte är tillgängligheten på läkare som styr hur många konsultationer som görs utan lönesystemet. Ersättning enligt utförd prestation i stället för fast ersättning samt att de är egna företagare ökar läkarlönerna. Specialister i länder med försäkringsbaserad vård som USA och Nederländerna hade år 2004 dubbelt så hög lön som motsvarigheterna i t.ex. Danmark och Finland. Specialistläkarna i Storbritannien har ca 50 procents högre ersättning än de nordiska länderna. Veckoarbetstiden för specialisterna i de olika länderna ligger på väl över 50 timmar mot ca 43 timmar i Finland. Slutsatsen är att skattefinansierad sjukvård har lägre kostnader för specialistläkare men att arbetstiden är längre i andra system.¹⁰⁸¹⁰⁹

6.5 EFFEKTER AV KONKURRENS MELLAN VÅRDGIVARE

De offentliga cheferna är ämbetsmän som skall tjäna medborgarna. I privat sektor är det vinst som är måttstocken på framgång och den driftige affärsmannen idealet. I den offentliga sektorn är den oförvitlige ämbetsmannen förebilden. Ämbetsmannen bör vara demokratins tjänare och demokratins väktare. Det övergripande karaktärsdraget hos ämbetsmannen är integritet. Läkare och sjuksköterskor är välfärdstatens centrala ämbetspersoner.

Varför har Sverige har mindre problem med antibiotikaresistens än andra länder?¹¹⁰ Är etiken bättre hos svenska läkare eller ser drivkrafterna annorlunda ut? Det finns ett starkt samband

¹⁰⁶ Vårdval i primärvården– hur bör det utformas? Sveriges läkarförbund. 2009

¹⁰⁷ Palier. B Hälso- och sjukvårdens reformer En internationell jämförelse. SKL 2006

¹⁰⁸ Achieving Better Value for Money in Health Care. OECD Health Policy Studies. OECD 2009

¹⁰⁹ Fujisawa. R& Lafortune. G. The remuneration of General practitioners and specialists in 14 OECD countries : What are the factors influencing variations across countries? OECD Health Working papers No.41.2009

¹¹⁰ Antibiotikaanvändning i öppenvården i SLL. 2009. Stockholms läns landsting.

mellan tillgänglighet till privat vård och överförskrivning. Måttet är här antal recept per 1000 invånare. Stockholms län har 10-15 procent högre antal än skogslänen. Höginkomstkommuner som Lidingö och Danderyd har 2009 uppemot 450 recept per 1000 invånare medan de fattigare kommunerna omkring 300 recept.¹¹¹

Läkaren Paul Erling om att säga nej till en 70-talist om vill ha en ej helt nödvändig vård. ”*Om man bibehåller samma ersättningsystem som nu så listar ju patienten omgående om sig dit man snabbast får vård, oavsett om den är medicinskt befogad eller ej.*” ”*Detta måste åtgärdas eftersom ersättningsystemet spelar ut vårdcentralerna mot varandra.*”¹¹²

Om läkarna tvingas vika ned sig för vinstdrivande vårdbolag, för krav på antibiotika från resursstarka kunder hur skall de då klara allvarliga samtal om övervikt, rökning, alkohol, motion, kost mm. Det är frågor som både berör den enskilde individens hälsa och samhället kostnader för vård. Det leder också till frågan om läkarens myndighetsroll, hur mycket skall vården baseras på tilltro till professionerna.

Antibiotika är inte en personlig sak utan har stor långsiktig påverkan på andra i samhället (extern effekt) som utsläpp från bilar. Läkare och apotekare säger att ”Världshälsoorganisationen WHO pekat ut den ökade resistensutvecklingen i kombination med att allt färre antibiotika introduceras på marknaden som det främsta hotet mot hälsan i världen”¹¹³

Professorn i hälsopolitik Peter. C Smitt påpekar att konkurrensen om patienter och medicinska specialister innebär i USA en ”medicinsk kapprustning” där patienter erbjuds ny teknik och behandlingsformer samtidigt som specialister erbjuds att arbetat med nischade uppgifter.¹¹⁴

Min bedömning är att ökade ekonomiska incitament kommer att förskjuta läkarnas etik från allmänintresset till egenintresset dvs. mindre förebyggande och mindre intresse att motverka antibiotika resistens för att ta några uppenbara exempel.

6.6 VAD ÄR RÄTTVISA I VÅRDEN?

Inom idrottsvärlden eller popvärlden värderas individer dramatiskt olika efter hur många åskådare eller lyssnare de lockar. En del kan inte försörja sig på sitt yrke, andra blir miljardärer. De värderas efter sin förmåga på banan eller på scenen inte efter sitt människovärde. För sjukvården är det annorlunda. Där gäller jämlik vård och prioritering som riksdagen har fastställt och följer människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.¹¹⁵

Det betyder att en cancer- höftoperation är lika värdefull oavsett patientens bakgrund. Vården skall värderas efter hur mycket nytta den åstadkommer per insatt krona för varje patient oavsett dennes kön, samhällsklass, etnicitet eller sexuella läggning.

¹¹¹ Swedres 2009. A Report on Swedish Antimicrobial Utilisation and Resistance in Human Medicine.. Strama & Smittskyddsinstitutet. 2009.

¹¹² Erling. P Mejl till Ansvariga politiker i Stockholms läns landsting. 10 röster om rättvist vårdval – en antologi. Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting

¹¹³ Antibiotikaanvändning i öppenvården i SLL. 2009. Stockholms läns landsting.

¹¹⁴ Smitt. P. C. Markets Mechanism and the Use of Health Care Resources. ur Achieving better value for the money in the Health Care. OECD 2009.

¹¹⁵ Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen 2010

Principen att alla skall behandlas lika behöver förtydligas. Lika för alla behöver inte vara rättvist. Vården resurser skall användas så att de på marginalen åstadkommer så mycket hälsa som möjligt. Om det finns en begränsad budgetram behöver insatserna per vårdtillfälle eller sjukdom ransoneras efter en kostnadsprincip. Kostnaderna måste vägas mot hur mycket hälsa mätt som levnadsår eller livskvalitet insatsen åstadkommer. Det kan betyda att ingrepp inte genomförs därför att de ger för kort frisk tid för patienten i förhållande till kostnaderna. Andra kan få mer hälsa om insatser görs för dem.

Alltmer utvecklas olika mått på resultat medicinsk behandling de är t.ex. hur många levnadsår en insats leder till eller levnadsår med sjukdom eller kvalitetsjusterade levnadsår. En utvecklad form av levnadsår kallas EQ-5D. Det kvalitetsjusterade levnadsåret väger samman både *kvantitet* som är livslängden och *kvalitet* i form av de funktioner som patienter har som rörlighet, smärtor/besvär och hygien.¹¹⁶ Prioriteringar är nödvändiga men de skall ske efter hur mycket hälsa de ger inte efter individens sociala status.

Rättvis vård är effektiv vård

Resurserna används inte effektivt om alla resurser används till få individers livslängd eller livskvalitet. Resurserna används inte optimalt inom sjukvården om friskare patienter ges företräde till vård före sjukare. En ojämn fördelning av vårdresurser leder således inte till en effektiv användning.

