

Motion till riksdagen 2005/06:So418

av **Stefan Attefall (kd)**

Nationell sjukvårdspeng

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en utredning avseende nationell sjukvårdspeng.

Motivering

I Sverige är allmän sjukvård av hög kvalitet för alla en viktig del av välfärden. I debatten om vården finns stor enighet om grundläggande principer som att vård ska ges på lika villkor, att vård ska ges efter behov och inte efter betalningsförmåga, att vård ska finansieras gemensamt och solidariskt och att vården ska vara demokratiskt styrd. Om huvudmannaskap och driftsformer pågår däremot en periodvis ganska infekterad politisk debatt.

En debatt rör vinstintresse i vården. Perspektivet kan te sig något märkligt, eftersom det de facto finns vinstintresse i vården sedan länge. År 2002 uppgick ersättningar till privatpraktiserande läkare och tandläkare, sjukgymnaster med mera till 23,7 miljarder kronor (proposition 2004/05:1 utgiftsområde 9, s. 17). Läkemedelsindustrin, med företag som Astra Zeneca och Pfizer, bedriver inte välgörenhet utan är vinstdrivande företag, även om deras produkter är välgörande för patienterna. Det är svårt att rent intellektuellt förklara varför privata företag kan få förtroendet att tillverka läkemedel men inte få förtroendet att anställa läkaren som undersöker patienten.

En annan diskussion rör privata sjukvårdsförsäkringar. Diskussionen tangerar frågan om vissa personer ska kunna köpa sig förtur i vårdköerna. Inom den offentligt finansierade vården ska det givetvis inte gå att köpa vare sig förtur eller bättre vård. Men i Sverige står det varje medborgare fritt att använda egna medel på det sätt som envar finner lämpligt. Man får lägga pengar på fritidshus, semestrar utomlands eller vad man nu kan tänkas välja. Det är självklart oförenligt med ett modernt fritt samhälle att förbjuda någon att lägga egna, skattade pengar på vård. Privata sjukvårdsförsäkringar är inte ett problem. Att den offentligt finansierade vården av många upplevs som otillräcklig, att tillgängligheten är för dålig och köerna för långa är däremot ett

Fel! Okänt namn på

mycket allvarligt problem. Resursstarka människor kan alltid köpa sig vård medan människor med små resurser står utan valmöjlighet. Kris i den offentliga vården drabbar alltså låginkomsttagare hårdast. En kris som inte är orsakad av privata försäkringslösningar.

Utredning om vårdens organisation

Det krävs mer resurser till vården och äldreomsorgen, något som Kristdemokraterna motionerat om i flera år. Men problemen med bristande kvalitet, tillgänglighet, värdighet och valfrihet för patienten löses inte enbart med större resurser. Det krävs också ett nytt sätt att organisera vården. Dagens system lider av flera brister. En lösning på sjukvårdens problem kan vara att upphäva landstingens monopol och införa en hälso- och sjukvårdspeng liknande skolpengen.

Ett problem i dagens sjukvård är de bristande och ibland motstridiga incitament som råder. Detta leder till att patienter hamnar mellan stolarna, till att befintliga resurser används ineffektivt och till att landstingen har stora ekonomiska problem på sina håll. Beslutsnivåerna i vården är många vilket skapar byråkrati och leder till frustration hos personalen som inte upplever sig kunna påverka sin arbetssituation. Gränserna är ofta oerhört tydligt markerade mellan slutenvård och primärvård, mellan läkare och annan vårdpersonal. Personalpolitiken är underutvecklad på många håll. Att sjukvården fungerar så bra som den trots allt gör beror till största delen på den hängivna och uppoffrande personalen som i mötet med patienten förmår se individen.

Idag har landstingen monopol på vård. Monopol har en tendens att vara ineffektiva, det gäller såväl offentliga som privata monopol. I ett system med en vårdpeng sker konkurrens inte med pris utan med kvalitet, det vill säga den som kan erbjuda bäst vård för en given vårdpeng kommer också att kunna attrahera flest patienter. Möjligheten för patienter som är missnöjda att byta vårdgivare är enligt mitt förmenande utifrån subsidiaritetsprincipen en viktig och riktig förflyttning av makt neråt, från politikerna och professionen till patienterna.

Under riksmötet 2002/03 avslog socialutskottet frågor om hälso- och sjukvårdspeng. Utskottet gjorde samtidigt positiva uttalanden angående ”ett varierat vårdutbud i olika driftsformer” (2002/03:SOU3). Utskottet uttalade samtidigt att ”vidare kan alternativa driftsformer prövas för att öka mångfald, valfrihet, tillgänglighet och rättvisa [...] det är angeläget att olika driftsformer i den öppna vården och omsorgen stimuleras genom att fler privata, kooperativa och ideella entreprenörer ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen”. Utskottet uttryckte även gillande till utredningar rörande lagen (1992:1528) om offentlig upphandlings tillämplighet vid kundvals lösningar (stöd för uttalanden i proposition 2001/02:142 samt i SOU 2003:23).

Även under riksmötet 2004/05 avslog socialutskottet yrkanden om hälso- och sjukvårdspeng. Utskottet framhöll att det är vårdgivarna som ansvarar för vårdens organisation samt vikten av att långsiktigt förbättra tillgängligheten

och förkorta väntetiderna i såväl primärvården som i sjukhusvården genom den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Utskottet framhöll även att det kan finnas ett värde ”från såväl patienternas som personalens synpunkt, i ett varierat vårdutbud i olika driftsformer (...) Det är viktigt att så långt som möjligt erbjuda alternativ och utveckla mångfalden inom den kommunala och landstingskommunala verksamheten. Vidare kan alternativa driftsformer prövas för att öka mångfald, valfrihet och rättvisa.”

Utskottet är inte ensamt om att peka på oklarheter rörande LOU:s tillämpning inom vårdsektorn och behovet av att utreda dessa.

Upphandlingskommittén kom fram till att de juridiska frågorna runt lagen om offentlig upphandling tillämplighet vid kundvalssystem, eller eget valsystem som jag hellre vill kalla ett sådant system, är oklara och behöver utredas. I sitt slutbetänkande (SOU 2001:31) konstaterar kommittén att: ”Kommittén anser med hänsyn till att kundvalssystem diskuteras i allt fler kommuner och landsting och att sådana system hänger intimt samman med vilka krav på styrning och kontroll som kan ställas på samhällsfinansierade välfärdstjänster att kundvalssystem inte passar in i upphandlingslagstiftningens normsystem utan borde regleras i en särskild ordning. Kommittén anser därför att kundvalssystem inom äldreomsorg, sjukvård, barnomsorg m.m. bör utredas i särskild ordning.” (SOU 2001:31 s. 335.)

Den oberoende expertgruppen Konkurrenskommissionen angav i sitt remissvar samma ståndpunkt: ”[expertgruppen] instämmer i bedömningen att kundvalssystem inte hör hemma i upphandlingslagen utan bör utredas i särskild ordning”.

I SOU 2003:23, Villkor för organisationer utan vinstsyfte och för små företag, konstateras att juridiken runt kundvalsmodellen behöver utredas: ”Vår utredning understryker detta behov, med särskild betoning av att systemet förbättrar villkoren för organisationer utan vinstsyfte och små företag att medverka i hälso- och sjukvården och i kommunernas omsorg.” Utredningen använder sig av begreppet vårdgivarval i stället för kundval, med en liknande innebörd.

Nämnden för offentlig upphandling (NOU) konstaterade i juni 2004 att ”Det finns olika typer av kundvalssystem. De flesta används på kommunal nivå. Gemensamt för dessa är att en kommuninvånare erhåller en anvisning eller check som berättigar honom/henne att mot denna erhålla en viss tjänst. Detta innebär att privata utförare bedriver en kommunal verksamhet på uppdrag av kommunen. Frågan hur dessa förhåller sig till reglerna för offentlig upphandling har varit föremål för flera utredningar, bl.a. Upphandlingskommittén SOU 2001:31. Utredningen har kommit fram till att uppdragsförhållandet medför att det föreligger upphandlingsskyldighet. Regeringen har angivit att frågan om kundvalssystem inom äldreomsorg, sjukvård, barnomsorg m.m. skall utredas vidare (prop. 2001/02:142, sid. 86). Något slutligt ställningstagande finns således inte.” (NOU diarienummer 2004/0143-22.)