Lagens målsättning för hälso- och sjukvården är klar: Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvården skall ges företräde till vården.¹¹⁷

Men verkligheten är långt från målparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen. De högutbildade i den äldsta åldersgruppen gör t.ex. fler läkarbesök än lågutbildade, vilket inte stämmer med vad som är känt om de olika gruppernas hälsoförhållanden. En möjlig förklaring kan vara att de lägst utbildade oftare får slutenvård än övriga grupper. Skillnader mellan land och stad har också ökat under senare år, och av samtliga intervjuade åren 2001–2005 hade i genomsnitt 12 procent av männen och fler kvinnor, 14 procent, avstått från att söka vård under de senaste tre månaderna, trots att de upplevt ett sådant behov.¹¹⁸

En konklusion från socialstyrelsen är särskilt allvarlig: ”De stora skillnaderna mellan hög och lågutbildade när det gäller ”undvikbar sluten vård” talar dock för att låg utbildning utgör en risk för ett mindre ändamålsenligt omhändertagande i vården. Delar av slutenvården skulle ha kunnat undvikas med ett mer adekvat omhändertagande i öppna vårdformer, inklusive närvård och primärvård.”¹¹⁹

Sjukvården har inte byggts ut i takt med behovet som kommer av fler äldre i befolkningen. Det verkar ha medfört att den inte klarar sin hälsopolitiska uppgift, att förebygga sjukdomar vilket i första hand drabbar lågutbildade och i andra hand kvinnor. Det sker också en belastning på den slutna vården därför att närvård och primärvård varit underdimensionerad och inte kunna motverka lågutbildades behov av den dyrare slutna vården. Denna orättvisa har också medfört

¹¹⁶ Martin Henriksson, Kristina Burström. Kvalitetsjusterade levnadsår och EQ-5D. En introduktion. Läkartidning 2006:21

¹¹⁷ § 2 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

¹¹⁸ Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen.

¹¹⁹ Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen.

kostnader. I konkurrens om hur en för liten kaka skall fördelas så har lågutbildade men också kvinnor fått en mindre del av kakan.

Med stor sannolikhet innebär de marknadsprocesser vi nu ser blir det mindre av ”vård på lika villkor”, eftersom myndigheterna inte har fått mer resurser att kontrollera lika behandling av patienterna. Det bestyrks av utvecklingen i landstingen: Landstingen försöker att inom primärvården ersätta vårdenheterna för de mål som uppnås. Professor Anders Anell säger i en sammanfattning av de olika landstingens verksamhet att ”Däremot återfinns inget mål som i huvudsak kan inordnas i kvalitetsområdet *’Jämläk vård’*.”¹²⁰

7. VÅRDVAL

7.1 VÅRDVAL SOM ETT EXEMPEL PÅ PRIVATA LÖSNINGAR INOM VÅRDEN

Vårdvalen står i centrum för den politiska diskussionen. Först en principiell utgångspunkt: Reformister är inte för eller mot privata eller offentliga lösningar som princip. Statsvetaren Gustafsson menar följande: För reformisten, däremot, är politiska problem alltför viktiga för att ha en på förhand given lösning. Utgångspunkten är i stället det faktum, att det råder starkt delade meningar och att detta kommer att gälla för överskådlig framtid. Den skarpa striden mellan idéer och intressen förutsätter kontinuerlig intellektuell bearbetning för att uppnå provisoriskt stabila lösningar. Det utesluter varje form av dogmatism.¹²¹

Vårdvalen bör utvärderas odogmatiskt. I redovisning av Bo Rotstein och Paul Blomkvist framgår att grundlagen medger långtgående privatisering av sjukvården - men inte att medborgarna behandlas olika.¹²² Så hur är det med vårdvalen?

7.2 VÅRDVAL GER OMFÖRDELNING AV VÅRD

I det följande avsnittet skall jag diskutera fördelning av vård vid vårdval. Det är lite tidigt att göra det men kan försvaras enligt principen om att det är bättre att ha vagt rätt än att ha precist fel.

Läkarförbundet sammanfattar grunddragen i Hallands, Stockholms och Västmanlands ersättningssystem. ”Inget av landstingen har en diagnos- eller socioekonomisk viktad vårdpeng. I alla landstingen är vårdpengen istället differentierad på fyra ålderskategorier.

”Besöksersättningssystemet i Stockholm gör ju inte någon skillnad på korta och långa besök. I Stockholm är en stor del av ersättningen grundad på besök och yrkeskategori. I Västmanland får vårdgivaren bara patientavgiften och besöksersättning för de patientbesök andra vårdgivare (eller andra landsting) har kostnadsansvaret för. Samma regler gäller i Halland men där tillkommer besöksavdraget vid för låg täckningsgrad. Inget av de tre landstingen har delat upp besöksersättningen på korta akuta besök och längre ofta planerade besök. Däremot har alla särskild ersättning för besök som kräver tolk.”

Om det är stora skillnader i befolkningens i hälsa kommer ersättningssystemen som inte tar hänsyn till diagnos eller socioekonomisk ställning missgynna grupper som har sämre utgångsläge.

¹²⁰ Anell. A Målrelaterad ersättning i primärvården – Kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättningen hösten 2009. Sveriges kommuner och Landsting. 2009

¹²¹ Gustavsson S. Reformismens fortsatta möjlighet. Tryckt i Boa Ruthström, (red.) Spaning Europa. Stockholm: Premiss förlag, 2009.

¹²² Rothstein. B & Blomkvist. P. Välfärdstatens nya ansikte. Agora 2008

Min tolkning är att vårdvalen inte främst ger ökad frihet utan omfördelning från sjukare till friskare.

Läkarförbundet slutsats är att: ”Mycket talar för att den fasta vårdpengen bör vara hög. Med hög vårdpeng menar vi att den bör täcka minst 70 procent av vårdgivarnas normala kostnader. För att inte invånare med stora vårdbehov ska komma i kläm måste vårdpengen spegla förväntad vårdtyngd. Bäst är att relatera den till invånarnas ålder och till socioekonomi. Innan vårdpengen relateras till diagnoser bör landstingen avvakta resultaten från de försök som inleddes 2009.”¹²³

Läkarförbundet verkar inte nöja sig med nuvarande modeller. De säger att ”exakt hur hög den rörliga ersättningen bör vara är svårt att bedöma men vid diskussioner med berörda läkargrupper framgår ganska klart att den bör hålla sig runt 10 – 30 procent av vårdgivarnas totala intäkter.” Särskilt i Stockholm är den fasta ersättningen låg.

Ett problem är att vårdvalen omfördelar vård och jag skall prova att visa i vilken omfattning det kan tänkas ske. Faktarutan nedan visar att det är ungefär 50 procents skillnad i hälsa mellan arbetare och tjänstemän men vårdvalen utgår inte från ersättning efter socioekonomisk grupp.

Sociala skillnader i hälsa

Skillnad i dödlighet mellan lägsta och högsta utbildningsgrupp per 100 000 i befolkningen i åldersgruppen 30-74 år är mellan de med förgymnasial mot eftergymnasial utbildning, 49,8 procent för kvinnor och 46,5 procent för män.¹²⁴

Skillnaden i andel som uppger att de dåligt allmäntillstånd är stora mellan arbetare och tjänstemän. För kvinnor 47,5 procent och för männen 57,6 procent i åldersgruppen 55-64 år. I den äldsta gruppen, 75-85 år, minskar skillnaderna: för kvinnor är skillnaden 22,8 procent och för männen 15,4 procent. Bland de yngre, 35-44 år, är skillnaden mycket större för kvinnor 72,2 procent och för männen 71,7 procent.