I Socialstyrelsens slutrapport röranden den nationella handlingsplanen (nr 2005-103-4) konstaterar styrelsen att utvecklingen mot en ökad mångfald inom sjukvården avstannat. I rapporten anges flera skäl till detta. En förklaring enligt Socialstyrelsen är att inte något av landets landsting har någon

Fel! Okänt namn på

egentlig strategi för att utvecklingen mot en mångfald av vårdgivare ska fortsätta. I stället behandlas frågor om mångfald översiktligt eller till och med i skeptiska ordalag. En annan förklaring som Socialstyrelsen framhåller är oklarheter i hur lagen om offentlig upphandling (LOU) ska tillämpas. Det finns en spänning mellan lagens krav på konkurrens och hälso- och sjukvårdslagen som betonar kontinuitet i till exempel läkarkontakter. Socialstyrelsen framhåller behovet av att se över hur LOU ska tillämpas i vårdsektorn.

Socialstyrelsen pekar även på flera andra allvarliga brister. Den konstaterar att fler allmänläkare visserligen har anställts, men inte i den takt som handlingsplanen angivit. Sjuksköterskeledda specialmottagningar har etablerats, men trots detta har väntetiderna till läkarbesök på vårdcentralerna varit oförändrade under de år handlingsplanen varit i kraft. I slutrapporten konstaterar Socialstyrelsen också att läkarmedverkan har förbättrats inom den kommunala vården och omsorgen av äldre, men att det inte fungerar tillfredsställande under jourtid och i hemsjukvården. Inom området psykisk ohälsa konstateras att det sker satsningar i första hand på barn och ungdomar, medan landstingens insatser för psykiskt funktionshindrade och äldre med psykisk ohälsa är otillräckliga. Projektledaren Lena Barrbrink konstaterar att den nationella handlingsplanen inte varit speciellt framgångsrik. ”Det visar att utvecklingen inte gått åt det håll som regeringen önskade.” (Dagen 2005-08-04)

Sammanfattningsvis kan konstateras att trots att ett antal instanser påpekat behovet av utredning rörande kundvalsmodellen och LOU har ändå ingen utredning påbörjats. Till bilden skall fogas den nyligen publicerade slutrapporten från Socialstyrelsen som konstaterar att utvecklingen mot en större mångfald inom sjukvården avstannat, samt att handlingsplanens kvalitativa mål för vården inte uppnåtts. Med bakgrund av detta vill jag, ännu en gång, yrka om en utredning av hur mångfalden inom vården kan öka. De juridiska aspekterna bör utredas grundligt och bör vara en del av utredningen. En nationell hälsopeng bör vara ett av huvudalternativen i utredningen.

Centrala argument för en hälso- och sjukvårdspeng

Jag redovisar här, än en gång, centrala argument för att organisera sjukvården i Sverige i ett system med en nationell sjukvårdspeng. Genom att införa en hälso- och sjukvårdspeng, liknande skolpengen, får patienten fritt välja mellan olika konkurrerande hälso- och sjukvårdsföretag (HSF) där landstinget kan vara ett, Sophiahemmet i Stockholm ett annat, Carlanderska i Göteborg ett tredje, Praktikertjänst ett fjärde, Bure ett femte och så vidare.

Det HSF som medborgaren väljer tilldelas pengan. Staten ska auktorisera de företag som vill etablera sig som HSF efter vissa regler och givna kriterier. Detta kan jämföras med hur Skolverket exempelvis ger fristående skolor tillstånd att bedriva skolverksamhet.

Pengen ska vara lika för alla. Undantag kan vara att den varierar med exempelvis ålder och geografi. Den ska innefatta samtliga kostnader relaterade

Fel! Okänt namn på

till sjukvården, det vill säga inte bara själva omsorgen och vården utan även sjukpenningen, medicinkostnader och rehabiliteringskostnader. Genom detta skapas incitament för varje HSF att i stället för att till exempel sjukskriva en patient i avvaktan på en operation prioritera att operera genast för att undvika dyra kostnader för både sjukskrivning och operation. Idag hamnar kostnaden för den uteblivna operationen inte på respektive landsting utan på försäkringskassan eftersom verksamheterna är uppdelade på olika huvudmän. I slutänden förlorar alla på detta, skattebetalarna eftersom det blir dyrt, personalen eftersom det blir otrevligt och frustrerande samt patienten eftersom det är smärtsamt och ovärdigt att behöva vänta på vård.

I den tilltänkta modellen ansvarar varje HSF för medborgarens hälso- och sjukvård. Pengen ska inte bara räcka till själva vården utan även till läkemedel. Samtliga kostnader som bedöms nödvändiga för patienten betalas av HSF. HSF som inte är tillräckligt stort för att klara riktigt avancerade och kostsamma sjukdomar som kan drabba en patient kan försäkra sig mot detta. Ett komplement/alternativ kan vara att staten kan spela en viss roll vid extremt kostsamma och komplicerade sjukdomsfall.

Det enda sättet att idag själv kunna välja mellan olika vårdproducenter är att teckna privata sjukförsäkringar. Med ett inbyggt pengsystem enligt HSF-modellen får alla samma möjlighet till valfrihet. Tanken är att HSF-modellen ska finansieras solidariskt genom beskattning. Till detta kommer patient- och egenavgifter ungefär som idag, vilkas primära syfte inte är att finansiera systemet utan att förhindra överutnyttjande av sjukvården. Till dessa avgifter ska även ett högkostnadsskydd knytas som tar hänsyn till patientens ekonomiska styrka. Därmed uppfyller HSF-modellen både kraven på att ge alla medborgare förutsättningar att utnyttja vården och på att kunna välja mellan flera producenter av sjukvård.

Ett fritt val förutsätter givetvis även att det finns olika aktörer att välja mellan. En förutsättning för att modellen ska kunna fungera är därför att det etableras flera från varandra fristående aktörer. Initialt finns det dock inget som hindrar medborgare som bor inom ett landsting att välja ett annat landsting. För att få kalla sig HSF och anslutas till pengsystemet ska en statlig sjukvårdsmyndighet godkänna företagen enligt fastställda kriterier. Det bör ställas höga krav på generellt vårdansvar, kvalitetskontroll, ekonomisk stabilitet och uthållighet. Troligen kommer varje enskilt HSF att bli en mycket stor verksamhet vilket vid en första anblick kan tyckas kunna riskera att slå undan små aktörer. Men det ska även råda etableringsfrihet för sjukvårdspersonal, inom de ramar som lagstiftningen anger när det gäller kompetenskrav. Det innebär att även läkare, barnmorskor, sjuksköterskor eller grupper av sådan personal träffar avtal med ett HSF att ansvara för en del av dess vårdansvar, på samma sätt som ett HSF sluter kontrakt med sjukhus och dess vårdinstanser.

Genom att varje HSF via sina beslut styr kostnaderna för sjukvården och betalar ur egen kassa för levererade tjänster kan man anta att det också kommer att ske vissa ansträngningar för att hålla kostnaderna nere. Samtidigt kommer blotta misstanken om att ett HSF inte ger tillräcklig vård att leda till förlorade kunder och intäkter. En garant för god kvalitet är både konkurrensen och den statliga inspektionen. Den statliga inspektionen ska också kontrollera

Fel! Okänt namn på

att inga HSF-företag utestänger patienter som inte anses lönsamma, och om köer uppstått gäller det att kontrollera att dessa köer sköts på ett korrekt sätt.

Det finns tre vinster med införandet av en hälsopeng. För det första lämnas makten över från politiker till patienten. Beställaren av vård är medborgaren i stället för politikerna. För det andra säkras kvaliteten genom att de hälso- och sjukvårdsföretag som inte håller måttet väljs bort. Detta sker genom patientens eget val men också genom den statliga kontrollen som ska granska kvaliteten. För det tredje garanteras ett effektivt resursutnyttjande eftersom HSF precis som alla andra företag har starka incitament att hålla kostnaderna nere. Resultatet skulle kunna bli mer vård för pengarna samtidigt som vårdkvaliteten skulle kunna höjas.

Stockholm den 30 september 2005

Stefan Attefall (kd)