Det är också enligt Nationella folhälsoenkäten ca 50 procents skillnad mellan arbetare och mellan- och högre tjänstemän i andel som anger att de har svag hälsa.¹²⁵

Här skall jag göra ett par överslagberäkningar för att visa på en möjlig risk för omfördelning. Jag utgår ifrån att det finns två grupper i samhället: arbetare inklusive en övriggrupp, samt tjänstemän. Den första gruppens behov av sjukvård är 50 procent större än tjänstemännens. Jag utgår från att hela deras större behov inte realiseras och att de bara får 40 procent mer.

Landstingens totala kostnader år 2008 för primärvården var ca 3 500 kr per individ. Om en marknadsmekanism införs som syftar till att omfördela, inte efter behov utan efter efterfrågan kommer det att leda till en omfördelning så att båda grupperna får 3 500 kr om året per individ, mot om resurserna tidigare fördelades efter behov, 4 200 kr per individ för de med störst behov och 2 800 kr för de med minst behov.¹²⁶ Jag påstår inte att det med säkerhet blir så här men det är sannolikt att vårdval som inte tar hänsyn till socioekonomi efter en tid omfördelar omkring 1 000 kr om året mellan de två grupperna. Skillnader i antalet listade per läkare mellan olika områden och som redovisas under avsnittet om kvalitet understryker detta.

¹²³ Vårdval i primärvården– hur bör det utformas? 2009 Sveriges läkarförbund.

¹²⁴ Folkhälsorapporten 2009 Socialstyrelsen. Folkhälsorapporten 2009 Socialstyrelsen

¹²⁵ Nationella folhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. Fhi 2009.

¹²⁶ Här har jag bara tagit bort fördelning efter behov och utgått ifrån att det skedde tidigare och fördelat resurserna lika.

Könsneutral primärvård

Kvinnor har sämre hälsa än män trots att de lever längre. ¼ fler kvinnor än män 16-84 år säger att de har ett dåligt hälsotillstånd. Andelen kvinnor som har svåra besvär och långvarig sjukdom är 15,6 procent för kvinnor och 9,0 för män, alltså nästan ¾ överrepresentation. Om vi antar att vårdresurserna skall fördelas så att kvinnor och män får vård efter behov så behöver kvinnor ca 800 kr mer per år än männen.

7.3 TILLGÄNGLIGHET, LIKA VILLKOR, KVALITET OCH PRODUKTIVITET

Härefter skall jag diskutera tillgänglighet, fördelning, kvalitet, produktivitet samt patientens ställning på vårdmarknaden.

Ökad tillgänglighet

Jag skall analysera frågan på följande sätt: Hur mycket kan vårdvalen öka tillgängligheten till läkare? Om det i Sverige är under tre läkarbesök per invånare men det i Danmark och Tyskland är över sju så kan en ambition vara att fördubbla antalet läkarbesök i Sverige. En utvärdering av vårdval i Stockholm visar att produktiviteten inom primärvården, eller ” kostnaden per viktad vårdkontakt minskade med ca 10 % från 2007 till 2008. Prestationerna, främst läkarbesök, har således ökat i snabbare takt än kostnaderna.”¹²⁷

Men här har man inte kunnat särskilja att kvaliteten är oförändrad d.v.s. lika svåra fall eller lika mycket insatser i t.ex. läkartid per patient. Vidare anges att vissa kontrakt som varit förmånliga har omförhandlats. Till en del är ökningen således en engångseffekt. 10 procent i produktivitetsökning är knappast något som är uthålligt varje år i serviceverksamhet. Låt oss anta att det går att hålla 3,5 procent produktivitetsökning, vilket är ett optimistiskt antagande. Då tar det 20 år innan tillgänglighet, i bemärkelsen läkarbesök på per invånare, når god europeisk standard av år 2006. Detta förutsätter att hela resursökningen går till patienterna och inte till de anställda eller ägarna av verksamheten. Givet vad vi vet från omvärlden om läkarlöner vid marknadsbaserade vårdcentraler i t.ex. USA och inflationen på privata vårdtjänster i Sverige så är det inte realistiskt. Likafullt så innebär vårdval fler läkarbesök.

Ökad konkurrensen mellan vårdgivare leder i Storbritannien till kortare väntetider. Men varningssignalen är en studie från 2008 som finner att högre dödlighet i hjärtinfarkt. Det pekar på riskerna för kvaliteten när patienterna starkt prioriterar tillgänglighet. Det kräver kvalitetsmätningar.¹²⁸

Omsorg på lika villkor

Vårdvalet i Stockholm infördes den 1/1 2008 och en utvärdering efter en kort tid visar ofta små effekter vilket utvärderarna vid Karolinska institutet påpekar. Det viktiga är utvecklingstendenserna. Fördelningen mellan områden med hög och låg medelinkomst visar att ökningen av vårdutnyttjandet varit större i områden med lägre medelinkomst. Det är läkarbesöken som ökat mest i områden med lägre medelinkomst. Fördelningen av *resurser* visar emellertid på en motsatt förändring, d.v.s. att resursökningen varit större i områden med hög inkomst i jämförelse med områden med låg inkomst. Motsvarande analyser på mottagningsnivå

¹²⁷ Rehnberg, C, Janlöv, N & Khan, J. Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008 Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:6

¹²⁸ Smitt, P. C. Markets Mechanism and the Use of Health Care Resources. ur Achieving better value for the money in the Health Care. OECD 2009

visar samma resultat, d.v.s. en ökning av vårdutnyttjandet i område med större behov, men samtidigt en relativ ökning av resurser till mottagningar med lägre behov.¹²⁹

Kvalitet

Det är nog ännu för tidigt att säga något om hur kvaliteten utvecklas i primärvården. Ett skäl är att det inte sker utvärdering av kvalitet utan av insatta resurser i förhållande till prestation. Ernst & Young pekar dock i en rapport om vårdval Stockholm på att det finns en snedbalans i antalet listade patienter per läkare i de tio undersökta vårdcentralerna. De fem som hade högst socioekonomiskt index, fler med låga inkomster t.ex., hade fler patienter, 1 569 per läkare, och de fem enheter med lågt index 1 283 patienter. Det gör det svårare att utbilda läkare och föra över kunskap säger konsulterna. ”En risk för att den medicinska kvaliteten försämras på sikt anses också kunna bli en följd av den höga arbetsbördan.”¹³⁰

Produktivitet

Det är inte säkert att vårdvalen ger ökad effektivitet? Under 1990-talet prövades utbudsreformer i sjukvården med betalt per aktivitet mot 00-talets efterfrågereformer för ökad produktivitet. Kastberg och Siverbo har studerat drivkrafterna inom den svenska sjukvården med interna marknader och betalt för aktivitet. En slutsats är att nya finansieringssystem först ser ut att ge ökad produktivitet och kortare väntetider. Men finns drivkrafter till ökad produktion ger det inte motiv att begränsa produktionen och konsekvensen är förlorad kostnadskontroll.

En internationell utblick visar att ökad produktion och ökade totala kostnader är en effekt av aktivitetetsbaserad finansiering. Diagnosbaserad finansiering stimulerar *inflöde av patienter* vilket ökar produktiviteten medan fee for service stimulerar *antalet behandlingar* per patient. I båda fallen kan det vara svårt för finansiären att ”betala” för produktionen.

Effekter av beställare utförarsystem har vare sig i Storbritannien eller i Sverige givit några påtagligt positiva resultat. Marknads mekanismer (kvasimarknader) utan riktiga hotpunkter som finns på en riktig marknad,¹³¹ ”man kan väl inte lägga ned sjukhuset”, ger svaga effekter.

Utvecklingen i Stockholm innebar till att börja med en ökad produktivitet som under åren 1992-93, men 1996 var produktiviteten tillbaka till 1991 års nivå.¹³² Säkra slutsatser om produktivitetsökning som resultat av vårdvalen kan vi dra först om några år och mycket beror nog på hur väl verksamheten utvärderas.

SKL:s experter påpekar att eftersom det inte görs någon registrering eller klassifikation av patienterna som besöker primärvården under 2005-2008 går det inte säga något om prestationer. Under dessa år så sjönk produktiviteten i primärvården men eftersom varje besök var mer resurskrävande kan produktiviteten ha ökat.¹³³

¹²⁹ Rehnberg, C, Janlöv, N & Khan, J. Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008 Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:6

¹³⁰ Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningar. Ernst & Young 2008

¹³¹ Smitt, P. C. Markets Mechanism and the Use of Health Care Resources. ur Achieving better value for the money in the Health Care. OECD 2009.

¹³² Gustaf Kastberg G & Siverbo.S Activity-based financing of health care – experiences from Sweden. International journal of health planning and management. 2007.

¹³³ Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv- Jämförelse mellan landsting 2009. Sveriges kommuner och landsting 2010

7.4 VÄRDERING AV INSATSEN INTE RESULTATET!

Sjukvårdsekonomer ger råd om hur landstingen, beställarna, skall utvärdera vårdvalen. Det är inte den medicinska kvaliteten eller individens hälsa måtten avser hur väl vårdgivaren lever upp till andra samhällskrav om säkerhet i dokumentation och vid läkemedelförskrivning eller hur många som är sjuka i bland den befolkning som behandlas¹³⁴ Utvärderingen är fokuserad på interna mål för vården och inte på patientens hälsa. Den ser vård som en tjänst som andra och självfallet är bemötande en viktig del men det riskerar att skymma syftet med vården, det blir mycket av yta och lite av djup i tjänsten, som utvärderas.

Och befolkningshälsan

Vården har två målsättningar, varje enskild patients hälsa och befolkningshälsan. Frågan kan ställas så här: om en marknadsbaserad vård leder till ökad produktivitet genom bättre utnyttjande av personal och lokaler så krävs samtidigt att den skall vara lika effektiv som en icke marknadsbaserad organisation på att påverka individer och grupper i hälsopolitiskt avseenden så att vårdbehovet minskar. Den skall bidra till att tidigare upptäcka och diagnostisera sjukdomar så att inte kostnader ökar i senare led. Det räcker inte med grindvaktfunktionen att inte öka remisserna och förhindra att kostnader vältras på specialistvården.

Fritt val av vårdcentral ställer stora krav på den medicinska personalen när det gäller att påverka individers levnadsvanor. Om motion på recept är ett alternativ eller komplement till blodtrycksänkande medicin kan patienten ha drivkrafter att välja en mindre krävande vårdpersonal.

7.5 SLUTSATSER OM VÅRDVAL

När är vårdval bra?

– Vårdval är bra när det är jämstarka parter, alla patienter är lika välinformerade. Konsumenterna är sinsemellan jämstarka samt skillnaden i kvaliteten mellan vårdgivarna är begränsad.

– Om resurserna fördelas rättvist och om vårdgivare behandlar alla individer och sociala grupper lika men det är iakttagbara *skillnader i kvalitet* hos vårdgivare kan vårdvalet göra nytta genom att signalerar att vissa vårdgivare är sämre än andra, de får färre patienter och mindre resurser. Det kan förbättra vissa verksamheter eller öka resurserna för de verksamheter som ger mer kvalitet.

När gör vårdval skada?

– Om vårdgivarna kan välja sina patienter skummar de grädden och kan öka sin egennyttja på patienternas bekostnad. Om vårdgivare behandlar patienterna olika så är det inte säkert att en marknadsmekanism bidrar till total ökad nytta.

Patienter har drivkrafter att undvika tungt belastade vårdcentraler. Fritt val av vårdgivare kan innebära att de får mer resurser än andra patienter om inte landstinget kan fördela resurser efter vårdtyngden hos de listade patienterna.

Marknadsmekanismen har inget bra sätt att överföra mer resurser till dem som blir sämre behandlade. De har ofta vare sig betalningsförmåga eller information eller kontakter, (socialt kapital) för att hävda sina intressen.

¹³⁴ Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval. Sveriges kommuner och landsting. 2009.

– Kombinationen av vårdval, gemensam finansiering av basvården samt sjukvårdsförsäkring och nuvarande svaga utvärdering är direkt riskabel.

7.6 GÄRNA VÅRDVAL MEN FÖRST EN REJÄL HÄLSOUNDERSÖKNING

Syftet med detta avsnitt är att redovisa argumenten för breda hälsoundersökningar som en metod att öka hälsan i befolkningen.

Mitt perspektiv är följande. Staten är mer intresserad av hur du sköter din bil än av din hälsa. Efter mönstringen för männen och graviditeten för kvinnor finns ingen allmän hälsoundersökning. En person kan alltså under flera decennier ”undgå” hälsokontroller. Argumentet för kontroll av bilar och dess förare är effekterna av trafikfarliga bilar på andra och samhällets kostnader eller att ägaren inte tar hänsyn till konsekvenserna för dem själva av de risker som följer av att bilen har brister. Men gäller det inte också hälsan i en skattefinansierad vård?

Jag hävdar att det behövs, hälsokontroller. De som är normalfriska behöver information om sina grundläggande hälsodata som socker, blodvärden, kolesterol, BMI samt omkretsen kring magen eller stussen. För lite information under den tid det finns störst möjlighet att påverka utvecklingen bidrar till att öka sjukdomsörddan. Ett exempel kan vi se i att det redan tre till sex år i förväg går att se risken för diabetes.¹³⁵

I flera decennier har Västerbottens landsting genomfört kontroller av 40-, 50- och 60 åringar. Västerbottenexemplet visar att¹³⁶ lågkostnadsinterventioner mot hjärtsjukdomar understödjer långsiktiga förändringar av befolkningens riskfaktorer. De grupper som släpar efter i sina beteenden anpassar sig till genomsnittet. Ett resultat är att dödsrisken för hjärtsjukdomar minskade med 36 procent och mer för dem med kort utbildning.¹³⁷

9. SLUTSATSER

Omvärlden för sjukvården har ändrats, en ny balanspunkt mellan olika krafter är önskvärd. Fem faktorer i sjukvården visar att det nu behövs förändring i styrning, organisation och resurser:

- a. Flera mått för befolkningshälsa är alarmerande; blodtrycket har slutat falla trots ökad förskrivning av blodtryckssänkande medel, ökad vikt i befolkningen samt ökad alkoholkonsumtion. Kvinnors sämre hälsoutveckling relativt män och unga kvinnors ohälsa är en ytterligare signal. Andra länders befolkningshälsa utvecklas bättre än den svenska.
- b. Ökade inslag av marknader vid vårdval och vårdförsäkringar ställer nya krav på utvärdering för att nå sjukvårdens mål. Professionernas etik behöver mer skydd när ekonomiska drivkrafter bli starkare.

¹³⁵ The Lancet, Whitehallundersökningen.

¹³⁶ Weinehall, L. (1997) *Partnership for health. On the role of primary health care in a community intervention program*. Umeå universitet.

¹³⁷ Weinehall, L, Hellsten, G, Boman, K, Hallmans, G, Asplund, K & Wall, S. (2001) Can a sustainable community intervention reduce the health gap? – 10-Year evaluation of a Swedish community intervention program for prevention of cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2001. suppl. 56

- c. Stora skillnader i effektivitet mellan landsting och än större mellan vårdenheter visar på behov av ny styrning och ändrade drivkrafter.
- d. Decentralisering, olika stora landsting, två mycket stora och de flesta små, samt en otydlig roll för staten givet ökade marknadsinslag i vården.
- e. Ojämn fördelning av vård mellan grupper och regioner

En förnyelse av sjukvårdssystemet bör utgå från tre frågor:

- Vilken väg leder till stabil *finansiering* med hög betalningsvilja samt låga administrativa kostnader för ”insamlingen” alltså mest pengar till vården.
- Vilken leder till *effektivast* användning av resurserna? Mest vård för pengarna?
- Vilken lösning säkerställer att den *mest sjuke behandlas först*?

1. Den kritiska punkten för finansiering och organisering av sjukvård är att principen om **allas lika värde**. Det följer bl.a. av FN:s mänskliga rättigheter som i artikel 1 stadgar ”Alla människor äro födda fria och lika i värde och rättigheter. De äro utrustade med förnuft och samvete och böra handla gentemot varandra i en anda av broderskap.”¹³⁸

Hur sjukvården organiseras, skatt eller försäkringar, privat eller offentligt så skall alternativen utvärderas mot den etiska principen, att den mest sjuke skall behandlas först.

Spridning av riskerna i stor pool, helst nationell, motverkar att den som blir sjuk inte har råd med vård vid behov. Om risk för ohälsa knyts till finansiering av vård kommer de med störst risk få svårt att kunna finansiera god vård.

Olika pooler innebär omfördelning av kostnader till pooler med hög risk. Det är svårt att förena solidarisk finansiering av vård med konkurrens mellan finansiärer på grund av de starka drivkrafterna till selektion av kunder.

Det finns inom sjukvården ingen motsättning mellan jämlikhet och effektivitet. Rättvist fördelade vårdinsatser, till den som har största nyttan, leder till störst vinster i hälsa. Därav följer att det är effektivt med en gemensam försäkringspool för alla sjukvårdsrisker där finansieringen följer individens vårdbehov.

Ett samhälles karaktär, dess civilisation bestäms av hur det tar hand om sina sjuka eller gamla.

2. Målsättningen med hälso- och sjukvården bör vara individers **livskvalitet**.

Rättvis och effektiv fördelning av vård betyder inte alla skall få lika vård utan insatserna bör på marginalen prioriteras efter effekten på hälsan mätt som livskvalitet.

3. Ett annat mål bör vara **befolkningshälsan**. Att befolkningen är frisk har ett egenvärde som ett etiskt mål. Befolkningshälsa har också en nyttoinriktad innebörd. Den bidrar till att ekonomins resurser växer. Hälsa är en allmän nytthet t.ex. för att förhindra spridning av *smittsamma sjukdomar*, epidemier och pandemier. Hälsosamma normer om fysisk aktivitet, alkohol, tobak, matvanor mm är också en nytthet och minskar förekomsten av *icke smittsamma sjukdomar*. Befolkningen skall inte heller vara resistent mot antibiotika.

Hälsan styrs av materiella omständigheter som arbetsvillkor, inkomster, den tekniska utvecklingen med ökad bilism, tv- och datortid samt snabbmat. Den ekonomiska utvecklingen verkar innehålla element som leder till ökad mental och fysisk ohälsa.

¹³⁸ Förenta nationernas hemsida.

Människors liv är inte förutbestämda utan egna val ha stor betydelse. Den ökade valfriheten mångvalsmiljön och stressen påverkar ungdomars mentala hälsa. Kortsiktighet och brist på självkontroll innebär risker i en miljö med materiellt överflöd. De positiva effekterna av kvinnors ökade status och inkomster på hälsan motverkas av ett ”manligt” beteende.

4. Resurserna kan utnyttjas bättre. Sverige har fler praktiserande läkare per invånare än OECD-länderna som snitt 3,6 mot 3,2 per 1000 invånare och det har skett en kraftig ökning av läkartätheten. Ändå har Sverige väsentligt större problem med tillgängligheten än andra länder.

Skillnaden mellan högsta och lägsta kostnad mellan landstingen är 14 procentenheter även efter hänsyn till olika sjuklighet i befolkningen och socioekonomiska förutsättningar. Mellan vårdenheter är skillnaden 25-50 procentenheter.”¹³⁹

Det behövs drivkrafter för ökat utnyttjande av resurserna. Sjukvård är en processindustri med höga fasta kostnader som skall kunna utnyttjas en stor del av årets timmar. Det betyder att lönesystem och scheman och organisation skall stödja både tillgänglighet och kvalitet. Konkurrenslösningar ger främst ökad volym utan kvalitet.

5. Landstingen är inte bara goda och marknader onda. Det finns också egen- och särintressen i vården. Den mänskliga naturen och därmed vårdens tjänstemän har både element av allmänintresse och egenintresse och därför behövs starka regler, normer och ekonomiska drivkrafter samt utvärdering som verkar för patienterna och allmänintresset.

Patienter och medborgare har för svag makt gentemot landstingens monopol och de privata oligopolen. Mer marknader behöver inte öka patienters hälsa. Med starka självständiga landsting och mer valfrihet och marknader behöver statens roll bör göras tydligare som företrädare för patientens intresse.

a. Dess första roll är *lagstiftningen*. Hälso- och sjukvårdslagens målformuleringar är moderna. Målet är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. ”Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142). Utöver detta behövs också en lag om befolkningshälsan.

b. Riksdagen bör utforma *mål för hälsan t.ex.* för de stora folksjukdomarna som cancer stroke, diabetes och hjärtinfarkt samt mål för överlevnad och inte minst livskvalitet för de som drabbas.

e. Riksdagen bör utforma *visioner* för sjukvårdens framtida inriktning och hälsans utveckling i befolkningen. Det behövs visioner om hur vårdskador och läkemedelsbiverkan skall motverkas och om så grundläggande saker som hygien i vården så att sjukhussjuka minimeras och resistens mot antibiotika motverkas.

d. Statens tredje roll är *kunskapspridning* och att med nationella program nå en hög och jämn standard i sjukvården och att äldre osäkra metoder snabbare mönstras ut. Men att bara förlita sig på kunskapsstyrning är att ge professionerna ansvar att motverka sitt egenintresse i förhållande till allmänintresset.

e. Staten roll vad gäller *tillsynen* av vården bör stärkas. Tillsynen skall inte bara gälla enskilda tjänstemäns brister och rätt att behålla legitimationen. Det behövs tillsyn av system och av hur

¹³⁹ Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv- Jämförelse mellan landsting 2009. Sveriges kommuner och landsting 2010.

effektiv vården är och hur den lever upp till krav och riktlinjer. Tillsyn skall också ske av hur väl kommuner och landsting lever upp folkhälsomålen. Vidare hur privat primärvård förhåller sig till patienter med livsstilsproblem samt förskrivning av läkemedel. Med ökad valfrihet och individualism och mångfald av vårdgivare och nya drivkrafter behövs en väsentligt skarpare tillsyn.

f. Staten har makt att beskatta och kan *finansiera* insatser som är underförsörjda. Ett exempel är investeringar i ny medicinsk teknik som kan vara större än vad ett normalt landsting klarar. Det behövs finansiering av högkvalitativa oberoende kliniska studier. Det behövs hälsoekonomiska forskningscentra för kunskap om vart resurserna bör gå. Ett annat exempel är folkhälsan.

Landstingens roll som både företrädare för medborgarintresset och samtidigt producentrollen skapar en mångtydighet. Åtskillnad av beställar- och upphandlarmakt verkar inte räcka till. Om nuvarande små landsting skall vara kvar behöver rollerna i sjukvården bli tydligare och samverkan mellan olika instanser öka samt statens roll för patientintresset utvecklas.

Det sker nu en glidning av sjukvårdens organisation, driftsformer och finansiering och den statliga överbyggnaden är ännu inte anpassad till den nya situationen.

6. Mer kompetenta medborgare vill ha **möjlighet att välja**. Svenskar är ifrågasättande och vill bestämma själva. Vårdval och privat primärvård kan förenas med rättvis och kostnadseffektiv vård. Det förutsätter tilldelning av resurser efter behov och att ersättningen ha en hög fast andel. Det behövs mycket resurser för att utvärdera verksamheten så att den lever upp till kraven på god vård och att alla behandlas med lika omsorg och respekt. Den uppenbara risken är att vårdvalen leder till ökade vinster och läkarersättningar för privata vårdgivare och inte till ökad kvalitet.

De fria valen inom skolan visar tydligt vilka risker som finns vid valmodeller. Individens rättighet till säker och ändamålsenlig sjukvård bör stärkas. Det kan ske genom att stärka socialstyrelsens roll som myndighet som står på patientens sida emot producenten.

Läkarutbildningen behöver byggas ut så att rekrytering inte förutsätter att svensk ungdom går på utländska universitet för att få läkarutbildning för att kunna arbeta i Sverige. Det behövs en statlig högskola för chefer i offentlig sektor och forskning om sjukvårdens villkor. Det behövs forskningscentra för hälsoekonomisk utvärdering.

7. Idag används ca 3,5 procent av hälsovårdens resurser till **förebyggande insatser**.¹⁴⁰ Det finns tre skäl till förebyggande insatser. Den första är att öka individens livskvalitet, i vissa fall kan individer behöva stöd för att motverka kortsiktiga beslut. Det andra skälet är att dämpa belastningen på sjukvården och det tredje att öka sysselsättningen så att fler kan finansiera vårdens kostnader.

Det behövs en hälsoväxling med mer resurser för att förebygga ohälsa. För ett gymbesök är det full moms men det är lägre moms på produkter som godis och läsk. Att ta bort sänkningen av livsmedelsmomsen skulle ge intäkter motsvarande ca 20 miljarder kronor.^{141 142} Inklusivt punktskatter mot ohälsosamma livsmedel samt alkohol kan det ge resurser motsvarande 0,75-1 procent av BNP för sjukvård och förebyggande insatser.

¹⁴⁰ Statens beredning för medicinsk utvärdering (2002). *Fetma- problem och åtgärder*.

¹⁴¹ För 2009 är det 29,61 mdkr (brutto) och 21,45 mdkr (netto).

¹⁴² Regeringens skrivelse till Riksdagen Skr 2008/09:102 om skatteutgifter.

En stor spridning i hälsa i befolkningen innebär kostnader för vård, sjukersättning och tidig pension. Spridning i hälsa leder till spridning i förmåga att producera och att bidra till finansieringen. Det belastar andras vilja att finansiera en gemensam sjukvård.

Socialstyrelsen redovisar att delar av ”slutenvården skulle ha kunnat undvikas med ett mer adekvat omhändertagande i öppna vårdformer, inklusive närvård och primärvård.”¹⁴³ Kostnader ökar i ett senare led eftersom särskilt lågutbildade i tidigt stadium inte får tillräckligt med vård.

Det finns argument för att erbjuda grupper ur befolkningen hälsoundersökningar t.ex. riktade mot 40, 50 och 60-åringar samt efterföljande samtal om levnadsvanor.

8. **Kostnaden för vårdinsatsen** skall vara rimlig i förhållande till individens överlevnad och livskvalitet. Alla kan inte få allt. Det kräver prioritering av insatserna. Begränsning av kostnaden per fall motiveras också av att patienter skall behandlas lika. De totala kostnaderna för vården skall vara möjliga för allmänheten att finansiera.

Det går att påverka kostnaderna för de äldre t.ex. i vilken proportion sjuka och friska år läggs till livet genom insatser som ökar befolkningens hälsa. En del av vårdkostnaderna går att förebygga. S.k livstilsrelaterade ohälsa samt trafiken står för uppskattningsvis omkring 1/10 av vårdkostnaderna

Länder med försäkringsfinansierad sjukvård har en högre kostnadsutveckling än de med skattefinansierad. Vårdförsäkringar bidrar till vårdinflation d.v.s. ökade kostnader.

En gemensam upphandling av sjukvård i stället för att passivt ersätta uppkomna kostnader leder till mer vård för pengarna. Strategisk upphandling av specialittjänster motverkar kostnadsökningar. En gemensam pool innebär lägst administrativa kostnader.

Den tillgänglighet som skapas av försäkringsfinansierad vårdgivare eller av privata vårdgivare skapar en koalition mellan patienter och vårdgivare mot finansiären. Det effektivaste är en nationell pool för riskerna och att undvika försäkringslösningar. Om vårdgivaren i förväg får betalt för behandlingarna dämpas kostnaderna. Det blir för lite vård för pengarna med försäkringar.

Vården är en ofullkomlig marknad som ger stora möjligheter till vinster eller höga arvoden. Den mycket höga lönsamheten i vårdföretagen indikerar svag utvärdering från landstingen sida och sannolikt brister i kvaliteten.

Patientsäkerheten behöver öka. En vårdskada uppkommer i omkring 9 % av vårdtillfällena.¹⁴⁴ En bättre kunskapsstyrning genom bättre återkoppling av vad man faktiskt gör i vården kan sänka kostnadsökning motsvarande 56 miljarder över en 10-årsperiod, förutsatt att man utvecklar kvalitetsregistren för 5 miljarder kr.¹⁴⁵ Mellan 1970-talet och 00-talet har biverkningar av läkemedel som orsak till inläggning fördubblats. De är 11-13 procent.¹⁴⁶

9. Skatter är en mer **stabil finansiering** än premier till vårdförsäkringar särskilt om den läggs på alla skattebaser. Skatter ger mer pengar till vården. Den möjliggör en gemensam pool och ger mer

¹⁴³ Hälsa -och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen.

¹⁴⁴ Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen 2008.

¹⁴⁵ Asplund. K Erfarenheter från uppdraget som nationell cancersamordnare - med fokus på effektivitet i cancervården . 2010-04.09 Opublicerat PM

¹⁴⁶ Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus. Läkartidningen 2008/12. Odar-Cederlöf, I, Oskarsson.P, Öhlén, G , Tesfa.Y, Bergendal& A Helldén. A

vård för pengarna. Det finns argument för en särskild statlig sjukvårdskatt som kompletterar landstingsskatten.

Det finns en betalningsvilja för mer sjukvård vid ökade inkomster. Betalningsviljan via skatter för sjukvård har ökat påtagligt sedan 1990-talet. En statlig sjukvårdskatt får som underlag också konsumtion och kapitalinkomster. Ökade skatter förutsätter också resurser för en strikt men solidarisk arbetslinje och mer resurser för skattekontroll.

Vården och omsorgen skall inte vara beroende av konjunkturen. Lågkonjunkturen innebär att sysselsättningen i kommunsektorn minskar med ca 4 procent åren 2009-2011 enligt regeringens beräkningar.¹⁴⁷ Det är inte rimligt och därför bör kommuner och landsting införa en finansiell buffert.

10. Vården präglas av **resursbrist**. Sverige ligger på en genomsnittlig position vad gäller vårdens kostnader i förhållande till BNP, ca 9 procent. Flera länder i Europa, varav två av de största, har kostnader kring 10 procent av BNP. Sverige har större andel i befolkningen över 65 år varför trycket på vården är högre. Med bara ca 2 vårdplatser för akutsjukvård per 1 000 invånare mot 3-4 i andra länder och 3 läkarbesök per invånare och år mot 4-5 i andra länder avviker Sverige. En snålt dimensionerad sjukvård innebär stark konkurrens om resurserna mellan gamla och unga. Om de yrkesaktiva får låg tillgänglighet minskar viljan att finansiera ett gemensamt system. Det är argument för att en offentligt finansierad vård inte får ha för knappa resurser.

Privata vårdförsäkringar är när det gäller målet lika vård ett större problem än privata vårdcentraler. Antalet med vårdförsäkringar har i Sverige ökat från 100 000 till ca 400 000 under 00-talet. Redan 2015, kommer 1,5-2 miljoner människor att ha tecknat privat sjukvårdsförsäkring tror Trygg-Hansa.¹⁴⁸

Den snabba tillväxten av sjukvårdsförsäkringar talar för att de knappa resurserna i sjukvården inte bara leder till ökad effektivitet utan till att efterfrågan tar andra vägar. En mer privat sjukvård är en sannolik utveckling.

Sjukvårdens kostnader ökar på grund av att fler blir äldre och på grund av medicinteknikens landvinningar. Till skillnad mot för några decennier sedan kan äldres smärtande knän och höften eller nedsatta syn på grund av starr åtgärdas med kirurgi. Medellivslängden för kvinnor antas öka från 83 år 2008 till 87 år 2060. För män antas medellivslängden för samma period öka från 79 till 85 år.¹⁴⁹

Det är naturligt att tänka, menar Världsbanksekonomen Mukesch Chawla¹⁵⁰ att om befolkningen blir 90 år, så kommer sjukvårdens andel av BNP inte var 8-10 procent av BNP utan det dubbla. Om sjukvården mellan 1970 och 2007 i de rika länderna ökat sin andel av BNP med 2-5 procentenheter av BNP till 9-10 procent, vad är det som säger att det inte är rimligt att om 50 år sjukvårdens andel är 15 procent eller mer av BNP?

Väsentligt mer sjukvård kommer att efterfrågas i framtiden. Höjda skatter är ingen enkel väg. Skattevägen motiveras trots allt av det är en bättre väg än försäkringar och egenfinansiering.

¹⁴⁷ Proposition 2010/10:100

¹⁴⁸ Privat sjukvårdsförsäkring högt upp på önskelistan. Trygg-Hansa. 15 maj 2008.

¹⁴⁹ Sveriges framtida befolkning 2009-2060. Demografiska rapporter 2009:1 SCB

¹⁵⁰ Chawla. M Bad HofGastein October 3 2007

LITTERATURLISTA

- Akerlof, G.A. (1970) 'The Market for "Lemons": Quality and uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, vol 84. 1970.
- Ackerby, S. Vad får vi för pengarna? Sveriges kommuner och landsting 2008.
- Agahi, N, Lagergren, M, Thorslund, M & Wånell, S.E. Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar Folkhälsoinstitutet R 2005:6
- Analysunderlag, december 2009. Konjunkturinstitutet
- Andréasson, S. & Allebeck, P. (2005), *Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Brist på vårdplatser – kris inom svensk sjukvård. Sveriges läkarförbund 2004
- Brodin, H.& Andersson A. Hälsoekonomins grunder. Studentlitteratur 1998.
- Bureau of Labour Statistics, National compensation Survey. US 2010
- Bureau of Labor Statistics 2010
.The Consumer Expenditure Survey—30 Years as Continuous Survey.
- Burström, B. Socialmedicin och rättvis vård . Socialmedicinsk tidskrift 5/2009.
- Burström.K. Johannesson. M & Diderichsen.F .The value of the change in health in Sweden 1980/81 to 1996/97. Health Economics 2002
- Burström K, Johannesson M,& Diderichsen F. Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980-1997. Health Economics. 2005. John Wiley & Sons, Ltd.
- Chawla. M Bad HofGastein October 3 2007
- Economist 27:e Juni 2009.
- Eikemo T. A., Bambra. C. Joyce K. & Dahl.E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. The European Journal of Public Health.2008
- Erling, P Mejl till Ansvariga politiker i Stockholms läns landsting. 10 röster om rättvist vårdval – en antologi. Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting
- Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review 2010. Strategic review of health inequalities in England post-2010. 2010.
- Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2007 OE 29 SM. SCB 2009
- Folkhälsan i Stockholms län 2007. Stockholms läns landsting. 2007
- Förebyggelsekommissionen (2009), *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelsekommissionens anbefallninger til en styrket forebyggende insats*. Ministeriet for sundhet og forebyggelse, Köpenhamn
- Förenta nationernas hemsida.
- Försäkringsförbundet 2010
- Forsell, C, Hallberg, D, Lindh, T & Öberg. G. Intergenerational public and private sector redistribution in Sweden 2003 Arbetsrapport/ Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2008:4

Health at Glance. OECD 2009.

Grossman M. (1972) On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy* 1972; 80:223–255.

Hjärtinfarkter 1987-2007 samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987-2008. Socialstyrelsen 2009

Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv. Jämförelse mellan landsting 2009. Sveriges kommuner och landsting.

Jacobsson F, Johannesson M, & Borgqvist L, 2007, Is Altruism Paternalistic? *The Economic Journal*, 117.

Jonsson, P.M , Agardh.E,& Brommels.M Hälso- och sjukvårdens strukturreformer. *Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien*. Medical Management Centre, Karolinska Institutet. 2006. Ansvarskommitténs skriftserie ISSN 1653-5502

Jönsson .B. Föreläsning vid IHE hösten 2009.

Kastberg G & Siverbo.S Activity-based financing of health care – experiences from Sweden. *International journal of health planning and management*. 2007.

Khorram-Manesh.A, Hedelin.A& Örtengren.P. Hospital-related incidents; causes and its impact on disaster preparedness and prehospital organisations. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2009

Konjunkturläget mars 2010. Analysunderlaget. Konjunkturinstitutet.

KPI. SCB 2010

Hultkrantz.L & Svensson. M. Värdet av liv. Ekonomisk Debatt nr 2 2008
HUT. SCB 2009

Hälso -och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv. Jämförelse mellan landsting 2009. Sveriges kommuner och landsting.

Lars Lindblom Quality of Resources , Risk and the Ideal Market. OBS

Lundberg. O, Åberg Yngwe. M, Kölegård Stjärne. M, Fritzell, J, Vågerö, D & Palme, J. **DN-debatt**

Lundberg. O, Monica Åberg Yngwe. M Kölegård Stjärne. M, Björk. L & Fritzell. J. The Nordic Experience: Welfare States and Public Health. *Health Equity Studies* No 12 - August 2008

Långtidsutredningen 2008. SOU 2008:105

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Nationella riktlinjer för diabetesvården – beslutsstöd för prioriteringar.2009 Preliminär version. Socialstyrelsen.

Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen 2010

Nolte E.& McKee. M. The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis. *Health Affairs*.2008; 27:

Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen

Långtidsutredningen 2008. SOU 2008:105

Läkemedel – statistik för år 2008. Socialstyrelsen 2009

Madovsky.P, Allin.S, Masseria.C, Hernández-Quevedo.C, David McDaid.D& Mossialos.E. Health in the European Union. Trends and analysis. The European Observatory on Health Systems and Policies. 2009

Marmot. M. (2004) Statussyndromet- hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden

Munthe. C. (2009) Etik grundfrågor och konfliktområden. Ur *Folkhälsan som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. red Andersson. I & Eljertsson. G. Studentlitteratur.

Månsdotter.A.Jämställdhet och folkhälsa. Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:5

Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval. Sveriges kommuner och landsting. 2009

Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen 2010

OECD Health Data 2009 - Version: November 09

OECD 2009. Facts and Figures

Folkhälsan i Stockholms län 2007. Stockholms läns landsting. 2007

Patienter i slutenvård 2006. Sveriges kommuner och Landsting 2007

Person. M. Disparities in health expenditure across OECD: countries. Why does United States spend so much more than other countries. Written statement to Senate Special committee on aging. OECD 2009

Mackenbach. J.P , Stirbu I, Albert-Jan R. Roskam, A-J. R, Schaap.M.M, Menvielle. G, Leinsalu,M & Anton E. Kunst. A.E. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. The New England Journal of Medicine. 2008

Madovsky.P, Allin.S, Masseria.C, Hernández-Quevedo.C, David McDaid.D& Mossialos.E. Health in the European Union. Trends and analysis. The European Observatory on Health Systems and Policies. 2009

Molin. R &Persson- Cavalieri A. Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2008. Sveriges kommuner och landsting 2008

Om primärvården domän och strategier. Slutrapport för socialstyrelsen projekt: Primärvårdens roll för hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet. Socialstyrelsen 2004

Person. M. Disparities in health expenditure across OECD: countries. Why does United States spend so much more than other countries. Written statement to Senate Special committee on aging. OECD 2009

Proposition 2010/10:100. bilaga 4

Rehnberg, C, Janlöv.N & Khan.J. Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008 Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:6

Rehnberg.C, Magnussen. J & Kalevi Luoma.K. Maintaining fiscal sustainability in the Nordic countries. *in* Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. Ed. Jon Magnussen.J, Karsten Vrangbæk. K & Saltman. R.B. 2009. Open University Press McGraw-Hill Education.

Resultat från Nationella folkhälsoenkäten 2006-2008– Regionala och nationella resultat. Unga personers hälsa 2009

Rothstein. B & Blomkvist. P. Välfärdstatens nya ansikte. Agora 2008

Schaap MM, Kunst AE, Leinsalu M, Regidor E, Ekholm O, Dzurova D, Helmert U, Klumbiene J, Santana P, Mackenbach JP. Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries. *Tob Control*. 2008 Aug;17(4):248-55. Epub 2008 May 15.

Schäfer Elinder, L. & Faskunger, J. Red. (2006), Fysisk aktivitet och folkhälsa. Statens folkhälsoinstitut R 2006:13, Stockholm.

Skandias hemsida våren 2010

Skatter i Sverige. Skattestatistisk årsbok 2007. Skatteverket 2007.

Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm

Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries Mackenbach. J.P , Stirbu I, Albert-Jan R. Roskam, A-J. R, Schaap.M.M, Menvielle. G, Leinsalu,M & Anton E. Kunst. A.E *The New England Journal of Medicine*. 2008

Stockholms läns sjukvårdsområde.Förvaltningsberättelse 2009.Stockholms landsting,2009
Svallfors.S Klasserna, politiken och välfärdsstaten: ett attitydproblem. Föredrag 2010

Sveriges framtida befolkning. Demografiska rapporter 2009.1 SCB 2009

SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) 2009

SCB (2008) Levnadsnivåundersökningen

SCB 2004. Dödlighet efter utbildning, boende och civilstånd

Svenska Dagbladet den 22 augusti 2009.

Trygg-Hansa. Pressmeddelande 2009

Thomson. S, Foubister.T & Mossialos.E *Financing health care in the European union – challenge and policy response*. European Observatory on health systems and politics. 2009

The Lancet, Whitehallundersökningen. KOLL

Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. SOU 2006:77

Weinehall. L, Hellsten. G, Boman. K, Hallmans. G, Asplund. K & Wall. S. (2001) Can a sustainable community intervention reduce the health gap? – 10-Year evaluation of a Swedish community intervention program for prevention of cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2001. suppl. 56

Weinehall. L. (1997) *Partnership for health. On the role of primary health care in a community intervention program*. Umeå universitet.

Westerling, R. Åtgärdbar dödlighet som en indikator i den folkhälsopolitiska uppföljningen. En undersökning av regionala skillnader i Sverige 1989–2003 2008. Statens folkhälsoinstitut R 2008:03

Vårdval i primärvården– hur bör det utformas? 2009 Sveriges läkarförbund.

Öppna Jämförelser. Sveriges Kommuner och Landsting 2009.

Öjesjö.L. Lärobok om beroendelära. Beroendecentrum Stockholms hemsida 2004.

Ökad mångfald av driftsformer inom hälso- och sjukvård och tandvård samt auktorisering och kundval inom primärvården. FÖRSLAG 2007:44. Landstingsstyrelsens förslag till beslut. Stockholms läns Landsting 2007